

Monika Bobbert

Verantwortung, Fehler und Schuld in Medizin und Pflege

I. Einleitung

Kranke oder pflegebedürftige Menschen sind in besonderer Weise verletzlich.¹ Zum einen sind sie meist auf professionelle Versorgung und Betreuung anderer angewiesen und damit auch deren Entscheidungen und Handeln in gewisser Weise ausgeliefert. Zum anderen bringen Krankheit oder Behinderung häufig psychische, kognitive oder soziale Einschränkungen des Autonomievermögens mit sich – was etwa die Willensartikulation oder das persönliche Durchsetzungsvermögen anbelangt. Aber auch schon dann, wenn ein Mensch Schmerzen hat oder ihm die Aktivitäten des täglichen Lebens² grosse Mühe bereiten, sind seine psychischen und physischen Kräfte häufig reduziert.

Medizin und Pflege beanspruchen, dem Patienten zu helfen, d. h. sein Wohl in Bezug auf Krankheit oder Pflege zu verbessern. Doch Krankheit, Behinderung und Altersgebrechen lassen sich nicht immer heilen, sondern manchmal auch nur lindern, da die Hilfsmöglichkeiten von Medizin und Pflege ihre Grenzen haben. Generell stellt die Norm des Nichts-Schadens eine Minimalforderung für medizinische und pflegerische Interventionen dar. Sie gilt schon für den Fall der Wirkungslosigkeit: Selbst wenn eine Therapie oder

-
- 1 Vgl. eingehend zur Kategorie der Verletzlichkeit Hille Haker, *Vom Umgang mit der Verletzlichkeit des Menschen: Monika Bobbert (Hg.), Zwischen Parteilichkeit und Gerechtigkeit. Schnittstellen von Klinikseelsorge und Medizinethik*, Münster 2015, 195–227.
 - 2 Vgl. für eine etablierte Möglichkeit der Kategorisierung professioneller Pflege die «Aktivitäten des alltäglichen Lebens» nach Liliane Juchli, *Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege*, Stuttgart 1997 oder Nancy Roper/Winifred Logan/Alison J. Tierney, *Das Roper-Logan-Tierney-Modell – basierend auf Lebensaktivitäten*, Bern 2009 (Im Original erschienen 1980: *The Elements of Nursing: A Model for Nursing based on a Model of Living*).

Pflegemaßnahme keinen positiven Effekt haben sollte, so darf sie dem Patienten zumindest nicht schaden.

Wenn Fehler in der medizinischen oder pflegerischen Versorgung geschehen, läuft ein Patient oder pflegebedürftiger Mensch Gefahr, noch mehr Schmerzen und Belastungen zu erleiden als ohnehin schon und eine ansonsten übliche Besserung nicht zu erfahren. Weil Krankheit, Behinderung oder Gebrechlichkeit oft existenziell bedrohlich sind und weil Medizin und Pflege sehr nah an Leib und Seele eines Menschen heranreichen, können Fehler in diesen Situationen rasch auch schwerwiegende Folgen zeitigen, etwa Schmerzen, bleibende Gesundheitsschädigungen oder die Bedrohung des Lebens. Es wundert nicht, dass es bislang nur mehr wenig Literatur und Diskussionen über Fehler von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegenden gibt. Faktisch Betroffene vermögen es oft nicht, ihre Klagen und Ansprüche geltend zu machen, für potenzielle Patienten und Patientinnen ist das Thema des Fehlermachens in der Gesundheitsversorgung beunruhigend, für praktizierende Ärzte und Pflegenden ist es oft ein Tabuthema. Offenbar stellen Fehler das berufliche Selbstverständnis und die moralische Selbstverpflichtung des Nichtschadens in Frage, ungeachtet dessen, ob sie aus institutioneller Überforderung oder persönlichem Versagen heraus geschehen sind.

Des Weiteren gehen Fehler mit dem Lernen in Ausbildung und Studium einher. Ein Teil der Ausbildung und des Studiums findet in Klinik, Pflegeheim oder einer ambulanten Versorgungsstruktur statt. So gern wir uns auf die Lebensweisheit, durch Fehler zu lernen oder durch Fehler klug zu werden, beziehen, wenn wir etwas falsch gemacht haben oder wenn wir Auszubildende zum Ausprobieren ermutigen wollen: Ist es aus ethischer Sicht zulässig, in Medizin oder Pflege durch Fehler zu lernen?

Die Themen Verantwortung, Fehler und Schuld in Medizin und Pflege müssen trotz ihres individuellethischen Startpunkts in der Sozialethik enden: Angesichts der Verletzbarkeit kranker und pflegebedürftiger Menschen gilt es, Verantwortung zu übernehmen und sich in besonderer Weise um das Vermeiden von Fehlern zu bemühen. Weil jedoch die professionelle medizinische und pflegerische Versorgung und Betreuung von Menschen durch die institutionellen und sozialstaatlichen Rahmenbedingungen geprägt ist, was mit einer ausdifferenzierten Arbeitsteilung einhergeht, bedürfen immer auch die Bedingungen, unter denen Ärztinnen und Pflegekräfte Verantwortung übernehmen, einer ethischen Reflexion.

II. Fehler bei der Versorgung verletzbarer Menschen

1. Aus Fehlern lernen?

Im Unterschied zu manch anderen Lebensbereichen, Ausbildungs- und Studiengängen kann das Fehlermachen im Gesundheitswesen und in der professionellen Versorgung von Menschen mit Einschränkungen kein angezielter Weg des Lernens sein. Das moralische Verbot zu schaden (Prinzip des Nichtschadens), welches z.B. im ärztlichen und pflegerischen Berufsethos wie auch in medizin- und pflegeethischen Werken³ als zentrale Norm genannt wird, ist auch als Pendant zur Abhängigkeit und Verletzlichkeit pflegebedürftiger Menschen zu sehen. Ausserdem sollen Schmerz und Belastung nicht noch vermehrt werden, sondern es soll wirkliche Unterstützung erfolgen. Denn ansonsten würden die «helfenden Berufe» in Medizin und Pflege ihr Ziel verfehlen und auch die Legitimität ihres «Eingreifens» in Leib und Seele verlieren. Die Norm des Nichtschadens ist auf der ethisch-normativen Ebene, d. h. der Frage des unbedingten moralischen Sollens angesiedelt.

