

Die Wahrheit am Krankenbett

Daß Information vor einem ärztlichen Eingriff geschuldet ist, hat sich dem Bewußtsein der meisten Zeitgenossen eingeprägt. Kontrovers bleibt das klassische Thema der medizinischen Ethik: Wahrheit am Sterbebett¹. Zwischen Information und Wahrheit gibt es ja einen nicht unerheblichen Unterschied². Mit dem ersten ist die Beschreibung eines Sachverhalts gemeint, mit dem zweiten wird auf den Sinngehalt einer bestimmten humanen Situation hingewiesen. Das erste kann einlinig durch die mitgeteilte Diagnose erfolgen, das zweite ist nur prozeßhaft über eine Prognose möglich, die den Menschen und seine einmalige Zeit berücksichtigt. Mit der wachsenden Zahl der an Krebs Erkrankten nimmt die Frage nach der Wahrheit am Krankenbett an Brisanz zu.

Die Bereitschaft, sich dem damit verbundenen ethischen und rechtlichen Problem zu stellen, ist national unterschiedlich entwickelt. In den USA läßt sich im Zeitraum von 1961 bis 1977 eine kaum glaubliche Veränderung in der Einstellung der Ärzte beobachten³. In Japan war bis vor kurzem eine ganz andere Praxis üblich. Ein letztes Beispiel wurde der Öffentlichkeit beim Tod des Kaisers im Jahr 1988 bewußt. Die Ärzte versagten dem geistlichen Haupt des Shintoismus bis zuletzt die Wahrheit am Krankenbett. Keine zuverlässigen Zahlen stehen für die Bundesrepublik Deutschland zur Verfügung⁴. Nach allgemeinen Indizien dürfte aber der Wille deutscher Ärzte, einem an unheilbarem Krebs erkrankten Menschen die volle Wahrheit zu sagen, weit hinter dem ihrer nordamerikanischen Kollegen liegen.

Die nationalen Unterschiede lassen sich auch an der inzwischen weltweiten Hospizbewegung illustrieren. In den USA rechnet man mit bis zu 2000 dieser Einrichtungen, in denen Menschen in voller Klarheit über ihren Zustand die letzten Wochen ihres Lebens verbringen können. In Großbritannien gibt es 140 Hospize und 245 sogenannte „day care center“, welche die Sorge eines Patienten während des Tages übernehmen. In der Bundesrepublik nehmen sich bisher drei Hospize (Aachen, Recklinghausen, Köln) vergleichsweise bescheiden aus. Dazu ist der übliche deutsche Name „Sterbekliniken“ äußerst mißverständlich. Nicht zum Sterben wird jemand ins Hospiz gebracht, sondern um darin seine letzten Lebenstage würdig verbringen zu können. Es ist offensichtlich, daß es über die Prinzipien, die der einen oder anderen Art des Handelns zugrunde liegen, von Land zu Land, von Praxis zu Praxis unterschiedliche Auffassungen gibt.

Die Informations- und Wahrheitspflicht

Es wäre schön, wenn man die Frage, um die es hier geht, einfach so behandeln könnte, wie sie sich aus der Warte des Arztes oder des Kranken darstellt. Das ist aber nicht möglich. Die Information bzw. Aufklärung des Patienten durch den Arzt dient leider als „Auffangtatbestand“ dafür, das nicht immer spannungsfreie Verhältnis zwischen beiden weiter zu problematisieren. Die unterlassene oder nicht hinreichende Aufklärung wird sofort in einen Straftatbestand verwandelt, und Mißerfolge der ärztlichen Praxis werden eilfertig nach dem Muster der Verschuldungshaftung bewertet. Man sollte die Frage aber doch noch einmal in aller Einfachheit von der Seite des Arztes bzw. des Patienten betrachten.

1. „Täuschung“ als Therapie?

In der Vergangenheit behielt man Kranken und Sterbenden die Information über ihren wahren Zustand deshalb vor, weil sie die medizinische Tragweite angeblich nicht verstünden, weil sie die „Wahrheit“, fragte man sie selbst, gar nicht hören wollten, weil sie durch die erhaltene Klarheit nur geschädigt würden. Ärzte gaben als Gründe für mangelnde Aufklärung etwa an: um die kranke Person nicht ohne Not zu verwirren, oder jedenfalls ihr keinen unnötigen Schmerz zuzufügen; um den Patienten nicht ohne Hoffnung zu lassen; um die Aussichten einer Therapie zu verbessern. Als oberstes Prinzip gelte ihnen, sagten sie, die Fürsorge.

