

5 Behandlungsbeziehungen

Die Beziehung zwischen ärztlich und pflegerisch Tätigen und ihren Patienten benötigt eine zentrale Grundlage, damit sie gelingen kann: Vertrauen der Patienten.¹ Auch ist die Bedeutung des Vertrauens der Angehörigen von einer nicht zu unterschätzenden Bedeutung.

5.1 Grundlage »Vertrauen«

In Behandlungsbeziehungen wird gern das Ideal benannt, dass »Ärzte und Patienten als Partner«² verstanden werden. Als Voraussetzungen einer selbstbestimmten Entscheidung des Patienten wird dabei u. a. benannt: »Der Patient kann ohne Zwang frei entscheiden.«³ Doch leider beginnt bereits hier die erste Unklarheit: Was heißt »Partnerschaft«? Ärztinnen und Ärzte sind Fachkräfte, Patienten dagegen normalerweise medizinische Laien. Bereits hier haben wir die erste Asymmetrie. Doch damit nicht genug: Ärztin und Arzt sind in ihrer Rolle »Gesunde«, der Patient kommt mit einer Beeinträchtigung seiner Gesundheit. Damit aber steht er, je nach der Schwere der Beeinträchtigung, bereits unter einem gewissen Zwang: Der Wunsch nach Wiederherstellung seiner Gesundheit kann auch aufgrund von Schmerzen sehr groß sein. Wie frei ist damit gerade bei sehr schmerzhaften Beschwerden oder das Leben bedrohenden Krankheiten ein Patient darin, sich zu weigern, eine Patientenaufklärung nicht zu unterschreiben bzw. die vom Arzt oder der Ärztin vorgeschlagene Behandlung abzulehnen? Dazu kommt, dass viele Patientenaufklärungen so umfangreich sind, dass der Patient sie kaum in seinem Zu-

¹ Vgl. O'Neill (2002) praktisch philosophisch, Rhodes (2020) medizinethisch und zu praktischen pflegerischen Hintergründen Gaertner et al. (Hg.) (2020).

² Wiesemann/Biller-Andorno (2005), 19.

³ Ebd., 19.

stand wirklich begreifen kann. Mehr und mehr verstärkt sich so der Eindruck, dass die Patientenaufklärung nicht in erster Linie dem informed consent, einer informierten Einwilligung des Patienten, sondern dem rechtlichen Schutz von Ärzteschaft, Pflegepersonal und Krankenhäusern dient.

Die Behandlungsbeziehung vollzieht sich zudem nicht in einem unabhängigen »Raum«. Sie ist vielmehr in eine Fülle von weiteren Bezügen eingebettet: vom existierenden Gesundheitswesen mit seinen Limitierungen und strukturellen Anreizen bis zu den Möglichkeiten und Grenzen vor Ort, der Verfügbarkeit bestimmter medizintechnischer Hilfsmittel, den rechtlichen Rahmenbedingungen, aber auch von religiösen und kulturellen Bedingungen, sowohl was Ärzteschaft und Pflegepersonal als auch was den Patienten angeht. In Deutschland spiegelt sich die Rücksichtnahme darauf beispielsweise darin wider, dass einerseits Ärztinnen und Ärzte nicht dazu gezwungen werden dürfen, an Abtreibungen mitzuwirken, andererseits auch einwilligungsfähige Patienten gegen ihren Willen zu überhaupt keiner Behandlung gezwungen werden können, selbst wenn sie dadurch ihr Leben aufs Spiel setzen.

Diese Beobachtungen führen zum entscheidenden Punkt. Die Behandlungsbeziehung kann nur gelingen, wenn Patienten bei all diesen vielfältigen Faktoren vor allem eines haben: *Vertrauen* in die sie behandelnden Personen. Im Krankenhaus sind dies vornehmlich Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte, bei der ambulanten Behandlung kommen neben diesen noch viele andere im Heilberuf Tätige dazu. Ohne das Vertrauen von Seiten der Patienten kann die Behandlungsbeziehung nicht gelingen. Darum ist es so wichtig, dass dieses Vertrauen nicht enttäuscht wird. Darum scheint bereits seit den Zeiten des Hippokrates die Schweigepflicht des Arztes bzw. der Ärztin eine unkontroverse Forderung zu sein. Sie gilt weithin als wesentliche Bedingung für eine vertrauensvolle Behandlungsbeziehung.