Nun gibt es in den letzten Jahren aber auch zunehmend mehr Literatur zu Fragen der Ethik des guten Lebens. Auf der Ebene des Strebens nach dem gelingenden Leben ist es zulässig, über einen guten Umgang mit Fehlern und Schuld nachzudenken und keine zu grosse Angst vor Fehlern und Scheitern zu entwickeln. Wir müssen nicht zwangsläufig ein schlechtes Gewissen haben oder in Scham und Schuld versinken, wenn uns ein Fehler unterläuft.

Zunächst einmal ist zu klären, welche Fehler überhaupt moralisch relevant sind. Denn auf der Sachebene kann es Fehler unterschiedlichster Art geben: Fehler angesichts der kulturell geprägten Normen guten Benehmens, Fehler angesichts der DIN-Normen oder Fehler angesichts verwaltungstechnischer Vorgaben. Wann ein moralisch relevanter Fehler vorliegt, welche Aspekte eines Fehlers auf der strebensethischen oder aber sollensethischen Ebene liegen und welche moralischen Normen im Hinblick auf das normative Sollen verletzt und daher im engeren Sinne ethisch problematisch sind, lässt sich allerdings erst über eine umsichtige ethische Reflexion klären. Gleichwohl ist das Fehlermachen in Medizin und Pflege ein wichtiges Thema: Denn wir Menschen sind kontingent und fehlerfähig. Wir können niemals ganz perfekt handeln, weder moralisch, noch sachbezogen.

3 Vgl. z. B. für die Medizinethik Tom L. Beauchamp/James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford 2013, vgl. für die Pflegeethik z. B. Settimio Monteverde (Hg.), *Handbuch Pflegeethik*, Stuttgart 2012; Doris Fölsch, *Ethik in der Pflegepraxis*, Wien 2008, bes. 124–140.

Jede philosophische oder theologische Anthropologie, d. h. das methodisch geleitete Nachdenken des Menschen über sich selbst unter Einbeziehung der Lebensvollzüge, Erfahrungen und wissenschaftlichen Erkenntnisse über den Menschen, zeigt dies auf.⁴ Das anthropologische Faktum der Kontingenz des Menschen kann und darf im Berufsleben nicht ausgeblendet werden. Perfektionismus kann nicht erwartet werden, jede Verneinung von der Möglichkeit des Irrtums und Fehlermachens käme einer Selbstüberschätzung bzw. Überforderung des Menschen gleich. Angesichts der anthropologischen Verfasstheit des Menschen gilt es, um der Akteure und um der verletzlichen Patienten und Patientinnen und Pflegebedürftigen willen die Möglichkeit fehlerhaften Handelns miteinzubeziehen und alle Beteiligten durch Regeln und Strukturen umsichtig vor Fehlern zur bewahren.

2. *Das Sündenbock-Phänomen*

Die ausdifferenzierte Arbeitsteilung mit Handlungsketten, an denen viele Akteure beteiligt sind, macht es in der stationären und ambulanten Versorgung schwierig, Verantwortung prospektiv oder retrospektiv zuzuschreiben. Zudem neigen die moralischen Intuitionen der Beteiligten sowie die klinische Ethik, die sich vielfach mit fallbezogenen ethischen Problemen befasst, dazu, eher einzelne moralische Akteure in den Blick zu nehmen als Strukturen zu kritisieren: In der Klinik hat das Tagesgeschäft mit der Lösung akuter Fälle faktisch oft Vorrang vor der Analyse der Rahmenbedingungen und vor etwaigen institutionellen und sozialpolitischen Änderungsforderungen.

So kommt auch das sogenannte Sündenbock-Phänomen bei Fehlern in der Krankenversorgung häufig zum Tragen: Bei einem Fehler, bei dem Patienten oder Gepflegte einem erkennbar hohen Gesundheitsrisiko ausgesetzt werden oder tatsächlich zu Schaden kommen, wird rasch das letzte Glied der Handlungskette verantwortlich gemacht und bestraft, etwa die Krankenschwester, die der schwangeren Patientin auf einer gynäkologischen Station das falsche Medikament verabreicht, oder der Medizinstudent, der einer Patienten nach einer Brustkrebsoperation am «falschen» Arm Blut abnimmt – nämlich dem

4 Vgl. z. B. Reiner Wimmer, *Anthropologie und Ethik. Erkundungen in unübersichtlichem Gelände*: Christoph Demmerling/Gottfried Gabriel/Thomas Rentsch (Hg.), *Vernunft und Lebenspraxis. Philosophische Studien zu den Bedingungen einer rationalen Kultur*, für Friedrich Kambartel, Frankfurt/M. 1995, 215–245; Dietmar Mieth, *Theologische Anthropologie*: Eike Bohlken/Christian Thies (Hg.), *Handbuch Anthropologie*, Stuttgart 2009, 250–257.

rechten Arm, der der abgenommenen Brust näher liegt.⁵ Im ersten Fall erlitt die schwangere Patientin eine Fehlgeburt, im zweiten Fall entwickelte die Patientin, bei der vor drei Tagen eine Brustoperation mit Ausräumung der axialen Lymphknoten rechts erfolgt war, eine Infektion. Beide Akteure machten sich selbst für den Fehler verantwortlich, das Behandlungsteam vertrat ebenso diese Ansicht und verhängte entsprechende Sanktionen.

Übergangen wurde der Weg der Fehleranalyse und reflektierten Zuschreibung von Verantwortung, wofür unter anderem folgende Fragen hätten geklärt werden müssen:⁶

1. Wie wahrscheinlich ist die implizite Hypothese eines Kausalzusammenhangs? Im ersten Fall wurde durch ein Wehenmittel, das der falschen Patientin verabreicht wurde, mit grosser Wahrscheinlichkeit der Spontanabort ausgelöst. Im zweiten Fall könnte die Infektion auch andere Ursachen haben als die Blutabnahme am «falschen» Arm. Verantwortungszuschreibungen bauen immer auf einer Kausalannahme auf, die jedoch letztlich immer eine mehr oder weniger abgesicherte Wahrscheinlichkeitsaussage darstellt.
2. Ist die Handlung prinzipiell anrechenbar, d. h., stand die Handlung in der Entscheidung des Medizinstudierenden, da er sie freiwillig ausführte und auch hätte anders handeln können?
3. Arbeitsteilung und Verantwortung: Wem aus dem Behandlungsteam und der übergeordneten Organisation kommen welche Aufgaben und

5 Die erwähnten Fallbeispiele stammen von Teilnehmenden aus Seminaren zum Thema «Fehler und Verantwortung in Medizin und Pflege», die die Autorin des vorliegenden Beitrags durchführte.