In weniger ernsten Fällen unternahm es der gute Onkel Doktor ein wenig vorschlagen, aber doch mit den besten Absichten, den Kranken zu seinem eigenen Besten zu täuschen. Oliver Wendel Holmes schreibt in seinen „Medical Essays“: „Schlaue alte Ärzte haben immer ein paar Sätze zur Hand für solche Patienten, welche partout die Pathologie ihrer Wehwehchen kennen wollen, obwohl sie nicht über die geringste Fähigkeit verfügen, deren wissenschaftliche Erklärung zu verstehen. Ich habe herausgefunden, daß der Begriff ‚spinal irritation‘ (leichte Rückgratzerrung) bei diesen Gelegenheiten gute Dienste tut. Dennoch bin ich der Überzeugung, hat nichts so viele Bereiche abgedeckt, hat nichts so wenig bedeutet und so vielen Beteiligten tiefe Befriedigung geschenkt, wie der großartige Ausdruck ‚congestion of the portal system‘“.⁵

Ab wann sich dieser nonchalante, wenn auch gütige Umgang mit dem über einen Schmerz klagenden Patienten geändert hat, ist nicht klar. Es ist sicher nicht falsch, wenn man darauf hinweist, daß sich hinter der väterlich überlegenen Haltung sehr viel Unsicherheit über den wahren Verlauf einer Krankheit verbarg⁶. Und es könnte sein, daß der moderne Arzt ein größeres Arsenal an Möglichkeiten zur Verfügung hat, wie er mit der eigenen Unsicherheit umgehen kann (statistische Aussagen, Wahrscheinlichkeitsaussagen usw.). Sicher spielt auch eine Rolle, daß Mediziner nicht mehr allein, sondern im Team arbeiten. Es ist nicht mehr der einzelne, dem Patienten seit langen Jahren bekannte und ihm in einem Ver-

trauensverhältnis verbundene Arzt, der das Verhehlen der Wahrheit in den Dienst der Therapie stellen könnte. In den vielen Teambesprechungen und Gruppensupervisionen läßt sich die Information nicht mehr zu einer den Menschen als Person berücksichtigenden Kommunikation zusammenbündeln. Übrig bleiben Daten, die im Behördentausch zwischen Instanzen hin und her gehen und am Ende dem Patienten mitgeteilt werden. Der Vorteil: Dieser kommt notgedrungen selbst als Akteur in den Blickkreis. Und weil er besser informiert ist, kann die weitere Information nicht mehr so leicht in den Dienst der Therapie gestellt werden.

2. Therapie unter dem Anspruch der Wahrheit

Es lohnt sich, die Frage nach der Wahrheit am Krankenbett einmal hauptsächlich von der Perspektive des Patienten aus zu stellen. Versuchen wir das anhand des folgenden, nicht seltenen Falles:

Ein 46jähriger Mann begibt sich ins Krankenhaus, um – für den Abschluß einer Versicherung – eine Generaluntersuchung vornehmen zu lassen. Ganz unerwartet und verständlicherweise zu seinem Schrecken erhält er die Diagnose auf Krebs und die Mitteilung, er habe noch sechs Monate zu leben. Es wird ihm gesagt, daß er keine Heilungschance mehr erwarten dürfe. Chemotherapie könne zwar sein Leben um einige Monate verlängern, aber die zu erwartenden Symptome seien bei der kurzen Zeitspanne nicht in Kauf zu nehmen. Außerdem glaubt der Arzt, der mit ihm spricht, diese Form der Therapie sollte für die reserviert sein, für die noch Aussicht auf Heilung oder Abkapselung des Krebses bestehe. Der Mann hat keinerlei Anzeichen von Krankheit. Er möchte in einer Woche einen Urlaub antreten.

Sicher könnte der Arzt auch einen anderen Weg gewählt haben. Er könnte die Diagnose für sich behalten haben. Er hätte sich auch entscheiden können, nur auf Befragen aktiv zu werden. Er hätte natürlich auch seine Meinung in bezug auf die Chemotherapie zurückhalten können. Er hätte den Mann erst nochmals Ferien machen lassen können. Er wählt den Weg der direkten Aufklärung, so nehmen wir an, weil er der Überzeugung ist, mit der an den Betroffenen ohne Umschweife weitergegebenen Diagnose am besten auf die noch verbleibende Lebensspanne vorbereiten zu können. Sein Motiv ist nicht mehr nur Therapie. Er reagiert wie einer, der der Ansicht ist, die objektive Wahrheit habe einen eigenen, nicht mehr funktionalisierbaren Anspruch. Er billigt dem, der plötzlich von seiner Krebserkrankung Kenntnis erhält, zu, den Maßstab für das zu setzen, was in diesem Augenblick zu geschehen hat. Grundlage seines Tuns ist Respekt vor der Autonomie und der Selbstbestimmung seines Patienten⁷.

3. Zwei Ziele

Bei der Heilbehandlung scheinen zwei unabhängige Ziele in Konkurrenz zueinander zu stehen: das Ziel der Heilung und das Ziel der Wahrheit. Bei näherer Betrachtung läßt sich – im Gegensatz zu einem beliebten Vorurteil – aber keine Vorzugsregel für das eine oder andere Ziel aufstellen. Es besteht kein Zweifel daran, daß es Aufgabe des Arztes ist, zu heilen und zu sorgen (cure and care). Doch

zur Wahrheit sollte diese Aufgabe niemals in Widerspruch treten. Je mehr der Patient in den Mittelpunkt der Überlegungen tritt, um so deutlicher wird, daß er immer auch einen Anspruch auf Wahrheit hat.