Im Jahr 2018 haben Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung der Digitalisierung im Gesundheitswesen Rechnung getragen und ihre *Hinweise und Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis* veröffentlicht. Darin wird die Wichtigkeit der Schweigepflichtung betont:

»Die ärztliche Schweigepflicht ist von grundlegender Bedeutung für das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Ärzte haben

über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist, zu schweigen. Die ärztliche Schweigepflicht zählt zum Kernbereich der ärztlichen Berufsethik.«⁴

Es hat sogar straf- und berufsrechtliche Konsequenzen, wenn diese Schweigeverpflichtung gebrochen wird:

»Mit der ärztlichen Schweigeverpflichtung korrespondiert das durch §203 des Strafgesetzbuches (StGB) geschützte Patientengeheimnis, das entsprechende Verstöße des Arztes gegen die Verschwiegenheitspflicht strafrechtlich sanktioniert. Nach §203 Abs. 1 StGB wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis, offenbart, das ihm als Arzt anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist.«⁵

Ähnliche gesetzliche Bestimmungen finden sich in den meisten anderen Staaten. Auch ethisch gibt es, so scheint es, keine Kontroverse. In Wirklichkeit gibt es jedoch eine Fülle von problematischen Situationen.

5.2 Problemfälle mit der »Schweigepflicht«

Wie ist es ethisch zu bewerten (und sollten dementsprechend rechtliche Lösungen aussehen), wenn der Patient eine ansteckende und gefährdende Erkrankung hat, sich aber weigert, andere davor zu schützen? Sind alle ansteckenden Krankheiten gleich zu bewerten? Hier gibt es zumindest rechtlich kein einheitliches weltweites Regelwerk. In Deutschland gibt es eine Fülle von Infektionserkrankungen, die gemeldet werden müssen, beispielsweise Covid-19. Hier gilt eine Meldepflicht. Sie hebt die Schweigepflicht aus. Andere Erkrankungen wie HIV oder Malaria sind nicht-namentlich zu melden. Die Ärzteschaft bleibt also an die Schweigepflicht gebunden, außer wenn von einer Bedrohung der Gesundheit anderer durch den Betroffenen auszugehen ist, beispielsweise weil dieser trotz HIV-Infektion weiter ungeschützt Geschlechtsverkehr ausübt.

Die Schweigepflicht steht also immer dann auf dem Prüfstand, wenn die Gesundheit oder das Leben anderer Menschen aufgrund der Erkrankung des Patienten in Gefahr sind. Hier kommt es zu einer

⁴ BÄK/KV (2018), A2. Vgl. auch BÄK (2019), A4 (§9 Schweigepflicht).

⁵ Ebd., A2.