6 Bereits Aristoteles hebt in seiner Imputationslehre – einer Theorie, die klärt, unter welchen Umständen Personen retrospektive Verantwortung zugeschrieben werden kann – im dritten Buch der Nikomachischen Ethik (vgl. Aristoteles, Philosophische Schriften in sechs Bänden, Hamburg 1995, 44–72 [1109b30–1119b21]) auf folgende zwei Aspekte ab: 1. Bestand «Tatherrschaft», wurde die Handlung also freiwillig ausgeführt und hätte die Person anders handeln können? 2. Falls die Tat auf Unwissenheit beruht: Unwissenheit entschuldigt nicht, wenn sich die Tat auf moralische Normen bezieht, die zu kennen man verpflichtet ist (hier: Recht auf Schutz von Leben und Gesundheit der Patienten). Bezieht sich die Unwissenheit jedoch auf empirische Bedingungen des Handelns, hängt die Zuschreibbarkeit der Verantwortung davon ab, ob die Unwissenheit vermeidbar und insofern verschuldet war oder nicht.

welcher Anteil der Verantwortung für das Wohl der Patienten und Patientinnen zu?

4. Wissen und Verantwortung: Die Zuschreibung einer Handlung, die auf Unkenntnis der empirischen Rahmenbedingungen beruht, hängt von der Art des Irrtums ab: Hätte man/frau es wissen können? Liegt individuelle Nachlässigkeit (selbstverschuldet, vermeidbar) vor oder gibt es Mitverantwortliche, die Wissen oder Informationen hätten weitergeben sollen?
5. Sollen setzt Können voraus: Hatte der/die Akteur/-in die Fähigkeiten, die für das Wahrnehmen der entsprechenden Verantwortung erforderlich waren? Gab es eine Delegation und Übernahme der Aufgabe, bei der diese Frage bedacht wurde?

Der Medizinstudent hätte je nach Inhalt und Zeitpunkt seines Studiums, vielleicht auch je nach Praktikanten/Studenten-Einweisung auf der onkologischen Station wissen können, dass bei frisch operierten Brustkrebspatientinnen bei einer Blutabnahme der Arm der nicht betroffenen Seite zu wählen ist. War im Studiumscurriculum oder bei seiner Einführung auf der Station etwas versäumt worden oder hatte der Medizinstudent nicht alles gehört? Die Krankenschwester müsste je nachdem, wie das «Herrichten» der Medikamente und Injektionen geschieht, zur Verantwortung gezogen werden. Medikamentenverwechslungen sind ein häufiger Fehler in der Pflege. Die Pflegeethikerin Marianne Arndt hat in einer empirisch untermauerten Monografie gezeigt, welche Strukturbedingungen Medikamentenfehler verhindern und damit Pflegekräfte entlasten und Patienten schützen.⁷ So ist beispielsweise das Herausnehmen der Medikamente aus den Originalverpackungen am Bett anhand der Krankenakte weniger fehleranfällig als das Sortieren der Tabletten und Injektionsmitteln auf Tablettis im Stationszimmer.

Häufig ist es allerdings auch so, dass Fehler nicht offen gelegt werden.⁸ Damit können weder mögliche Folgeschäden auf Seiten des Patienten verhindert oder gemildert noch strukturelle Ursachen erkannt und behoben werden. Wenn Ärztinnen oder Pflegenden als direkte Akteure oder Mitwisser dies in Kauf nehmen, werden sie ihrer prospektiven Verantwortung nicht gerecht.

7 Vgl. Marianne Arndt, *Nurse's Medication Errors. An Interpretative Study of Experiences*, Frankfurt/M. 1994.

8 Vgl. z. B. die Fallgeschichte «Fehler»: Arbeitsgruppe «Pflege und Ethik» der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., «Für alle Fälle». Arbeit mit Fallgeschichten in der Pflegeethik, Hannover 2005, 30–39.

Eventuell werden sie auch ihrer eigenen gegenwärtigen Verantwortung für Gesundheit und Wohlergehen des Patienten nicht gerecht, da sie eventuell zur Erhöhung des akuten Schadens beitragen. Ihr Mitwissen bringt also einen neuen Anteil an Verantwortung mit sich. Zudem bleiben die Risiken für künftige Patienten und Patientinnen bestehen.

III. Verantwortung als Zuschreibungsbegriff

1. *Moralische Verantwortung*

Der deutsche Begriff Verantwortung verweist auf die Praxis des «Für etwas Rede und Antwort stehen».⁹ Im Kern bedeutet es, sich für etwas gegenüber jemandem unter Berufung auf eine Norm oder Vereinbarung zu rechtfertigen. Die Zuschreibung von Verantwortung kann sich auf spezifische Aufgabenbereiche, (Berufs-) Rollen oder Konventionen u. a. m. beziehen. Bedingte Verantwortlichkeiten werden auch als Aufgabenverantwortung oder Zuständigkeitsverantwortung bezeichnet.¹⁰ Die sozialen Rollen in einer Gesellschaft und die beruflichen Aufgaben in einer arbeitsteilig organisierten Einrichtung sind bezogen auf fachliche, rechtliche oder andere Vereinbarungen und Regeln (z.B. beim Schiedsrichter im Sport). Diese Verantwortlichkeiten im Sinne von Zuständigkeiten und Vereinbarungen können miteinander in Konkurrenz stehen, oder sie sind einander über- oder untergeordnet. Da die Moral jedoch die oberste Prüfinstanz für unser Handeln darstellt, und klärt, wozu wir grundsätzlich verpflichtet sind, ist das moralische Verständnis von Verantwortung allen anderen Verantwortlichkeiten vorgeordnet.