Bei diesem Plädoyer bleibt allerdings zu berücksichtigen: Es handelt sich um Wahrheit – und nicht nur Information – erst dann, wenn sie nicht mehr abstrakt ist, sondern die Situation des kranken Menschen deutet und auf die konkreten Umstände des Zeitpunkts seiner Erkrankung bzw. seines Sterbens eingeht. Erst dann steht sie nicht mehr gegen Heilung. Im Gegenteil. Wenn die Fakten in liebevoller Weise an den Patienten herangetragen werden, haben sie auch einen therapeutischen Wert. „Aufgeklärt“ arbeiten kranke Menschen besser mit, nehmen sie auch schon einmal leichter die schlimmen Teile einer Therapie in Kauf, lassen sie sich leichter auf eine große Schmerztherapie ein. Wo ihnen die Diagnose nicht vorenthalten wird, können sie sich gegen unerwünschte und für sie nicht passende Therapien besser zur Wehr setzen.

Natürlich gibt es Grenzfälle. Es gibt den Patienten, der durch die Nachricht von einer schweren, vielleicht unheilbaren Krankheit in eine unerträgliche Gemütslage versetzt wird. Als berühmtes Beispiel dafür wird gern Theodor Storm angeführt⁸. Nach der Diagnose auf Krebs verliert der berühmte Dichter von Meer und Marsch seinen ganzen Lebensmut, seine Schaffenskraft, und verfällt in eine tiefe Depression. Erst nachdem ein Consilium von Ärzten ihm daraufhin eine „Lüge“ in bezug auf seine Krankheit vorgetragen hat, ist er wieder gewillt zu leben und seine berühmteste Novelle, den „Schimmelreiter“, zu vollenden.

Derjenige, der die Information über eine unheilbare Krankheit weitergibt, muß alles daransetzen, daß der Kranke nicht in Hoffnungslosigkeit versinkt. Grundsätzlich aber kann das auf Dauer nicht durch Täuschung geschehen. Jedermann weiß, daß Kranke viel mehr wahrnehmen, als was sie im Gespräch mit ihren Ärzten und Verwandten zu erkennen geben. Auch in einem Fall, in dem jedermann den Eindruck hat, hier solle man gnädig die volle Wahrheit verschweigen, verlangt diese ihr Recht – nicht selten in dem unzählbaren Wunsch, immer mehr über die eigene Krankheit zu erfahren. Glaubt ein behandelnder Arzt oder ein Ärzteteam in einem bestimmten, besonders gelagerten Fall von der Regel abweichen zu müssen, dann liegt die Beweislast bei ihnen.

4. Fälle für eine Güterabwägung

Schwieriger als die Mitteilung der Wahrheit an einen Sterbenden sind die Fälle, in denen bei ärztlichen Eingriffen die weitere Entwicklung insbesondere junger Menschen auf dem Spiel steht. Wie Heilung und Wahrheit, Selbstbestimmung und Aufklärung dort aufeinander hingeordnet werden sollen, ist schwieriger zu entscheiden.

Frau D., eine 16jährige junge Frau, erscheint in der Praxis ihres Hausarztes. Sie ist darüber besorgt, daß sie in ihrem Alter noch keine Menstruation hat. Eine Reihe von Tests offenbart, daß das Mädchen

einen XY-Genotyp hat, eine genetische Abnormalität, die in einer Rate von 1 zu 50 000 vorkommt. Frau D. muß sich aus verschiedenen Gründen (Krebs, geringe Öffnung der Gebärmutter) einer Operation unterziehen. Inoperabel ist ihre Unfruchtbarkeit. Die Abnormalität ist im übrigen gut bekannt und stellt keine besonderen Probleme für diejenige dar, die sie besitzt.

Dr. P., ihr Hausarzt, ist sich nicht sicher, welche Informationen aus dem medizinischen Befund er Frau D. weitergeben soll. Er ist der Ansicht, er solle sie über ihre Krebsgefährdung und über die Notwendigkeit einer weiteren Operation an der Gebärmutter aufklären. Ebenso glaubt Dr. P., die junge Frau sollte über ihre nicht ständige Unfruchtbarkeit verständigt werden. Allerdings zögert er, ihr alles über den XY-Genotyp mitzuteilen. Ein 16jähriges Mädchen in ihrer Pubertät Zweifel an ihrer Fraulichkeit zu geben, glaubt er, sei problematisch und herzlos. Da diese Information für die anstehende Behandlung auch unwichtig ist, möchte er diesen Teil auf einen Zeitpunkt verschieben, wenn sie dafür vermutlich besser disponiert ist.

Von Frau D.s Eltern will Dr. P. die Information ganz und gar fernhalten. Sie könnten möglicherweise ihrer Tochter gegenüber darüber nicht schweigen. Möglicherweise verhielten sie sich ihr gegenüber anders als zuvor⁹.

Sosehr man der Wahrheit den Vorzug zu geben geneigt ist, in diesem Fall scheint die Frage offenzubleiben, welche Information die junge Frau erhalten soll. Einerseits braucht der Gynäkologe ihre Einwilligung zum operativen Eingriff (informed consent). Andererseits belastet seine Information sie in einem Augenblick, in dem ihre Identität noch ungesichert ist. Sollte das Wissen über die Abweichung von der Norm für den Arzt reserviert bleiben oder sollten die Eltern nicht doch verständigt werden?¹⁰

Auch hier geht es nicht um ein Für oder Gegen die Wahrheit, sondern nur um die Art und Weise, wie diese in einem Prozeß an die junge Frau herangetragen werden kann. Wenn sie über die Implikationen der Anomalie, an der sie leidet, verständigt werden soll – und das ist sicher der richtige Weg –, dann hat sie einen Anspruch auf eine ihr gemäße Art der Mitteilung. Sie darf von einem Menschen ihres Vertrauens erwarten, daß er ihre Lebensumstände berücksichtigt. Voraussetzung dafür ist wohl nicht Liebe, aber der größtmögliche Respekt vor dem kranken oder an einer Behinderung leidenden Menschen.