sehr schwierigen Einschätzungsfrage: Darf, ja muss vielleicht die Schweigepflicht gebrochen werden, wenn im Rahmen eines vertraulichen Gesprächs herauskommt, dass der Patient überlegt, einen anderen Menschen zu verletzen? Genügt es, dass der Patient dies überlegt, oder müsste er bereits den festen Vorsatz haben? Genügt der feste Vorsatz oder müsste bereits die Einschätzung vorliegen, dass er diesen Vorsatz auch durchführen kann? Was aber bedeutet die Aufhebung der Schweigepflicht in diesen Fällen? Führt dies nicht zu der nicht gewünschten Folge, dass der Patient sich davor fürchten muss, sich der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt zu offenbaren? Der ethische Konflikt besteht zwischen der Bewertung von zwei grundlegenden Werten: Schweigepflicht und damit verbunden dem Wert der unbedingten Vertraulichkeitswahrung auf der einen Seite und dem Rechtsanspruch anderer Menschen auf körperliche Unversehrtheit auf der anderen Seite. Beide Werte sind von sehr hoher Bedeutung. Eine einfache Lösung ist also nicht möglich. Aus der gegenwärtigen Praxis kennen wir darum zwei Konfliktlösungen: Die Gesellschaft bestimmt in engen Grenzen, wann die Schweigepflicht aufhebbar ist (Lösung 1), die Schweigepflicht gilt absolut wie beispielsweise in der katholischen Kirche im Blick auf das Beichtsakrament (Lösung 2). Die weltweite Praxis zeigt, dass die Lösung 1 mit der nicht gewünschten Nebenfolge präferiert wird, die darin besteht, dass Betroffene sich der Schweigepflicht ihres Arztes bzw. ihrer Ärztin nicht wirklich sicher sein können. Wer ärztlichen Rat sucht, weil er sich unwohl fühlt, muss damit rechnen eine meldepflichtige Infektionskrankheit zu haben. Wer dem Psychiater die Wahrheit sagt, muss damit rechnen als gemeingefährlich in die geschlossene Abteilung weggesperrt zu werden. Doch auch Lösung 2 hätte unerwünschte Nebenfolgen: Die absolute Schweigepflicht könnte zur Folge haben, dass sich eine Infektionskrankheit epidemisch ausweitet oder jemand einen Amoklauf durchführt.

Die Schweigepflicht birgt aber noch weitere Schwierigkeiten. Inwieweit sind die Angehörigen miteinzubeziehen, wenn der Patient dies nicht will, aber die Compliance, also die Bereitschaft, den ärztlichen Anweisungen auch nach der Entlassung Folge zu leisten, viel besser abgesichert werden könnte, wenn die für ihn sorgenden Personen davon wüssten? Wie sieht es mit der Erwartungshaltung von Angehörigen aus anderen Kulturkreisen aus? Wie ist damit umzugehen, wenn man spürt, dass der Patient es nicht möchte, dass die Angehörigen über die Krankheit informiert werden? Soll man sich dem

Druck der Angehörigen beugen, wenn die Einwilligung des Patienten sichtbar gezwungen erscheint? Auch hier stehen grundlegende Persönlichkeitsrechte auf dem Spiel. Im Rahmen einer Integrativen Medizinethik hat hier die Patientenselbstbestimmung Vorrang vor kulturellen Gewohnheiten.

Ein weiterer zu nennender Konfliktfall entsteht, wenn der Patient wegen eines Behandlungsfehlers klagt. Dann entbindet beispielsweise das deutsche Recht die Beklagten von ihrer Schweigepflicht. Auch dies hat unerwünschte Nebenfolgen, weil es die Beklagten mehr schützt als die Privatsphäre des Patienten. Doch könnte sich im anderen Fall der Beklagte kaum aussichtsreich zur Wehr setzen.

Ebenfalls ist im Blick auf die ärztliche Schweigepflicht ein spezifischer Konfliktfall dadurch gegeben, dass beispielsweise private Versicherungen oftmals erwarten, dass die betreffenden Personen, die bei ihnen Versicherungsschutz beantragen, ihre Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht entbinden. Ähnliches gilt im Rahmen einer Verbeamtung. Auch dies schränkt das Vertrauen in die Schweigepflicht in einem nicht unerheblichen Maß ein und hat den unerwünschten Nebeneffekt, dass Personen wichtige Therapien, beispielsweise bei psychischen Erkrankungen, meiden, um nicht eine günstige Versicherungseinstufung oder ihre Verbeamtung zu gefährden.