2. *Verantwortung deskriptiv und evaluativ zugleich*

Der Begriff der Verantwortung lässt sich nicht rein deskriptiv zuschreiben, sondern enthält unausweichlich immer schon wertende Bestandteile:¹¹ Die Aussage «Frau Dr. Anger ist verantwortlich für die Leitung der Station» bedeutet zum einen, dass es ihre Aufgabe ist, die Station zu leiten. Es bedeutet

9 Vgl. für das Folgende den systematischen Grundlagenartikel zu Verantwortung von Micha H. Werner: Marcus Düwell/Christoph Hübenthal/Micha H. Werner (Hg.), *Handbuch Ethik*, Stuttgart, 2011, 541–548.

10 Vgl. z. B. Otfried Höffe, *Schulden die Menschen einander Verantwortung?:* Ernst-Joachim Lampe (Hg.), *Verantwortlichkeit und Recht*, Opladen 1989, 12–35.

11 Vgl. dazu u. a. zu Verantwortung und Arbeitsteilung v.a. Hans Lenk, *Einführung in die angewandte Ethik. Verantwortung und Gewissen*, Stuttgart 1997, 99f.

aber auch, dass Frau Dr. Anger, sollte auf der Station ein Fehler auftreten, möglicherweise mitverantwortlich ist. Zudem kann es bedeuten, dass sie die zur Fehlerprävention geeigneten Massnahmen auf ihrer Station etablieren sollte. Wenn der Medizinstudent «am falschen Arm Blut abgenommen hat», dann bedeutet dies zum einen, dass er es war, der die Blutabnahme durchgeführt hat (deskriptiv in dem Sinn, dass ein Akteur genannt wird), zum anderen ist er damit aber auch ein Akteur, der als Verantwortungsträger in Frage kommt, dem also Verantwortung zugeschrieben werden kann.¹²

3. *Verantwortung retrospektiv oder prospektiv*

Der Begriff der Verantwortung kann auf Geschehenes bezogen, also retrospektiv verwendet werden. Meist werden «Fehler» in der Krankenversorgung identifiziert und dann moralisch relevante Verantwortungszuschreibungen vorgenommen, so z.B.: «Der Stationsarzt und das Behandlungsteam sind verantwortlich dafür, dass unverhältnismässig viele Patienten auf seiner Station eine Infektion entwickelt haben.» Im Fall einer retrospektiven Zuschreibung von Verantwortung für Fehler muss jemand Rede und Antwort stehen, und es geht dabei um die Frage der Schuldzuweisungen. Traditionell wurde die Thematik der retrospektiven Verantwortung anhand des Begriffs der Schuld oder der Zurechenbarkeit bzw. Imputation diskutiert.

Der Begriff Verantwortung kann jedoch auch auf die Zukunft gerichtet sein: Es gilt, Fehler zu verhindern und wirksame Vorkehrungen zu treffen, wie z.B.: «Der Stationsarzt und das Behandlungsteam sind verantwortlich für Heilungsfortschritte und für den Schutz der Gesundheit ihrer Patienten. Sie führen neue Hygienemassnahmen zur Verhinderung von Infektionen auf ihrer Station ein.» Der prospektive Verantwortungsbegriff wurde traditionell – und wird vielfach auch heute noch – unter dem Begriff der moralischen Pflicht diskutiert.

4. *Verantwortung als mehrstelliger Zuschreibungsbegriff*

Der Verantwortungsbegriff ist ein sogenannter Zuschreibungsbegriff. Es besteht Einigkeit darin, dass der moralische Verantwortungsbegriff als mehrstelliger Relationsbegriff verstanden werden muss: Dabei werden dreistellige

12 Im Alltag personifizieren wir manchmal z. B. die Natur, wenn wir sagen: «Der Wirbelsturm Katrina war verantwortlich für die Katastrophe in New Orleans.» Damit beschreiben wir einen Kausalzusammenhang. Es handelt sich nicht um eine Verwendung des moralischen Verantwortungsbegriffs, weil ein Naturphänomen kein moralisches Subjekt ist.

bis hin zu sechsstelligen Relationen vorgestellt.¹³ Eine vierstellige Relation wie folgt kann als Mindestvoraussetzung gelten:¹⁴ Jemand (Verantwortungssubjekt) ist für etwas (Verantwortungsgegenstand) aufgrund bestimmter normativer Standards (Normbezug) vor oder gegenüber jemandem (Verantwortungsinstanz) verantwortlich.

Angesichts dieser Relationen müssen bei der Zuschreibung von Verantwortung unter anderem folgende Fragen diskutiert werden:

- Verantwortungssubjekt: Bewusstheit, Wissen und Freiwilligkeit des Handelnden: War er sich über die Situation im Klaren und hätte er anders handeln können?
- Verantwortungsgegenstand: Wofür war jemand zuständig/verantwortlich? War dies implizit oder explizit vereinbart?
- Normbezug: Art, Einschlägigkeit und normative Gültigkeit der (moralischen) Bezugsnormen.
- Verantwortungsinstanz: Vor wem ist jemand verantwortlich? «Vor dem moralischen Gesetz», das durch Vernunftwesen begründet ist und sich an sie richtet, vor einer religiösen Instanz oder vor dem juristischen Gesetz?

5. *Moralische Verantwortung und theologische Ethik*

Im Folgenden steht der moralische Verantwortungsbegriff in Bezug auf konkrete Handlungen im Vordergrund. Damit sind moralische Normen der Bezugspunkt und die Verantwortungsinstanz ist die Ethik bzw. die ethische Reflexion, die sich an Vernunftwesen richtet. Eine theologische Ethik beantwortet die Frage, warum ein Mensch moralisch verantwortungsvoll handeln soll, mit der Beziehung des Menschen zu Gott. Im Kontext einer autonomen Moral im christlichen Kontext ist jedoch die Frage der Begründung moralischer Normen und ihrer inhaltlichen Ausdifferenzierung und Anwendung dem von Gott dem Menschen geschenkten Vernunftvermögen überantwortet. Der «Beweggrund», d. h. die Motivation zum moralischen Handeln und

13 Vgl. Walther Zimmerli, Wandelt sich die Verantwortung mit dem technischen Wandel?: Hans Lenk/Günter Ropohl (Hg.), Technik und Ethik, Stuttgart 1993, 92–111; Höffe 1989 (Anm. 10), 12–35; Hans Lenk, Zwischen Wissenschaft und Ethik, Frankfurt/M. 1992, Günter Ropohl, Das Risiko im Prinzip Verantwortung: Ethik und Sozialwissenschaften 5/1994, 109–120.