Wahrheitspflicht oder Verbot der unwahrhaftigen Darstellung – Ethische Überlegungen

Auch wenn es in den ärztlichen Ethikkodices nicht gerade eine Sonderbehandlung erfahren hat¹¹, gehört die „Wahrheit am Krankenbett“ zu den wichtigsten Themen der medizinischen Ethik. Traditionell wird darüber im Rahmen des achten Gebots des Dekalogs nachgedacht. In seiner ältesten Fassung (Ex 20,16) bringt das „Du sollst nicht lügnerisch gegen einen anderen aussagen“ eine rechtliche Verpflichtung zum Ausdruck. Der freie Israelit soll sich selbst bestimmen dürfen (Selbstbestimmungsrecht). Im Verlauf der Entwicklung des Dekalogs wird

dann die moralische Verpflichtung stärker betont. Psychisch-interpersonal gewendet spricht das 8. Gebot auch von der Fundierung des Vertrauens.

1. Information und menschliche Autonomie

In seiner ursprünglichen Bedeutung soll die Reputation des freien, zur Selbstbestimmung fähigen Israeliten gegenüber falschen gerichtlichen Zeugenaussagen der eigenen Volksgenossen geschützt werden. Gegen zwei gleichlautend aussagende Zeugen ist er – wie die bekannte Geschichte von Susanna und den zwei Ältesten zeigt (Dan 13, 2–63) – immer machtlos. Allgemeiner kann man sagen: Nur unter der Voraussetzung, daß Frauen und Männer von den für sie wichtigen Personen die Wahrheit hören oder daß sie wenigstens sicher sein können, daß sie nicht mit der Unwahrheit konfrontiert werden, können sie sich selbst bestimmen. Ebenso: Nur in dem Maß, in dem sie die Kontrolle über den Grad der Offenlegung und der Geheimhaltung von sie betreffenden Fakten, Plänen, Aktionen und – zum Teil auch – ihres Eigentums haben, behalten sie die Möglichkeit zur Selbstbestimmung. Und was den Patienten angeht: Seine Heilbehandlung muß das Maß an Aufklärung enthalten, das notwendig ist, die eigene Autonomie bzw. Identität zu bewahren.

2. Information und gegenseitiger Respekt

Das „Du sollst kein falsches Zeugnis geben wider deinen Nächsten“ sollte von Anfang an – neben der Ermöglichung der Identität – auch dazu dienen, Kommunikation unter den Volksgenossen gelingen zu lassen. Später weitet sich der Rahmen des Austauschs von Gedanken und Worten aus: Das „Du sollst kein falsches Zeugnis geben“ schützt dann bewußt „gelungene Kommunikation“ in einer über die Blut-, Rassen-, Volksgemeinschaft hinausgehenden Gesellschaft. Mit der Information und Wahrheitsfindung soll der Kranke, der Mitglied dieser Gesellschaft bleibt, tiefer in die bestehende oder noch zu gründende menschliche Gemeinschaft hineingezogen werden. Indem die anderen mit ihm über seine Situation reden, soll deren Sinn ihm verständlich werden, soll die notwendige Behandlung aus den zur Verfügung stehenden Mitteln zurechtgelegt, soll eventuelles Scheitern und Schuldigwerden verarbeitet werden können.

3. Information und Respekt vor eingegangenen Bindungen und Versprechungen

Jede Gesellschaft und Kultur kennt bestimmte, oft feierlich gestaltete Aussagen, die eine besondere Verpflichtung signalisieren: Eid, Gelöbnis, Vertrag, Versprechen. Mit deren Hilfe vermag sich das Kunstwerk der Kommunikation erst voll zu entfalten. Damit sie im Ernstfall bereitstehen, müssen diese Formen des interpersonalen Austauschs unter Schutz gestellt werden. Die Abmachungen, Verfügungen, Testamente, Verträge, die im Umgang zwischen Arzt und Patient wichtig werden, müssen ständig reflektiert und angepaßt werden. Das gilt zum

Beispiel für die an Bedeutung gewinnenden Patientenverfügungen¹². Damit sie wirksam werden können, müssen sie klar und spezifisch sein, müssen die Art der Behandlung benennen, die gegebenenfalls nicht mehr durchgeführt werden soll, müssen schriftlich dokumentiert sein, dürfen nur nach vorheriger kompetenter Beratung und möglichst unter Hinzuziehung von Familienangehörigen abgefaßt worden sein, müssen von Zeit zu Zeit erneuert werden. Schließlich müssen sie für den Fall, daß sie gebraucht werden, leicht zugänglich sein. Durchsetzen werden sie sich nur, wenn sie sich als Instrument für die Kooperation zwischen Richtern und Ärzten erweisen, analog etwa der Form des Zusammenwirkens, wie sie zwischen Psychiatern und Richtern im Fall der Einweisung in psychiatrische Anstalten praktiziert wird.