5.3 Problemfälle bei der »Patientenselbstbestimmung«

5.3.1 Grundlagen: Aufklärungspflicht und das Instrument der Patientenverfügung

Wie die Schweigepflicht scheinen die Patienteneinwilligung und die ärztliche Wahrheitspflicht, die mit der Patientenselbstbestimmung verbunden sind, auf den ersten Blick unproblematisch zu sein. Heißt es doch in der (Muster)Berufsordnung der deutschen Ärzteschaft unter dem Titel *Pflichten gegenüber Patienten*:

»§7 Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln

1) Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen. Das Recht der Patienten, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, ist zu respektieren. [...]

§ 8 Aufklärungspflicht

Zur Behandlung bedürfen Ärztinnen und Ärzte der Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Der Einwilligung hat grundsätzlich die erforderliche Aufklärung im persönlichen Gespräch voranzugehen.«⁶

Dazu kommt eine zumindest in Deutschland auf den ersten Blick verbesserte Klarheit im Blick auf die Patientenselbstbestimmung durch die Regelung der Patientenverfügung durch das Gesetz vom Juli 2009.

Die Patientenverfügung ist ein sehr sinnvolles Instrument, um die Patientenselbstbestimmung über die bewusste bzw. vollumfänglich kompetente Lebensphase hinaus zu gewährleisten. Sie erleichtert es den Ärzten und Angehörigen, die Frage zu beantworten, ob der Patient Maximaltherapie möchte oder ob er eher »passive« Sterbegleitung, also eine Therapiezieländerung hin zu palliativen und pflegerischen Maßnahmen wünscht, z. B. den Verzicht auf eine Magensonde, die Entnahme einer Magensonde usw.

Freilich verbinden sich mit Patientenverfügungen auch gewichtige Probleme: Kaum jemand kann die Phase seiner Erkrankung, für die eigentlich die Verfügung geschrieben ist, so antizipieren, dass die Verfügung genau seinen Fall trifft. Zudem fehlt es an Fachwissen, weswegen manche Verfügungen für das Krankheitsbild unzureichend sind und deshalb oftmals auch nicht den wirklichen Willen des Patienten wiedergeben. Die Verfügung ist also für die Behandelnden in vielen Fällen deutungs offen. Dazu stellt sich bei dementen Patienten die Frage, ob sie ihre Verfügung überhaupt noch in der Weise aufrecht halten wollen, also beispielsweise wirklich keine Magensonde eingesetzt bekommen möchten. Darum hat die Bundesärztekammer empfohlen, Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen miteinzubeziehen.⁷

5.3.2 Grenzen der Aufklärungspflicht?

Neben diesen Schwierigkeiten einer angemessenen Deutung der jeweiligen Patientenverfügung, kann es jedoch bereits dann zu einschneidenden Konflikten kommen, wenn der Patient ansprechbar und bei vollem Bewusstsein ist: Wie soll sich ein Arzt bzw. eine Ärztin

⁶ BÄK (2019), A3f.

⁷ Vgl. BÄK (2011), A 347.

tin verhalten, der die Patienteneinwilligung zu einer Krebstherapie sehr ernst nimmt, aber zugleich zu Recht befürchtet, dass sich der Patient bei Kenntnis der Diagnose das Leben nehmen wird? Wie soll sich eine Ärztin bzw. ein Arzt verhalten, wenn ein Patient nach einer Krebsdiagnose aufgeklärt wurde, aber die nötige Therapie verweigert? Soll der Versuch gemacht werden, den Patienten für nicht-zurechnungsfähig erklären zu lassen, weil es so scheint, dass dieser die Tragweite seiner Entscheidung, nämlich den sehr wahrscheinlichen Tod, nicht zu erfassen vermag? Hier kommt es zum Konflikt zwischen den Werten der Patientenselbstbestimmung und dem Fürsorgeprinzip. Im Hintergrund steht eine entscheidende Weichenstellung, nämlich zwischen einer hippokratisch am objektiven Patientenwohl (salus) orientierten und damit eher paternalistischen und einem am Selbstbestimmungsrecht (voluntas) orientierten ärztlichen Einstellung.