14 Vgl. Werner 2011 (Anm. 9), 543.

zur Verantwortungsübernahme liegt im christlichen Glauben in der Verschränktheit von Gottes- und Nächstenliebe.¹⁵

6. *Verantwortung angesichts welcher moralischer Normen und ethischer Theorien?*

Mit den Begriffen und Methoden der philosophischen Ethik als einem Vernunftdiskurs ist die Frage zu beantworten, welche rationale Argumentation vor Vernunftwesen Bestand haben kann. Aus moralischer Sicht müssen die Normen und Urteile von Individuen oder partikularen Gruppen kritisierbar sein. Angesichts moralisch-normativer Forderungen müssen logisch-zwingende oder zumindest sehr plausible Gründe gegeben werden, ohne dabei die Fehlbarkeit moralischer Begründungswege zu ignorieren. Der Theorienpluralismus der Ethik ist also bei der Frage, vor welcher moralischen Norm ein Akteur verantwortlich ist, stets zu berücksichtigen.

In Bezug auf die medizinische und pflegerische Praxis sind – ungeachtet bzw. trotz des ethischen Theorienpluralismus – bestimmte moralische Normen weithin akzeptiert, so das Prinzip der Selbstbestimmung, das Prinzip des Nichtschadens, der Schutz von Leben und Gesundheit, das Prinzip des Wohltuns bzw. der Heilung und Linderung sowie das Prinzip der Verteilungsgerechtigkeit.¹⁶ Weniger der Streit um die Begründung dieser grundlegenden Normen als um deren Anwendung auf die Handlungsbereiche Medizin und Pflege und die Abwägungskriterien für Situationen, in denen mehrere Normen in Konflikt geraten, sind hier Gegenstand von Debatten. Für den Verantwortungsdiskurs kann daher auf diese moralischen Normen zurückgegriffen und intensiv die Frage der Verantwortungszuschreibung in Bezug auf Verantwortungssubjekt, Verantwortungsgegenstand und Normbezug bearbeitet werden.

15 Vgl. u. a. Dietmar Mieth, Was wollen wir können? Ethik im Zeitalter der Biotechnik, Freiburg/Br. 2002; Alfons Auer, Autonome Moral und christlicher Glaube, Düsseldorf 2000.

16 Vgl. Beauchamp/Childress 2013 (Anm. 3); Bettina Schöne-Seifert, Grundlagen der Medizinethik, Stuttgart 2007; Günther Pöltner, Grundkurs Medizin-Ethik, Wien 2002 als *partes pro toto* für die Medizinethik; vgl. auch ethische Berufskodizes für Ärzte/Ärztinnen und Pflegenden.

IV. Verantwortung und Arbeitsteilung in Medizin und Pflege

Schon im zwischenmenschlichen Nahbereich ist häufiger umstritten, wer im konkreten Fall für gewisse Aufgaben zuständig ist und dementsprechend retrospektiv oder prospektiv verantwortlich ist. Noch weitaus komplexere Zusammenhänge und Zuschreibungsprobleme sind in arbeitsteilig organisierten Institutionen der Gesundheitsversorgung, sei es stationär oder ambulant, gegeben. Oftmals ist die Rollen- und Aufgabenverantwortung auch nicht inhaltseng als spezielle Aufgabe umschrieben, sondern es handelt sich um eine recht umfassende, ja eher generell auf einen Versorgungsauftrag bezogene Verantwortung, die teils explizit und teils implizit umrissen ist oder jedem neuen Mitarbeiter weitertradiert wird.¹⁷

Auch wenn von institutioneller Verantwortung oder Organisationsverantwortung die Rede ist, muss die Verantwortungsfrage immer an personale Verantwortung rückgebunden werden. Denn im eigentlichen Sinn kann nur moralischen Subjekten Verantwortung zugeschrieben werden. Interne Aufgabenbereiche und Verantwortungsaufteilungen, implizite oder explizite Aufteilungsabsprachen sind hierbei zu eruieren oder zu rekonstruieren. Die Schwierigkeit der Verantwortungszuschreibung erhöht sich bei arbeitsteilig organisierten Handlungszusammenhängen auch deshalb noch, weil die Handlungszusammenhänge durch technische Artefakte oder soziale Systeme vermittelt sind. Es ergeben sich komplexe Wechselwirkungen zwischen Handlungswirkungen verschiedener Akteure, hinzu treten Unsicherheiten bei der Folgenprognose. In der Gesundheitsversorgung sind auch Annahmen zu den kausalen Zusammenhängen zwischen dem physischen und psychischen Wohl des Patienten und den medizinischen und pflegerischen Handlungen oftmals strittig. Angesichts dieser und weiterer Einflussfaktoren wird man in vielen Fällen personale Verantwortung nur unter Vorbehalt zuschreiben können. Zudem wird vielfach davon ausgegangen, dass Akteure für intendierte Handlungsergebnisse stärker verantwortlich sind als für nicht-intendierte und für vorausgesehene Handlungsfolgen stärker als für nicht-voraussehbare. Bei dem letztgenannten Aspekt ist jedoch zu diskutieren, ob der Irrtum in Bezug auf einen empirischen Sachverhalt als «Hätte-wissen-können» oder als schuldloses «War-nicht-abzusehen» zu bewerten ist.

17 Vgl. zu Verantwortung und Arbeitsteilung v.a. Lenk 1997 (Anm. 11), bes. 101–102.

V. Verantwortungszuschreibung in Medizin und Pflege

1. *Retrospektive Zuschreibung von Verantwortung als moralischer Schuld*

Fehler in der Versorgung kranker oder pflegebedürftiger Menschen in einer stationären oder ambulanten Einrichtung unterlaufen den professionellen Helferinnen und Helfern und denjenigen, die die Abläufe planen und organisieren, häufiger. Nicht alle Fehler sind moralisch relevant. So können Fehler darin bestehen, dass man von einem üblichen Ablauf, den die Verwaltung vorgibt, abweicht, dass man einen Pflegestandard variiert oder gegen eine DIN-Norm verstößt. Ob ein Fehler aus ethischer Sicht relevant ist, d. h. ob aus moralisch-normativer Sicht eine ethische Norm verletzt wird oder aus Sicht einer Ethik des guten Lebens ein Patient nicht das für ihn erstrebenswerte Genesungsziel erreicht, ist zunächst zu klären. Bei einer Zuschreibung moralischer Verantwortung, die mit Schuld und Pflicht, also in erster Linie ethisch-normativen Forderungen in Verbindung steht, ist des Weiteren zu klären, welche ethischen Normen durch Fehlverhalten oder fehlerhafte Ergebnisse berührt sind.