4. Information und Institution des Vertrauens

Die moralische Verpflichtung, die im 8. Gebot des Dekalogs zum Ausdruck kommt, läßt sich auch im Licht gesellschaftlicher Institutionen betrachten. Wenigstens implizit werden immer dann, wenn das Verbot zu lügen ausgesprochen wird, irgendwelche sozialen Beziehungen etabliert und garantiert: Klient–Anwalt, Hilfesuchender–Berater (Priester, Sozialarbeiter), Kontoinhaber–Banker (Wirtschaftsprüfer), Patient–Arzt. Mit der Aufforderung, die Wahrheit zu sagen, werden die Institutionen der Rechtssorge und Gerichtsbarkeit, der Sozialfürsorge und der Caritas, der Beratung und des Gesprächs, der Eigentumswahrung ins Leben gerufen und gesichert. Vermittels ihrer wird dann umgekehrt in der Kultur, in der sie vorhanden sind, den Menschen nicht nur die Nähe von Rat, Schutz und Hilfe, sondern auch die Zuversicht vermittelt, daß sich Wahrheit durchsetzen läßt.

Grenzen der Wahrheitspflicht und des Verbots zu lügen

Äußerst schwierig gestaltet sich die Frage nach dem ethischen Status des Lügenverbots und nach den Grenzen der Pflicht zu Wahrheit. I. Kant¹³ ist bekanntlich der Ansicht, daß das Verbot ausnahmslos gilt, Utilitaristen wie H. Sidgwick¹⁴ äußern die Überzeugung, daß vor der Frage nach Verbot und Erlaubtheit die Abschätzung der Folgen zu erfolgen habe. Um ein Gefühl für die hinter dem Verbot und eventuellen Ausnahmen liegende sittliche Forderungswirklichkeit zu bekommen, ist es hilfreich, die Werte in Erinnerung zu rufen, um die es geht. Aufgeführt wurden bisher: Information, Kommunikation, inhaltliche Formen und Institutionen der Kommunikation. Alle diese Kriterien können in dem einen Begriff „Vertrauen“ zusammengefaßt werden. Dazu zwei generelle Anmerkungen:

1. Vertrauen wird nicht einfach durch faktisches Zuwiderhandeln gebrochen,

sondern nur durch den Willen, es zu zerstören. Bestimmte Formen, die nach außen wie Lüge interpretiert werden könnten – Emphase, Betonung, Anthropomorphismen, Mentalrestriktion, Äquivokation – sind zwar „Falschaussage“ (*locutio contra mentem*), aber noch keine Lüge. Durch sie wird also auch das Vertrauen und die Kommunikation – sieht man einmal von solchen ab, die die Sprache nicht bis in ihre letzten Feinheiten beherrschen können, wie etwa Kinder und Ausländer – nicht beeinträchtigt. Damit etwas unverantwortete Verletzung des Vertrauens, also Lüge, sei, so fordert schon Augustinus, müsse bei der Definition „*locutio contra mentem*“ der Zusatz hinzugefügt werden „*cum voluntate falsum enuntiandi*“ (mit der Absicht, das Falsche zu sagen). Es sind zu unterscheiden der tatsächliche Sachverhalt (Falschaussage) und der Wille, die Falschaussage ungerechterweise zu gebrauchen (Lüge). Wo der Arzt also in Wahrung seiner Fürsorgepflicht einem Patienten die Wahrheit vorenthält, lügt er nicht. Eine andere Frage ist, ob er die Wahrheit, wie er sie kennt, dem Patienten im Blick auf dessen Selbstverwirklichung nicht schuldet. Die Antwort darauf gibt das achte Gebot: Du sollst nicht lügen, das heißt, du sollst die Autonomie und die Identität des anderen nicht nur nicht antasten, du sollst sie vielmehr – soweit das an dir liegt – fördern, indem du die für ihn lebenswichtige Wahrheit sagst.

2. Trotz des generellen Verbots der Lüge (der Unterlassung geschuldeter Aufklärung, des Geheimnisbruchs) werden in allen Kulturen Ausnahmen von der Regel diskutiert, zum Beispiel (paternalistische) Falschaussagen in der Erziehung und bei Formen besonderer Förderung, Falschaussagen bei dem Verfolg als unverzichtbar erachteter wissenschaftlicher Ziele, Falschaussagen beim Persönlichkeits- und Geheimnisschutz, Falschaussagen in Krisen gegenüber solchen Menschen, die sich selbst als Lügner und Feinde entlarvt haben, Falschaussagen zum Schutz des Gemeinwohls und eben Falschaussagen gegenüber Kranken und Sterbenden. Solche Falschaussagen, die voraussetzungsgemäß mit keiner ungerechten Absicht verbunden sind und das Vertrauen zwischen den Partnern nicht grundsätzlich in Frage stellen wollen, sind gerechtfertigt, wenn durch sie ein bedeutender Schaden abgewehrt wird, wenn die Aussage, in der sie weitergegeben werden, im Vergleich zu dem zu erhaltenden Wert, dem Vertrauen, ganz und gar harmlos und trivial zu sein scheint und wenn durch sie Geheimnisse anderer Menschen geschützt werden sollen.