<i>Paternalismus</i>	<i>Aufklärung/Wahrhaftigkeit</i>
Der Arzt bzw. die Ärztin entscheidet, <i>ob</i> er dem Patienten die Wahrheit mitteilt (barmherzige Lüge)	Der Arzt, die Ärztin entscheidet, <i>wie</i> er dem Patienten die Wahrheit mitteilt (barmherzige Wahrheit)

Tabelle 2: Paternalismus versus Aufklärung/Wahrhaftigkeit

Gerade vor dem Hintergrund, dass mit der Menschenwürde das Recht auf Selbstbestimmung eng verbunden ist, muss nach einem ethischen Ansatz, der von der Menschenwürde ausgeht, im Unterschied zu einem hippokratischen ärztlichen Ethos oder einer utilitaristisch orientierten Medizinethik die Aufklärung vor einer paternalistischen Haltung Vorrang haben, es sei denn der Patient ist wirklich physisch oder psychisch so krank, dass er noch nicht, z. B. als Kleinkind, momentan oder nicht mehr (z. B. hochgradige Demenz) einwilligen kann.

Wie aber ist dann der folgende Fall zu beurteilen?⁸ Eine 35-jährige Person kommt zum Routinecheck zu ihrer Hausärztin. Die Person ist übergewichtig, raucht täglich zwei Packungen Zigaretten und trinkt mehrere Bier. Außerdem treibt sie keinen Sport. Die Hausärztin hatte schon bei den letzten Untersuchungen immer wieder den Ratschlag gegeben, den Lebensstil zu ändern, ohne Erfolg. Darf die Ärztin die Untersuchungsergebnisse, die keine Auffälligkeiten zei-

⁸ Vgl. Veatch/Guidry-Grimes (2020), 144–146.

gen, außer dass die Blutwerte besser sein könnten, in der Weise erläutern, als ob sie nahelegen würden, der Patient könne bald an Krebs erkranken, wenn er seinen Lebensstil nicht umstellt? In der Sache stimmt es, nämlich dass ein solcher Lebensstil eine Krebserkrankung wahrscheinlicher macht. Jedoch geben die Untersuchungsergebnisse keinen wirklichen Hinweis. Handelt die Ärztin damit im langfristigen Interesse des Patienten oder lügt sie ihn eigentlich an und verletzt das Gebot der Wahrhaftigkeit?

Auch hier gilt es, die Selbstbestimmung des Patienten ernst zu nehmen. Es ist nichts dagegen einzuwenden, wenn die Ärztin mit Nachdruck darauf hinweist, welche Gefahren der Lebensstil birgt. Sie verletzt aber das Gebot der Wahrhaftigkeit, wenn sie die Blutergebnisse in der genannten Weise überinterpretiert und so eine Angst vor einer schweren Erkrankung erzeugt, die von den Ergebnissen nicht gedeckt ist. Sie spielt damit mit den Gefühlen des Patienten.

5.3.3 Problemstellungen im Blick auf psychische Erkrankungen

Es gibt vielfältige Problemstellungen bei psychischen Erkrankungen, die jedoch eine eigene Untersuchung erfordern würden. In diesem Zusammenhang soll nur thematisiert werden, dass in manchen Fällen nicht einmal klar ist, was eine psychische Erkrankung ist. So wurde zu bestimmten Zeiten ein Verhalten als psychische Erkrankung verstanden, das heute unstrittig als gesund und vernünftig einzuschätzen ist: So galten im Jahr 1851 entflohene Sklaven nach dem *New Orleans Medical and Surgical Journal* als psychisch krank. Sie würden an Drapetomanie leiden, also an einem krankhaften Zwang, weglaufen zu müssen. In der Sowjetunion wurden manche Gläubige als psychisch krank diagnostiziert. Sie würden an religiösen Wahnvorstellungen leiden, denn der Glaube an Gott sei längst durch den historisch-dialektischen Materialismus widerlegt. Homosexualität war bis 1973 von der *American Psychiatric Association* als psychische Erkrankung klassifiziert. Selbst die Aufhebung gelang damals nur mit äußerst knapper Mehrheit. Umgekehrt ist bis heute umstritten, ob Menschen, die sich in ihrem Körper unwohl fühlen, weil sie ein Bein stört, psychisch krank sind oder sogar eine Amputation einfordern dürften. Das leitet zu einem weiteren Problem über, nämlich Herausforderungen einer wunscherfüllenden Medizin.