Fragt man z.B. retrospektiv, wer für eine an sich schlechte Handlung, etwa eine Lüge angesichts des moralischen Verbots zu lügen, verantwortlich ist, dann ist man auf der Suche nach Schuldigen: Wer ist schuld an diesem moralisch relevanten Fehler? Eine Lüge lässt sich meist einer oder einigen Personen zuordnen. Doch sind an einer arbeitsteiligen Versorgung von Patienten in der Klinik häufig mehrere Akteure beteiligt, denen unter Umständen Schuld zuzuschreiben ist:

Folgender Bericht eines Medizinstudenten mag die Schwierigkeit der Verantwortungszuschreibung verdeutlichen:

«Ich stand am Anfang des ersten Tertials im Praktischen Jahr, das ich auf einer internistischen Station begann. Die Aufgaben, die ich zu übernehmen hatte, unterschieden sich nicht wesentlich von denen, die ich auch schon während meiner Famulaturen im Medizinstudium hatte ausführen dürfen. Ausser mir war noch ein weiterer Student im Praktischen Jahr auf der Station. Er war aber schon vier Wochen länger dort und wusste, «wie der Laden läuft». An einem meiner ersten Tage sagte mir der Stationsarzt im Vorbeigehen, dass Herr Schmidt noch eine Transfusion benötige und die zwei Erythrozytenkonzentrate schon bereit lägen. Mein Kollege und ich könnten das Blut doch schnell anhängen. Die erforderlichen Formulare lägen bei den Blutkonserven, er würde sie später unterzeichnen, müsse jetzt aber rasch zur Röntgenbesprechung ins Erdgeschoss. Meinen Hinweis, dass ich noch nie eine Transfusion selbständig durchgeführt hatte, übergang er und forderte mich in strengem Ton auf, das Blut rasch anzuhängen.

Unschlüssig, wie ich weiter vorgehen sollte, besprach ich mich mit meinem Kollegen und wir entschieden uns, gemeinsam den Bedside-Test durchzuführen und die Erythrozytenkonzentrate anzuhängen. Im Skills-Lab hatten wir ja gelernt, wie ein Bedside-Test durchzuführen ist. So schwer konnte es in der Realität nun auch nicht sein. Vier Augen sehen schliesslich mehr als zwei. Nachdem ich alles für die Transfusion vorbereitet hatte, betraten wir zu zweit mit entschlossenen Gesichtern und einem mulmigem Gefühl in der Magengegend das Zimmer. Der Patient erwartete mich schon und wollte die ganze Sache auch schnell hinter sich bringen, so dass wir keine unbequemen Fragen von ihm zu erwarten hatten. Ich entnahm dem Patienten wenige Milliliter Blut und führte den Bedside-Test durch. Wir warteten eine Minute und lasen das Ergebnis korrekt ab. Der Patient hat Blutgruppe A+, die Blutkonserven ebenfalls. Erfreut, die erste Hürde genommen zu haben, beeilten wir uns, die zwei Konserven anzuhängen. Danach verliessen wir das Zimmer.

Gerade wollen wir uns einen Kaffee holen, da hörten wir den unangenehmen Alarm aus dem Zimmer, das wir eben verlassen hatten. Schnell hasteten mein Kollege und ich in das Zimmer, wo sich uns ein schreckliches Bild bot: Herr Schmidt sass vornüber gebeugt am Bettrand und rang nach Luft. Seine Extremitäten waren gerötet, und er konnte kaum noch atmen. Als wir seinen Puls fühlten und bemerkten, dass er arrhythmisch war, erbrach sich Herr Schmidt. Ohne zu zögern beendete ich die Transfusion und rief meinem Kollegen zu, er solle so schnell wie möglich den Stationsarzt informieren.»¹⁸

Was wurde falsch gemacht? Wem lässt sich welche Verantwortung zuschreiben? Und wäre jemand schuld gewesen, wenn der Patient dauerhaft zu Schaden gekommen wäre?

Zunächst ist zu fragen, ob der Akteur, der berichtende Medizinstudent im Praktischen Jahr, bewusst und freiwillig gehandelt hat oder mit anderen Worten: Gab es Handlungsalternativen – und um welchen Preis? Nach dem alten moralischen Grundsatz, dass Sollen Können voraussetzt, wäre zudem zu fragen, inwieweit der Medizinstudent über die Fähigkeit verfügte, anders zu handeln.

Aber auch in Bezug auf andere Akteure wäre dies zu klären. Angesichts arbeitsteiliger Handlungsketten lässt sich die sogenannte Sachverantwortung, also die Verantwortung für bestimmte Aufgaben in vier Formen ausdifferenzieren: Anordnungsverantwortung, Übernahmeverantwortung, Durchführungsverantwortung und Organisationsverantwortung. In Bezug auf die

18 Fall Erzählung eines Medizinstudenten im Praktischen Jahr.

vier Verantwortungsformen wären vermutlich unterschiedliche Akteure verantwortlich zu zeichnen. Inwieweit wissen die Beteiligten um ihre Zuständigkeiten und Aufgaben? Wurden sie explizit erläutert oder galten sie implizit? Zumindest jedoch hätte den Medizinstudenten klar sein müssen, dass ihre Durchführungsverantwortung umfasste, im Zimmer des Patienten zu bleiben und ihn zu beobachten. Eine Anordnungsverantwortung – hier des Assistenzarztes – bestand darin, sich von der Kompetenz derjenigen, an die er delegierte, überzeugt zu haben und auch die Qualität des Ergebnisses zu kontrollieren.

