

Dietrich Korsch

## Ärztliche Verantwortung braucht Religion

Über den christlichen Beitrag zum Selbstverständnis des Arztes im Zeitalter der Hochleistungsmedizin

### Bedroht die Hochleistungsmedizin die ärztliche Verantwortung?

Schon immer war ärztliches Handeln ein Handeln in Konflikten. Mit hoher Plausibilität läßt sich Krankheit überhaupt als Konflikt bezeichnen (Mitscherlich); als endogene oder exogene Störung des komplexen Selbstregulationsmechanismus psychophysischen Lebens. Wer zum Arzt kommt oder einen Arzt braucht, erlebt diesen Konflikt – auf unterschiedlichen Stufen der Deutlichkeit – in und mit sich selbst.

Krisenintervention ist somit ein allgemeiner Titel für ärztliches Handeln überhaupt. Und insbesondere unter dem Gesichtspunkt, daß das Tun des Arztes als Eingriff selbst ein Risiko darstellt. Der hippokratische Eid ist das frühe und klassische Zeugnis von der Verantwortungsbedürftigkeit dieser Intervention. Er ist zugleich und bis heute die stabile Basis ärztlichen Selbstbewußtseins gewesen: Die Folgen eigenen Tuns im Blick auf die Situation des Patienten abwägen und abschätzen zu können. Oder anders gesagt: Gegenüber dem Konflikt „Krankheit“ den Konflikt „Intervention“ riskieren zu dürfen. Ärztliches Gewissen gründet

in der Vereinbarkeit dieser beiden Konfliktperspektiven.

Wenn der Eindruck nicht trügt, dann gerät diese gewissenhafte Verantwortbarkeit unter eine erhebliche Belastung. Denn auf der einen Seite erhöht der medizinische Fortschritt die Eingriffsmöglichkeiten des Arztes und verlangt so nach einer gesteigerten Verantwortung. Auf der anderen Seite kann diese Verantwortung nur noch sehr begrenzt im Sinne eigener Gewissensverantwortung wahrgenommen werden, weil die Entscheidungsspielräume des Arztes enger zu werden scheinen. Es handelt sich dabei um die ethischen (und standesethischen) Konsequenzen einer sozusagen vormoralischen Entwicklung. Diese zwickmühlenartige Situation sei kurz in Erinnerung gerufen an den medizinhistorischen und ethischen Folgen der Etablierung der Todesdefinition über den irreversiblen Funktionsverlust des Gehirns (Hirntodkriterium). Bekanntlich hat die Kommission der Harvard Medical School 1968 das Hirntodkriterium als zureichende Todesdefinition vorgeschlagen, um möglichen Konsequenzen intensivmedizinischer Behandlungen be-

gegen zu können; also mit Aussicht auf das Beenden von Behandlung. Die unausweichliche Nebenfolge, nämlich eine intensivmedizinische Konservierung des definitionsmäßig toten Körpers hat dann freilich, und schon sehr bald, den Akzent des Hirntodkriteriums auf die Ermöglichung von Transplantationen verlagert (Jonas). Damit ist ein neues Feld ärztlichen Handelns eröffnet worden, das sofort eine ungeheure Dynamik erzeugt hat; auch deshalb, weil jeder Einzelschritt in dieser Dynamik eine hohe Überzeugungskraft besitzt. Ich nenne fünf Momente dieser Entwicklung.

(1) Der Wunsch nach weiterer Steigerung ärztlicher Kunst – ein dem Beruf des Arztes inhärentes Streben. (2) Die Herausforderung zur Entwicklung neuer medizintechnischer Verfahren. (3) Nicht unerhebliche wirtschaftliche Interessen auf seiten der Bereitsteller der Technik, aber auch der leistungsfähigen Großkliniken. (4) Die durch die objektiven Möglichkeiten überhaupt und dieses ausgebreitete Angebot im besonderen entstehenden Patientenerwartungen, im eintretenden Krankheitsfall mit dem Optimum medizinischer Versorgung versehen zu werden. (5) Das aus alledem erwachsende Gefühl eines vorbewußten Sollens oder Müssens: Das technisch und ökonomisch Mögliche wird zum moralischen Standard.