5.3.4 Herausforderungen wunscherfüllender Medizin

Wie weit darf eine Patientenselbstbestimmung gehen, wenn fraglich ist, ob der medizinische Eingriff überhaupt erforderlich ist? Der Hippokratische Eid stärkt den Grundgedanken der heutigen Schulmedizin, eine objektive, evidenzbasierte medizinische Versorgung zu gewährleisten. Bis heute bleiben alternative Therapieformen wie die Homöopathie einen Beweis ihrer Wirksamkeit schuldig. Dennoch werden viele derartige Behandlungen bezahlt, weil dies die Patienten wünschen. Dabei ist nichts dagegen zu sagen, wenn Menschen alternative Behandlungsformen nachsuchen, solange sie durch diese nicht gefährdet werden. Derartige Behandlungsmethoden werden nur dann zum Problem, wenn der Anspruch entsteht, sie müssten solidarisch getragen werden. Zudem ist die Frage, ob derartige Behandlungen nicht juristisch unter eine andere Kategorie fallen müssten, nämlich die eines Gewerbes. Letzteres sollte zumindest für Formen wunscherfüllender Medizin gelten, die eindeutig nicht dazu dienen, einen Gesundheitszustand wiederherzustellen, sondern dem Wunsch nach »Verschönerung« folgen, beispielsweise wenn jemand seine Brüste vergrößern lassen möchte. Allerdings sind auch hier die Grenzen fließend. Warum sollte eine Geschlechtsumwandlung solidarisch getragen werden, weil eine Person sich im falschen Geschlecht beheimatet fühlt, aber eine Nasenoperation nicht, obwohl die betreffende Person darunter leidet, wegen ihres »riesigen Zinkens« gehänselt zu werden?

Man könnte sich jedoch vorstellen, dass es möglich ist, Grenzen zwischen medizinisch indizierten und wunscherfüllenden Behandlungen mithilfe von Katalogen festzulegen. Schönheitsoperationen, Anti-Aging-Behandlungen, aber auch viele Formen der Lifestyle-Medizin fielen dann unter den Begriff der wunscherfüllenden Medizin. Auch der ganze Bereich leistungsfördernder Mittel, die bis zum Doping und genetischen Enhancement reichen, fallen in diesen Bereich.

In diesem Fall wäre die grundlegende Frage, ob es sich dann noch um eine Behandlungsbeziehung im strengen medizinischen Sinn handelt oder um eine Beziehung zwischen einem Verkäufer einer Leistung und seinem Kunden. In einem solchen Fall müssten eigentlich ganz andere Regeln gelten. Anbieter wären verpflichtet, gesetzliche Garantieleistungen zu geben. Die Kunden hätten den Anspruch auf Schadensersatz, wenn beispielsweise die Nase nicht dem Vertrag

entspricht. Mit dem Hippokratischen Ethos hat eine derartige wunscherfüllende Medizin nichts mehr zu tun. Hier geschieht eine wesentliche Veränderung in Bezug auf die ärztliche Rolle: Aus dem Arzt als »Kümmerer« um die Gesundheit des Patienten wird der Arzt als Dienstleister. Insofern wäre es nur konsequent zu fordern, den Arzt bei Leistungen, die nicht therapeutisch sind, sondern der Wunscherfüllung dienen, »dem Dienstleistungsrecht nach §§611 ff. BGB zuzuordnen«, ⁹ also seine Entlohnung an den Erfolg der Behandlung zu koppeln. Die Integrative Medizinethik rechnet aufgrund ihres Gerechtigkeitsprinzips und vor dem Hintergrund des Nichtschadens- und des Fürsorgeprinzips derartige Eingriffe nicht mehr zum medizinischen, sondern zum gewerblichen Bereich. Ordnungsethisch stellt sich die Frage, wie streng der Staat diesen Markt zu regulieren hat, worauf noch grundsätzlich im Zusammenhang des genetischen Enhancements einzugehen ist. ¹⁰