Davon abgesehen ist die implizite Kausalitätsannahme – dass nämlich die Symptome des Patienten Herrn Schmidts mit der Transfusion zusammenhängen – zu überprüfen. Wer schliesslich welchen Anteil an Verantwortung und gegebenenfalls an Schuld trägt, hängt von den herangezogenen ethischen Normen ab. Das Prinzip des Nichtschadens richtet den Blick auf die Frage, wer in welcher Form – kurzfristig oder langfristig – geschädigt worden ist. Eine Verletzung des Rechts auf Schutz von Leben und Gesundheit oder zumindest ein Riskieren der Achtung dieser Rechte bzw. Pflichten könnte als Schuld gelten.

Ein konsequentialistischer Ansatz würde die negativen und positiven Folgen eruieren und eine Nutzensummenbilanz anstreben. Ob der Stationsarzt mit seiner Teilnahme an der Besprechung sehr positive Folgen zeitigte, die die etwas riskante Aufgabendelegation an die Medizinstudierende aufwiegen konnte, wäre angesichts einer obersten Norm der Maximierung des Gesamtnutzens aller von einer Handlung Betroffenen zu klären. Aber nicht nur der Stationsarzt und die beiden Medizinstudenten sind Akteure, denen retrospektiv Verantwortung zugeschrieben werden kann: Andere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Krankenhauses tragen Organisationsverantwortung: Entscheidungen über Personalschlüssel, Arbeitsabläufe und Ergebniskontrollen sind darin enthalten.

In der Fall Erzählung bleibt offen, was im weiteren Verlauf geschieht. Wird der Patient zur Sicherheit auf die Intensivstation verlegt oder wird der Vorfall vertuscht? Auch für die Folgen, die aus einem Fehler resultieren, sind die Beteiligten verantwortlich. Wenn durch das Offenlegen eines Fehlers Folgeschäden verhindert werden können, ist dies allein schon um des Patientenschutzes willen moralisch geschuldet.

Das Herstellen von Transparenz, die gemeinsame Aufarbeitung, das heisst u. a. die Rekonstruktion von Handlungsketten, die Diskussion um die Berechtigung vom Kausalhypothesen, die Einbeziehung der Betroffenen, angemessenen Situationsdeutungen, gültige Normen und die Erweiterung des

Problemhorizonts durch die Einbeziehung verschiedener Sichtweisen können zu einer expliziten Zuschreibung von (Teil-)Verantwortung bzw. Schuld führen, die im Rahmen des Möglichen «aufgeklärt» ist. Neben möglichst plausibel begründeten Schuldzuweisungen kann eine Aufarbeitung eines geschehenen Fehlers auch eine Ent-Schuldung eines «Sündenbocks» mit sich bringen und damit Menschen von einer schweren und ungerechtfertigten Last befreien. Die Offenlegung von Fehlern und die Aufklärung ihres Zustandekommens dienen zudem der Vermeidung einer Fehlerwiederholung. Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Krankenversorgung sind darum bemüht, dass «Beinah-Fehler» berichtet werden, um systematische Fehlerquellen zu erkennen und zu verändern.

2. *Prospektive Verantwortung als moralische Pflicht*

Die explizite Regelung von Zuständigkeiten und Arbeitsabläufen zur Sichtbarmachung individueller Verantwortung fördert das Wissen um den Bereich der jeweiligen Aufgaben und darauf bezogenen Verantwortung. Stellenbeschreibungen und Teambesprechungen, die auf diesen Aspekt Wert legen, fördern eine abgestimmte Arbeitsteilung und das individuelle Verantwortungsbewusstsein.

Prospektiv lässt sich aus der oben genannten Fallzahl lernen, indem die Konstellationen, in denen ein Fehler passiert ist, analysiert und Risikoquellen beseitigt werden. In der Kranken- und Altenversorgung birgt z.B. die teilweise sehr dünne Personaldecke ein hohes Fehlerpotenzial. In Deutschland finden sich Ärzt(inn)e(n) und Pflegenden oft regelhaft in Situationen wieder, in denen zu wenige Fachkräfte eine gute Patientenversorgung leisten sollen. Es darf jedoch keine chronische Überlastung von Einzelpersonen durch «gefährliche Routinen» und Dauerbelastungen geben. Institutionelle Rahmenbedingungen können verantwortungsvolles Arbeiten in der Krankenversorgung also erschweren oder aber fördern. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Altenversorgung.

Insgesamt sind aus systematischen Analysen geschehener Fehler und viel mehr noch aus der Analyse von Beinah-Fehlern Lehren zu ziehen – insbesondere dann, wenn sich ein Fehler nicht allein durch individuelles menschliches Versagen erklären lässt.¹⁹ Aus der Identifikation beeinflussender Faktoren

19 Vgl. z. B. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (Hg.), *Aus Fehlern lernen. Profis aus Medizin und Pflege berichten*, Bonn 2008; Charles Vincent et al., *How to Investigate and Analyse Clinical Incidents: Clinical Risk an Association of Litigation and*

können Empfehlungen entwickelt und Umsetzungsschritte erstellt werden. Qualitätssicherungsstrukturen dienen der Vermeidung von Fehlern. Entsprechende Strukturen und Verfahren entlasten Individuen und bewahren sie vor Fehlern in der Patientenversorgung. Berufliche Aus- und Fortbildungen sind Mitarbeiterinnen und Patienten geschuldet. Empirische Irrtümer in fachlicher Hinsicht können auf diese Weise reduziert und die individuellen Kompetenzen erweitert werden, um auch schwierige Situationen zu meistern.

VI. Umgang mit Fehlern und Schuld

1. Individuelle Schuld

Moralische Schuld angesichts des Verfehlens eines normativ vorgegebenen Handlungsziels oder angesichts eines angerichteten Schadens ist die Kehrseite der Übernahme oder Zuschreibung von Verantwortung. Die Frage, welche moralischen Sollensnormen verletzt wurden und ob es sich um einschlägige Sollensnormen handelt, ist dabei zunächst offen für Hinterfragungen. Vorausgesetzt wird aber, dass der Mensch zur freien Entscheidung zwischen Gut und Böse fähig ist, eine Entscheidung oder Handlung bewusst und selbstbestimmt erfolgt ist und aus der Perspektive der handelnden Person Alternativen hätten ergriffen werden können.