Parallel dazu lassen sich dann wohl auch Ausnahmen von einer Geheimhaltung, die ich anderen natürlicherweise schulde oder die ich anderen zugesagt habe, rechtfertigen, wenn durch meine Offenlegung des betreffenden Tatbestands beträchtlicher Schaden abgewehrt wird (z. B. zur Abwendung einer Epidemie), wenn das, was mir jemand als Geheimnis anvertraut hat, trivial und auch sonst bekannt ist, wenn durch meine „Täuschung“ des anderen entscheidende Geheimnisse geschützt werden können.

In einer Version des hippokratischen Eids heißt es: „Was immer ich im Verlauf

einer Behandlung sehe und höre... will ich für mich behalten.“¹⁵ Wenn man die soziale Dimension mancher Krankheiten und auch die Einbeziehung von mehr als nur einem Heilberufler in die Behandlung und Sorge berücksichtigt, dann kann man nicht einsehen, daß es dem Vertrauensverhältnis und der Schweigepflicht immer widerspreche, wenn der Arzt – wenn auch unter strengen Bedingungen – mit der Polizei kooperiert (Blutprobe, zentrale Registrierung)¹⁶. Das kann vom Gemeinwohl gefordert sein. Zur Ausnahme vom Berufsgeheimnis fühlt man sich insbesondere immer dann gedrängt, wenn durch die Geheimhaltung – wie im Fall der Ansteckungsgefahr mit dem Aids-Virus – Grundrechte und Überleben unschuldiger anderer in Gefahr gebracht würden: Das Berufsgeheimnis darf nicht zum Schutzschild für Inaktivität und mangelnde Verantwortung werden. Man hat Ausnahmen vom ärztlichen Berufsgeheimnis erwogen, wenn mit der Wahrung des Geheimnisses eine Bedrohung des Lebens des Patienten oder ein schwerer Schaden für Dritte verbunden zu sein schien und im Rahmen einer gesamtgesellschaftlichen Lösung eine Mitteilung des im Geheimnis Anvertrauten mit Sicherheit schweren Schaden verhindern konnte¹⁷, wenn das Geheimgehaltene so trivial war, daß man es auf jede beliebige Weise – nicht nur durch eine explizite Mitteilung – sozusagen „im Vertrauen“ erfahren konnte. Die Geheimhaltungspflicht des Arztes sollte – wie die anderer Berufe – in einer Abwägung mit den Forderungen der Gerechtigkeit und der Wiedergutmachung stehen.

In allen genannten Fällen lautet die Frage nicht, ob die Wahrheit gesagt werden müsse oder nicht. Auch die dem Patienten geschuldete Wahrheit steht in keinem einzigen Fall zur Disposition. Gefragt wird nur, wie die Wahrheit in einem Rahmen der Kommunikation, in einem bestimmten gesellschaftlichen Raum, in einem vorliegenden Prozeß (des Sterbens) mitgeteilt werden soll.

Wahrheit und Vertrauen – Rechtliche Überlegungen

Für den Juristen ergibt sich bei der Frage nach der „Wahrheit am Krankenbett“ folgende Ausgangslage: „Der nicht durch rechtswirksame Einwilligung gedeckte operative Eingriff ist *rechtswidrige Körperverletzung*.“¹⁸ Dem fügt der Vertreter des Berufsstands, der sich am hartnäckigsten um eine Klärung der schwierigen Fragen bemüht hat, logischerweise hinzu: „Die Einwilligung ist nur rechtswirksam, wenn sie auf vorhergehender Aufklärung durch den Arzt beruht, die auch die durch die ärztliche Kunst nicht sicher vermeidbaren Folgeschäden umfaßt.“ Auch ein kunstgerechter und mit Erfolg durchgeführter ärztlicher Heileingriff stellt also eine Körperverletzung¹⁹ sowie eine Verletzung der im Grundgesetz (Art. 2) garantierten körperlichen Integrität und des allgemeinen Persönlichkeitsrechts dar, wenn er nicht durch eine rechtswirksame Einwilligung des verständigen Patienten gedeckt ist²⁰. Die Rechtswirksamkeit der Einwilligung setzt selbst-

verständlich voraus, daß der Patient weiß, in was er einwilligt. Und für dieses Wissen ist er gewöhnlich vom Arzt abhängig. Dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten entspricht daher die *Aufklärungspflicht* des Arztes. Rechtlich nicht geklärt ist der Umfang der Aufklärung, die vor dem Heileingriff zu erfolgen hat. Dieser läßt sich nämlich nicht abstrakt festlegen. Sicher aber gehören zur hinreichenden Information die Art des Eingriffs, die mit diesem Eingriff zwangsläufig verbundenen Folgen und die bei dem Eingriff nicht ganz außerhalb der Wahrscheinlichkeit liegenden Risiken.