*Professor Dr. Dietrich Korsch, Inhaber des Lehrstuhls für Systematische Theologie an der Universität Passau, trug diesen Text auf der Akademietagung „Medizinische Ethik – 5. Hofgeismarer medizinisch-theologisches Gespräch“ (Leitung: Dr. Bernd Jaspert) am 11. Juni 1995 vor.*

Dabei ist mir insbesondere dieses letzte Moment als das Resultat aus den vorangehenden wichtig. Wir müssen sehen lernen, daß die Steigerung unserer kunstmäßigen und technischen Möglichkeiten zu einer Veränderung des als moralisch normal Angesehenen führt, damit auf der einen Seite zur Verpflichtung zu immer weitreichenderem Handeln, auf der anderen Seite aber auch zu einer Einschränkung des eigenen Verantwortungsspielraumes.

Wenn meine Beobachtung nicht täuscht, führt diese Situation, für die die Transplantationsmedizin nur ein Beispiel ist, zu einer Diffusion der klassischen Arztrolle. Nämlich immer mehr zu können und zu müssen. Dabei aber immer weniger als handelndes Subjekt selbst im Handeln vorzukommen. Gesteigerte Verantwortungsbedürftigkeit auf der einen

# Von Tagungen

Seite, verringerte Verantwortungsfähigkeit auf der anderen: Das Resultat ist ein ethisches Vakuum, das als latenter, aber effizient störender Gewissenskonflikt empfunden wird. Das gesunde ärztliche Selbstbewußtsein, das einmal durch die Synthese von Krankheitskonflikt und Interventionskonflikt bestimmt war, leidet Schaden. Es könnte sein, daß damit, ungeachtet alles ethischen Regelungsbedarfs durch Normen und Gesetze im einzelnen, eine besonders tiefe Schicht ethischer Irritation im medizinischen Alltag angesprochen ist.

## **Kann die Religion zum Wiedergewinn von Verantwortung beitragen?**

Unter Religion, das sei vorweg festgestellt, ist hier nicht das ausgeführte dogmatische Lehrgebäude einer Kirche gemeint. Und auch nicht ein System kasuistischer Verhaltensregeln, das von einer kirchlichen Gemeinschaft für ihre Mitglieder verbindlich zu machen versucht wird.

Unter Religion ist hier nur dies verstanden, das Leben vor Gott zu sehen. Und religiös zu denken oder zu empfinden, meint hier nichts anderes, als selbst und versuchsweise eine solche Haltung im Denken und Empfinden einzunehmen. Christlich ist diese Perspektive insofern, als zugleich ein Unterschied zwischen Gott und Welt behauptet und auch ein Bezogensein Gottes auf die Welt angenommen wird. Aber Gott so zu sehen, kann in unserem Kulturkreis doch vielleicht als möglicher und zumutbarer Vorschlag gelten.

Versuchen wir also einmal, in diesem Sinne das Leben vor Gott zu sehen, dann fällt auf das Leben, um dessen interaktionale Selbsterhaltung es ja in der Arzt-Patient-Beziehung geht, ein doppeltes Licht: Es ist von Gott gegeben und es ist vor Gott gestellt.

Das Leben – von Gott gegeben. Es taucht damit eine aus der Selbstdifferenzierung des Lebens nicht ableitbare Differenz auf. Das Leben ist nicht nur da, nicht nur geworden in einer langen Naturgeschichte, sondern, in gerade dieser und dieser individuellen Erscheinungsgestalt, als von Gott kommend, ihm sich verdankend, gegenwärtig. Das ist eine eigentümliche Interpretationsweise des Lebens, die es von seiner biologisch-natürlichen Selbstzentriertheit unterscheidet.

Das Leben – und zwar: das Leben des je betroffenen Patienten insbesondere – so zu sehen, bedeutet eine Entlastung des Arztes. Denn damit ist gesagt, daß das Leben des Patienten weder seine Herkunft noch seine Zukunft sich selbst oder der Intervention des Arztes verdankt. Es ist vielmehr, in jedem Zeitpunkt, durch

die Beziehung zu Gott sowohl begründet wie auch begrenzt. Die unmittelbaren Initiativen zur eigenen Selbsterhaltung, wie sie ja – notwendigerweise – auch unseren Institutionen medizinischen Fortschritts innewohnen, werden dann als gebrochen wahrgenommen. Das eröffnet dem Arzt die Möglichkeiten effektiven, sachgerechten Handelns, ohne daß er sich überall jenen maximal-effektivierenden Imperativen unterworfen wissen muß.