Angesichts unterschiedlicher Instanzen – Moral, Recht, Religion – wird von «objektiver» oder aber «subjektiver» Schuld gesprochen. Ein juristisches Schuldurteil stellt eine externe Beurteilung im Sinne «objektiver» Schuld dar. Aussenstehende urteilen über die Voraussetzung der Schuldfähigkeit der Person und darüber, ob Zwang vorlag. Recht und Rechtsnormen stellen relativ klare normative Maßstäbe dar, die unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen samt faktisch vorhandener, «akzeptabler» Alternativen der Person zu einem Gerichtsurteil führen. Doch jede «objektive» Schuld ist nur im uneigentlichen Sinne «Schuld».

Ein ethisches Schuldurteil kann aufgrund der Frage, ob dem moralischen Sollen ein Können entsprach und ob die entsprechende Handlung bewusst, freiwillig und in Antizipation möglicher Folgen und in Anerkennung erkennbarer Alternativen vollzogen wurde, nur von der betreffenden Person selbst als Gewissensurteil («subjektive» Schuld) gefällt werden. Von moralischer Schuld kann zudem nur die Rede sein, wenn die moralische Forderung, gegen

—

die verstossen wurde, unbedingt gilt. Der unbedingte Geltungsanspruch muss vom Gewissen des Betreffenden anerkannt werden.

Ein religiöses Schuldurteil, demgemäss sich der Mensch von Gott entfernt hat, d. h. die Erfahrung des Unheil-Seins, der Sünde macht, kann ebenso wie die moralische Schuld nicht von Aussenstehenden beurteilt werden.

Wiedergutmachung von gravierenden Fehlern sollten die Betreffenden, soweit dies möglich ist, anstreben. Die geschädigten Anderen können den Fehler vergeben. Dabei ist oftmals auch Vergebung sich selbst gegenüber erforderlich: die personal anerkannten moralischen Normen verletzt zu haben und den eigenen moralischen Idealen nicht gerecht geworden zu sein, muss erst einmal in das Selbstbild und Lebenskonzept integriert werden.²⁰ Ärztinnen Ärzte oder Pflegenden, denen ein gravierender Fehler unterlaufen ist, zweifeln oftmals an ihrer professionellen Befähigung und an ihrem beruflichen Selbstbild. Teilweise möchten sie ihren Beruf aufgeben, weil sie meinen, der damit verbundenen moralischen Verantwortung offenbar nicht gerecht werden zu können.

2. *Kontingenz als Grundzug des Menschen: Schuld, Vergebung und Heil*

Philosophische wie theologische Anthropologien zeigen als Wesenszug des Menschen seine Endlichkeit und seine Kontingenz bzw. Fehlerfähigkeit auf.²¹ Als Akteure von Handlungen, aber auch als Akteure, die bestimmte Hilfs-handlungen unterlassen, die wir anderen schulden, machen wir Menschen in unserem Leben unweigerlich moralische Fehler. Die prinzipiell begrenzte Moralfähigkeit des einzelnen Menschen, die Ausdifferenzierung des moralischen Bewusstseins bei gleichzeitigem Rückfall in zerstörerische Affekte und Handlungen und die Moralfrage als solche verweisen auf die Heilsbedürftigkeit des Menschen. Denn moralische Vernunft kann die Frage der Sinnorientierung nicht ersetzen. Heilsbedürftigkeit ist also nicht nur eine Voraussetzung einer christlichen Religion, sondern sie ergibt sich daraus, dass Moral nicht an die Stelle der Religion gesetzt werden kann.

20 Vgl. dazu Hille, Haker, Entscheidungsfindung im Kontext pränataler Diagnostik: Matthias, Kettner (Hg.), *Beratung als Zwang. Schwangerschaftsabbruch, genetische Aufklärung und die Grenzen kommunikativer Vernunft*, Frankfurt/M. 1998, 223-251, bes. 230f.

21 Vgl. z. B. Reiner Wimmer, *Anthropologie und Ethik: Christoph Demmerling* (Hg.), *Vernunft und Lebenspraxis*, Frankfurt/M. 1995, 215-245; Dietmar Mieth, *Theologische Anthropologie: Eike Bohlken/Christian Thies*, (Hg.), *Handbuch Anthropologie*, Stuttgart 2009, 250–257.

Eine christliche Anthropologie zeigt in besonderer Weise, dass sich der Mensch in religiöser Hinsicht als heilsbedürftig erfährt. Sünde bezeichnet die Erfahrung des Unheil-Seins des Christen in seiner Beziehung zu Gott.²² Jeweils etwas unterschiedliche Rechtsfertigungsmodelle für die Zuwendung Gottes, für sein Heil für den von sich aus inkompetenten Menschen haben sich im Laufe der Theologiegeschichte herausgebildet.²³ Eine theologische Anthropologie hebt aber neben der Geschöpflichkeit und Kontingenz des Menschen auch die Gottebenbildlichkeit und das Angenommensein des Menschen durch Gott hervor. Die unbedingte Zusage Gottes heisst, dass die moralische Beurteilung nicht die letzte Bilanz ist, die den Menschen ausmacht. Er ist vor Gott mehr als nur ein moralisches Wesen, seine Würde vor Gott und damit auch seine Menschenwürde ist nicht durch seine Moralität bedingt.

Die Anerkennung der Kontingenz bzw. Fehlerfähigkeit als menschlicher Grundverfasstheit kann in sensiblen Bereichen anwendungsbezogener Ethik (etwa in der Krankenversorgung oder medizinischen Forschung) zur Hervorhebung des Vorsichtsprinzips führen und den Blick auf Strukturen der Fehlervermeidung lenken – gerade auch um der Menschen willen, die sich ihrer moralischen Verantwortung stellen.

22 Vgl. genauer zum Zusammenhang und zu den Unterschieden des juristischen Schuldbegriffs, des moralischen Schuldbegriffs und der theologischen Rede von «Sünde»: Dietmar Mieth, *Wieweit kann man «Schuld» und «Sünde» trennen? Eine theologisch-ethische Überlegung*: THQ 160/1980, 177–191.

23 Vgl. weiterführend zu vier Modellen der Rechtfertigung Mieth 2009 (Anm. 21), bes. 254–256.