Auch dem Juristen liegt es am Herzen, daß dem Patienten eine gemäße, einführende Aufklärung zuteil wird²¹. Neben der Selbstbestimmung soll er auf Kooperationswilligkeit eingestellt werden. Ein Weiteres ist zu beachten: Gehen die Fragen dessen, der verständlicherweise alle Fakten kennen will, ins einzelne, dann dürfen nach Ansicht des Bundesgerichtshofs jedenfalls keine falschen Auskünfte erteilt werden²². Nach der Rechtsprechung darf die Aufklärung aus medizinischen Gründen unterbleiben, wenn die durch die Aufklärung bei dem Patienten zu befürchtende Gesundheitsschädigung gravierender sein könnte als die Beeinträchtigung seines Selbstbestimmungsrechts (Vorzug des „Fürsorgeprinzips“). Ebenso muß der ausdrückliche Verzicht auf Aufklärung toleriert werden. Hüten müssen sich Ärzte allerdings, ihr „therapeutisches Privileg“²³ gegenüber dem Anspruch der Wahrheit und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten auszuspielen. Dessen Wille bleibt das oberste Prinzip ärztlichen Handelns²⁴. Er darf über seinen Körper und das, was mit ihm geschieht, frei bestimmen, selbst dann, wenn er sein Wohl bewußt aufs Spiel setzt – bei chirurgischen Eingriffen, bei Transplantationen, bei der Einlieferung in eine geschlossene psychiatrische Abteilung, beim Sterben.

Datenschutz in der Medizin

Ein Kapitel, das neuerdings mit dem Thema „Wahrheit am Krankenbett“ in Verbindung gebracht wird, ist der Datenschutz mit seinen Risiken, die in der „wachsenden Macht bürokratischer Apparate, deren Wissens- und Kontrollmöglichkeiten... die mögliche Einschränkung menschlicher Freiheit“²⁵ besteht. In einem Bundesdatenschutzgesetz, das im Entwurf vorliegt, ist eine umfangreiche Forschungsklausel vorgesehen, die bei der Erfassung von Daten (z. B. in Krebsregistern) von der Einwilligung des Betroffenen ausgeht. Normalerweise soll diese schriftlich vorliegen. In bestimmten Fällen, in denen das Forschungsinteresse und das Gemeinwohl den Vorrang haben, soll aber auch auf die ausdrückliche Zustimmung verzichtet werden dürfen. So ist es schon bei geltenden Datenschutzgesetzen der Länder²⁶ geregelt. Ethisch gelten die gleichen Regeln wie für die geschuldete Information und Aufklärung.

1. Jede personbezogene EDV-Maßnahme muß gerechtfertigt werden. Das besondere Interesse der Menschen nach Autonomie (Freiheit) ist dafür der Prüfstein. Die vorrangige Absicht des Datenschutzes ist das „*informationelle Selbstbestimmungsrecht*“ (Volkszählungsurteil). Jeder muß darüber informiert werden, welche Art von Daten (Datenkategorien) und welche Einzeldaten in welchen Dateien und zu welchem Zweck gespeichert werden, über wie lange Zeit sie dort verfügbar bleiben und wer sich ihrer zu welchem Zweck bedienen kann. Zur Sicherung der Autonomie gehört es auch, daß personbezogene Daten nach der Erhebung so früh wie möglich anonymisiert werden. Seinerseits soll der Patient Einblick in die über ihn vorhandenen Unterlagen gewinnen (Parallele zur Aufklärungspflicht).

2. Wird die Weitergabe von Daten oder von Teilen von ihnen an Dritte beabsichtigt, so darf dies nicht stillschweigend geschehen. Vielmehr muß der Betroffene darüber informiert werden, und seine Erlaubnis hierfür muß eingeholt werden. Für seine eigenen Forschungen darf ein Krankenhausarzt die von ihm erhobenen Patientendaten allerdings gebrauchen. So heißt es im Landeskrankenhausgesetz von Rheinland-Pfalz: „Wenn der Zweck eines bestimmten Forschungsvorhabens nicht auf andere Weise erfüllt werden kann und das Allgemeininteresse an der Durchführung des Forschungsvorhabens das Geheimhaltungsinteresse des Patienten erheblich überwiegt, oder es nicht zumutbar ist, die Einwilligung einzuholen und schutzwürdige Belange des Patienten nicht beeinträchtigt werden, darf ein Forscher seine Ergebnisse auch an Dritte weitergeben.“ Das informationelle Selbstbestimmungsrecht muß gewiß auf das *Gemeinwohl* abgestimmt werden. Weil eine Voraussetzung des Gemeinwohls Vertrauen ist, muß man sich – wie auch im Fall der Aufklärung und Information im allgemeinen – um höchstmögliche Transparenz bemühen. Über das Ausmaß der Einschränkung wird man allerdings immer verschiedener Meinung bleiben. Zur Klärung wünscht man sich eine lebendige politische Diskussion.

3. Ein weiteres regulatives Prinzip für den Datenschutz garantiert die Freiheit der Kunst und der Wissenschaft. Das Persönlichkeitsrecht, an dessen Geltung nicht gedeutelt werden darf, muß mit der Freiheit der *Wissenschaft* und *Forschung* in Einklang gebracht werden. Das ist seit dem sogenannten Mephisto-Urteil zum Gründgens-Film (nach Heinrich Mann) Grundlage der Rechtsprechung. Wenn der behandelnde Arzt aus wohlerwogenen therapeutischen Gründen darauf verzichtet, seinen Patienten über eine tatsächliche Erkrankung zu informieren, dann kann er diesen nicht um die Einwilligung bitten, die Daten dem Krebsregister zuzuleiten. Wie in anderen Fällen auch hat hier das Persönlichkeitsrecht den Vorrang vor der Wissenschaft. Auf die Trennung der Zwecke ist sorgsam zu achten.