5.4 Chancen und Risiken der Digitalisierung und genetischen Diagnostik

Auch aufgrund der zunehmenden Digitalisierung und den immer besseren gendiagnostischen Möglichkeiten ergeben sich neue Herausforderungen für die Behandlungsbeziehung.

Mittlerweile sind Datenschutzregelungen so komplex geworden, dass selbst BÄK/KV wegen der Regelungslage im Datenschutzrecht sagen, dass es »hilfreich sein kann, (rechtliche) Beratung in Anspruch zu nehmen«. ¹¹ Gesundheitsdaten waren schon immer besonders schutzbedürftig, wie die hippokratische Schweigeverpflichtung zeigt. Im Zeitalter der Digitalisierung und vor dem Hintergrund immer weiter verbesserter diagnostischer Möglichkeiten sind jedoch zusätzliche Schutzmaßnahmen nötig, die weit über die Einwilligung der Patienten zur Datenspeicherung hinaus gehen. Gerade bei dem Monitoring älterer Personen besteht die Gefahr, dass diese nicht wissen, in welch hohem Maß persönlichste Details ihres Lebens von anderen wahrgenommen werden können.

⁹ Eberbach (2009), 240.

¹⁰ Vgl. dazu das Kapitel *Herausforderungen im Zeitalter des Genome Editing*.

¹¹ Ebd., A6.

Auf der anderen Seite geht es auch hier um eine Güterabwägung. So sind viele neue Erkenntnisse nur dadurch zu gewinnen, dass man viele Daten miteinander vergleicht.

»In der Medizin kann z.B. in einem Gewebeschnitt der »Fingerabdruck« von Krebszellen unter normalen Lymphknoten durch maschinelles Lernen erkannt werden. Auch in der Arzneimittelentwicklung kommt maschinelles Lernen mittlerweile zum Einsatz, um die Entwicklungszeit und damit verbundene Kosten drastisch zu senken. IBM Watson for Drug Discovery liest Millionen von Seiten (Big Data mining), um ihre Bedeutung für Forschungsziele (target identification and validation) zu erkennen. In wenigen Monaten wurden so fünf RNA-bindende Proteine RBPs entdeckt, die zuvor nie mit amyotropher Lateralsklerose (ALS) in Verbindung gebracht wurden.«¹²

Wenn also das Schutzniveau zu hoch liegt, wird diese Vorsicht damit bezahlt, dass beispielsweise Krankheitsmuster nicht entdeckt werden können, die Patientengruppen helfen könnten, bessere Therapien zu bekommen. Denn es gibt große Chancen, die mit der Digitalisierung einhergehen:

- Vernetzung von Daten für gruppen- und individualspezifische Therapien;
- Verbesserung von Anamnese und Diagnostik mittels computergesteuerter Systeme nicht-invasiver Diagnostik und Computer-Modellierung für personalisierte Diätinterventionen zur Verbesserung der Gesundheit;
- Globalisierung bester technischer Möglichkeiten (Telemedizin);
- Unterstützung eines selbstbestimmten Lebens, insbesondere für Ältere und für Menschen mit Beeinträchtigungen.

Der Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) und genetischer Diagnostik kann zudem, z.B. bei Krebserkrankungen, folgende wichtige diagnostische und therapeutische Vorteile ermöglichen:

- Früherkennung;
- eine passgenaue Therapie, da mithilfe von KI-Ansätzen Voraussagen darüber getroffen werden, wie ein Patient voraussichtlich auf eine medikamentöse Krebstherapie (Chemotherapie, Immuntherapie, u. a.) anspricht;

¹² Mainzer (2020), 41.