Allerdings ist diese den Arzt entlastende Sichtweise auch nur dann kein salvatorischer Zynismus, wenn diese Sicht vom Arzt dem Patienten mitgeteilt wird. Und das heißt: Wenn sie dem Patienten selbst als Angebot zugemutet wird, sich in der Situation seiner Krankheit so, nämlich religiös, zu deuten. Also die Unterscheidung herzustellen zwischen der krankheitsbedrohten Endlichkeit seines Lebens und der prinzipiellen, im Gegenüber zu Gott verwurzelten, ihn zeit seines Lebens begleitenden Endlichkeit. Es ist klar, daß dieses Selbstdeutungsangebot für den Patienten entsprechend auch für die Angehörigen gilt.

Diese differenziertere Sicht des Lebens kann dann auch möglicherweise zur Ausbildung anderer ethischer Maximen führen, die sich der immanenten Fortschrittslogik der Effektivierung nicht beugen, ohne dabei den medizinischen Fortschritt zu vernachlässigen oder gar zu verteuflern. Es ist jedoch unbestreitbar, daß diese anderen, religiös getönten ethischen Maximen nur soweit reichen, als die religiöse Grundsicht des Lebens als von Gott gegeben geteilt wird. Darum kommt es auch nur dann zu der hier möglichen Entlastung bei Arzt und Patient, wenn über diese Sicht des Lebens gesprochen wird.

Das Leben – vor Gott gestellt. Unter diesem Gesichtspunkt ist nicht, wie eben, der Konflikt der Krankheit das vorrangig betrachtete Moment, sondern der Konflikt der Intervention. Es geht dabei nämlich um die Frage, wie sich der ärztlich Handelnde selbst sieht. Also: Wie er sein eigenes Gewissen bildet. Auch hier ist der grundsätzliche Effekt der der Selbstdifferenzierung. Ich mache einen Unterschied zwischen mir als Subjekt und mir als Handelndem. Diese Unterscheidung rückt die Imperative, denen mein Handeln sachgemäßweise unterworfen ist, in die Perspektive einer Betrachtung von außen. Bereits diese Möglichkeit entlastet vom unmittelbaren Handlungsdruck. Sie schafft auch die Voraussetzungen dafür, die Bedingungen, unter denen sich die berufsspezifisch standardisierten Imperative aufbauen, zu analysieren; etwa so, wie das in diesem Artikel oben versucht wurde.

Die Unterscheidung zwischen mir als Subjekt vor Gott und mir als Subjekt meines Handelns führt des weiteren die Einsicht herauf, daß ich auch mit der größtmöglichen Vollständigkeit und der optimalen Güte des Handelns die Stellung vor Gott (und damit die letzte Übereinstimmung mit mir selbst) nicht zu erzeugen vermag; dies auch deshalb nicht, weil ich mich schon vor Gott stehen sehen muß, um die anfängliche Unterscheidung überhaupt vorzunehmen. Das hat dann allerdings zur Folge, daß ich auch mein eigenes Handeln distanzierter betrachten kann. Dazu gehört, die eigenen Stärken und Schwächen realistisch einzuschätzen; die eigenen Grenzen zu respektieren und zu akzeptieren; freilich auch: Einspruch zu erheben gegen den Zwang des Machbaren. Es ist deutlich, daß die in diesem Selbstverhältnis sich bildenden Haltungen und Deutungen über den unmittelbaren Berufsbezug des Arztes hinausgehen. Die gesuchte Tieferlegung ärztlicher Verantwortung wird sich aber überhaupt nur auf dem Wege in Angriff nehmen lassen, daß sie zugleich die Person des Arztes selbst in den Blick nimmt.

Es ist auch hier klar, daß der Gewinn solcher religiösen Selbstdeutungsperspektiven vom eigenen Versuch abhängt. Es ist dafür keine vorab zu verlangende Zustimmung zu so oder so gearteten christlich-kirchlichen Lehren erforderlich. Wohl aber wird es nötig sein, über die Konflikte im Gewissen zu reden; auch und gerade dann, wenn, wie vorher vermutet, so etwas wie eine objektiv induzierte Aushöhlung personaler ärztlicher Gewissensverantwortung im Gange sein sollte. Zu diesem Gespräch anzuregen und die religiöse Perspektive probeweise einzunehmen, möchte ich mit diesem Artikel beitragen.

## Literatur:

Hans Jonas: Technik, Medizin und Ethos. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung, Frankfurt/Main: Suhrkamp 1987

Alexander Mitscherlich: Krankheit als Konflikt, Frankfurt/Main: Suhrkamp 1967

Eilert Herms: Grundprobleme medizinischer Ethik, in: ders.: Gesellschaft gestalten. Beiträge zur evangelischen Sozialethik, Tübingen: Mohr 1991, S. 319–333 (zuvor in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 48, 1988, S. 189–195)