4. Es ist zu bedenken, daß der Datenschutz innerhalb einer immer umfassenderen *Organisation* der Gesundheitsorge geregelt werden muß, daß er mit Planung, Verwaltung und Kontrolle, Kostensenkung, Qualität der ärztlichen Betreu-

ung, Kontrolle der Betreuung, Förderung der medizinischen Wissenschaft verbunden ist. Nicht nur Forschungsinteressen und Datenschutz, sondern auch die Institutionen der Gesundheitsvorsorge und insbesondere das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient stehen in einem natürlichen, nicht voll auflösbaren Gegensatz. Gesichert werden muß aber, daß der kranke Mensch am Krankenbett die für ihn lebenswichtige Wahrheit immer erfahren kann.

ANMERKUNGEN

¹ J. Reiter, Vom Informieren und vom Unwissend-lassen. Ethische und rechtliche Grundlagen der Information des Patienten, in: *Arzt und Christ* 33 (1987) 174–183; F. J. Illhard, *Medizinische Ethik* (Berlin 1985) 129–134.

² P. Becker, Art. Wahrheit, in *Wb. med. Grundbegr.*, hrsg. v. E. Seidler (Freiburg 1979) 348–352, 350.

³ Nach einer durch D. Oken (*Journal of the American Medical Association* 175, 1961, 1120–1128) durchgeführten Erhebung favorisierten in den Vereinigten Staaten 1960 noch 90 Prozent der Ärzte das Verschweigen einer Krebsdiagnose; 1979 waren es nach einer Untersuchung von D. H. Novak u. a. (R. M. Veatch, *Cross Cultural Perspectives in Medical Ethics: Readings*, Boston 1989, 226–232) bereits 90 Prozent, welche die Offenlegung der gleichen Diagnose befürworteten.

⁴ Nach früheren statistischen Untersuchungen sollen in der Bundesrepublik nur ca. 20 bis 30 Prozent der Allgemeinärzte und ca. zehn Prozent der Krankenhausärzte die Krebskranken über ihren Zustand aufgeklärt haben.

⁵ B. Bok, *On Lying. Moral Choice in Public and Private Life* (New York 1978) 232.

⁶ J. Katz, *The Silent World of Doctor and Patient* (New York 1984).

⁷ R. M. Veatch, *Medical Ethics* (Boston 1989) 81; S. Gadow, Truth: Treatment of Choice. Scarce Resources or Patient's Right?, in: *JFamPract* 13 (1981) 857–860.

⁸ E. Deutsch, *Arztrecht und Arzneimittelrecht* (Berlin 1983) 51.

⁹ *Hastings Center Report* 19 (1988) 34.

¹⁰ Diskussion ebd. 34–36.

¹¹ Sicher ist bei Hippokrates und anderen die Rede von Vertraulichkeit, aber dies meint nicht Aufklärung. Der erste und einzige ältere Text (selbst Genf 1948 macht da keine Ausnahme) stammt von Amatus Lusitanus, einem jüdischen Arzt: „Wenn ich lüge, soll mich der ewige Zorn Gottes und seines Engels Raphael treffen, und möge in der ärztlichen Kunst für mich gelingen, so wie ich es wünsche.“

¹² S. Bok, a.a.O. 253f.

¹³ I. Kant, Über ein vermeintes Recht aus Menschenliebe zu lügen, in: *Werkausg.*, Bd. 8 (Frankfurt 1977) 637–643.

¹⁴ H. Sidgwick, *The Methods of Ethics* (New York 1966) 312–319.

¹⁵ T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics* (New York 1983) 330.

¹⁶ A. Meisel, Confidentiality and Rape Counselling. Privacy vs. the Right to a Fair Trial, in: *Hastings Center Report* 11 (1981) 5–7.

¹⁷ Wichtig ist der Grundsatz „im Rahmen einer gesamtgesellschaftlichen Lösung“. Weil diese nicht gegeben ist, legt sich im Fall von Aids nahe, die Geheimhaltung durch die Ärzte sehr strikt zu interpretieren, vgl. *Hastings Center Report* 18 (1987) 22f.

¹⁸ Fußwurzelknochen-Fall: RGST (Entscheidungen des Reichsgerichts in Strafsachen) 25 (1894) 375.

¹⁹ §§ 223, 230 StGB, § 823 BGB.

²⁰ A. Eser, Ärztliche Aufklärung und Einwilligung des Patienten, bes. in der Intensivtherapie, in: *Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden*, hrsg. v. P. Becker u. V. Eid (Mainz 1988) 188–207, 191 ff.

²¹ *Juristentzg.* 1983, 302. ²² *Neue Jur. Wochenschr.* 1972, 335f.

²³ D. Giesen, Zwischen Patientenwohl und Patientenwille, in: *Juristentzg.* 42 (1987) 282–290, 286; E. Deutsch, *Arztrecht und Arzneimittel* (Berlin 1983) 51; J. Katz, *The Silent World of Doctor and Patient* (New York 1984).

²⁴ BGHSt (Entscheidungen des Bundesgerichtshofs für Strafsachen) 11 (1958) 11f.

²⁵ K. Ph. Seif, Daten vor dem Gewissen. Die Brisanz der personenbezogenen Datenerfassung (Freiburg 1986) 10.

²⁶ Dazu die Landeskrankenhausgesetze und Krebsregister (bisher im Saarland und in Hamburg).