- Reduktion von Operationen und Verminderung des Rezidivrisikos, wenn Proben »live« untersucht werden können und noch während der OP Feedback kommt, ob Tumorränder krebsfrei sind;
- Vermeidung von unwirksamen oder sogar schädigenden Therapien;
- Vermeidung von unnötigen Behandlungs- und vermeidbaren Nachsorgekosten.

Ältere Menschen können zudem wesentliche Hilfen erhalten, die sie darin unterstützen, ein möglichst gutes Leben zu führen:

- berührungslose, nano-optische Echtzeit-Abbildung von Vitalparametern;
- bildgebende 5D-Sensorik für die Analyse des Befindens und Verhaltens älterer Personen;
- Analyse der Dynamik des Gesichts zur Früherkennung, Diagnose und Therapie von Erkrankungen im Alter;
- optimierte Kommunikation und emotionales Erleben in Abhängigkeit kognitiver Ressourcen;
- Mikrobiomanalyse zur Frühdiagnose alternskorrelierter Erkrankungen;
- präsymptomatische Früherkennung von Parkinson mittels Detektion volatiler Biomarker aus den Talgdrüsen der Haut und der Atemluft.

In einer Güterabwägung sind diese neuen positiven Möglichkeiten gegen die benannte Datenschutzproblematik und weitere Risiken der Digitalisierung und genetischen Diagnostik abzuwägen. So »bedroht« insbesondere die genetische Diagnostik in bestimmten Fällen das Recht auf Nichtwissen, weil aufgrund großer Datenmengen auf gesundheitliche Risiken geschlossen werden kann, die manche Patienten nicht wissen möchten. Bei der genetischen Diagnostik gibt es zudem Situationen, in denen ein Nichtwissen praktisch nicht mehr möglich ist. Wenn beispielsweise beim eigenen Kind eine Veränderung des BRCA-Gens, das für Brustkrebs disponiert, festgestellt wird, weiß man, dass auch die Mutter von dieser Veränderung betroffen ist. Selbst Diagnosen unter Geschwistern verringern faktisch den Raum des Nichtwissens. Andererseits kann dieses Recht auch missbraucht werden, denn wer rechtzeitig über bestimmte Risiken informiert ist,

die auch seine Nachkommen treffen können, hat die Möglichkeit, diese davon in Kenntnis zu setzen, damit sie präventiv tätig werden können. Wer sich dieser Möglichkeit verweigert, bleibt Angehörigen dies unter Umständen schuldig.

Zudem bleibt immer das Risiko einer unvollkommenen Technik, also sogenannte Safety- und Security-Issues. Bei bildgebenden Verfahren können Bilder von Systemen falsch interpretiert und darum fälschlich als krebsrelevant oder auch umgekehrt als nicht krebsrelevant missdeutet werden. Kein Computersystem ist absolut sicher, Datenhacking ist immer möglich.

Dazu kommen klassische Probleme jeder Anwendung von KI:

- »blindes Vertrauen« in die KI, weil sie Entscheidungen scheinbar viel besser trifft als man selbst;
- Verlust des Bewusstseins dafür, dass Algorithmen menschlich programmiert sind und interpretiert werden müssen;
- Zunahme des Gewichts »unsichtbarer« statistischer Entscheidungen (z. B. Gefahr der Vermischung von Korrelation vs. Kausalität).

Der Einsatz der Digitalisierung kann zugleich, ähnlich wie heute schon der Einsatz von Fitnesstrackern, dazu führen, dass Menschen sozusagen in einer Dauerdiagnoseschleife sind und so überfordert werden. Das Gefühl, jeden Moment auf die eigene Gesundheit achten zu können, verstärkt den Eindruck dauernder Verantwortung. Ob dies bessere Rahmenbedingungen für ein gutes Leben schafft, ob dies dazu führt, selbstbestimmt die eigene Lebensgeschichte zu schreiben, oder nicht eher dazu führt, fremdbestimmt zu sein, wird die Zukunft zeigen müssen.