

Wahrheit am Krankenbett

Ethische Aspekte der Patientenaufklärung

37. Workshop Medizinethik am 26. Oktober 2013 in der Französischen Friedrichstadtkirche

Adelheid Müller-Lissner

Vom Mantel des Schweigens zum Mantel der Wahrheit

Beim 37. Workshop Medizinethik ging es um die ethischen Aspekte der Aufklärung am Krankenbett

„Natürlich hat keiner der Ärzte meine Frage beantworten können, ob's Krebs ist oder nicht. Was wirklich mit dir los ist, sagt dir kein Arzt, auf dem Gebiet wird alles mit Schweigen bedeckt.“ Seit die österreichische Schriftstellerin Maxie Wander diese bitteren Sätze während eines Klinikaufenthalts im damaligen Ostberlin Mitte der 70er Jahre notierte, hat sich in Krankenhäusern und Arztpraxen vieles verändert. Auf jeden Fall ist das Bewusstsein dafür gewachsen, dass es zu den Aufgaben der behandelnden Ärzte und Ärztinnen gehört, die Patienten über ihre Diagnose und die möglichen Behandlungsschritte aufzuklären. Sie seien verpflichtet, „in verständlicher Weise“ zu Beginn „sämtliche die Behandlung betreffende Umstände zu erläutern“, so heißt es im neuen Patientenrechtegesetz.

Die ethischen Fragen, die sich im Zusammenhang mit der „Wahrheit am Krankenbett“ stellen, waren Thema des 37. Workshops Medizinethik, zu dem die Evangelische Akademie zu Berlin in bewährter Zusammenarbeit mit dem katholischen St. Joseph Krankenhaus Berlin Tempelhof am 26. Oktober in die Französische Friedrichstadtkirche geladen hatte.

Prof. Dr. Gunnar Duttge von der Abteilung für strafrechtliches Medizin- und Biorecht an der Juristischen Fakultät der Universität Göttingen stellte dort klar, dass umfassende Aufklärung des Patienten über alle Therapieoptionen, ihren Nutzen und ihre Risiken in jedem Fall die Basis für eine rechtswirksame Einwilligung in die Behandlung darstellt. „Im anderen Fall begeht der Arzt eine Pflichtwidrigkeit, die juristisch als Körperverletzung bezeichnet wird.“ Der Gesetzgeber habe im asymmetrischen Verhältnis zwischen Krankem und Arzt „bewusst der Seite des Schwachen zur Geltung verhelfen wollen“. Lediglich ein Aufklärungsformular herüberzureichen und um dessen Unterzeichnung zu bitten, sei insofern „die Karikatur dessen, was das Recht verlangt.“

Frau Dr. S. macht es sich nicht so leicht: Die Gynäkologin hat mit Frau M., ihrer 67-jährigen Patientin, schon über ihre fortschreitende Krebserkrankung und die Möglichkeiten einer palliativen Chemotherapie gesprochen. Nun informiert sie auch deren Tochter über die Ergebnisse der letzten Untersuchungen. „Ich habe leider keine guten Nachrichten für Sie“, so beginnt das Gespräch mit der Angehörigen - das allerdings im Stehen geführt und vom Klingeln des Handys der Ärztin unterbrochen wird: Alltag auf den Stationen, den der Arbeitskreis Ethische Anspielungen des St. Joseph Krankenhauses zu Beginn des Workshops lebendig werden ließ.

Die kleine Szene zeigte zudem, dass Mutter und Tochter dieselben sachlichen Informationen ganz unterschiedlich aufnehmen. Niedergeschlagen die Tochter, voller Optimismus die Patientin: „Dass ich gesund werde, hat die Ärztin zwar nicht gesagt. Aber wo 'ne Chemo ist, da gibt es auch Hoffnung! Ich will noch erleben, wie meine Enkeltochter Melanie in die Schule kommt!“

Hat die Ärztin beiden Frauen etwas Verschiedenes gesagt? Hat sie nur die Akzente etwas unterschiedlich gesetzt? Haben Persönlichkeit und aktuelle Rolle im Krankheitsgeschehen dazu geführt, dass Mutter und Tochter die Informationen anders gewichten? Die eine Wahrheit gebe es in einer solchen Situation wohl ohnehin nicht, hatte zu Beginn schon Tagungsleiterin Simone Ehm von der Evangelischen Akademie gesagt – und auf das indische Gleichnis vom Elefanten verwiesen: Eine Gruppe von Männern, die diesen Elefanten mit verbundenen Augen an

unterschiedlichen Stellen betasteten, machten nachher recht heterogene Aussagen über ein und dasselbe Tier.

Zur Vielfalt der Perspektiven kommt die Unsicherheit der medizinischen Prognostik. Wird Frau M. die Einschulung ihrer Enkelin noch erleben? „Die Wahrheit ist risikobehaftet, im wissenschaftlichen Sinn können wir nur von statistischen Wahrscheinlichkeiten sprechen“, gab aus ärztlicher Sicht Prof. Dr. med. Robert Thimme zu bedenken, Ärztlicher Direktor der Klinik für Innere Medizin II an der Universität Freiburg. Zur Wahrhaftigkeit am Krankenbett gehöre es, dem Patienten auch das zu erklären. Wahrheit im Arzt-Patienten-Gespräch sei immer ein prozesshaftes Geschehen, sie entwickle sich aus den Fragen des Kranken und dürfe sich deshalb keineswegs in einer einmaligen Konfrontation mit „nackten Tatsachen“ erschöpfen. Thimme zitierte Max Frisch: „Man sollte die Wahrheit dem anderen wie einen Mantel hinhalten, dass er hineinschlüpfen kann – nicht wie ein nasses Handtuch um den Kopf schlagen.“

Aus pflegerischer Sicht habe er großen Respekt vor der Aufgabe, die den Ärzten hier gestellt sei, gestand der Pflegepädagoge Lutz Schütze vom Klinikum Region Hannover. Auch wenn die medizinische Aufklärung den Ärzten vorbehalten sei, sollten Pflegefachkräfte in strukturierter Form in den Aufklärungsprozess einbezogen werden, so sein Plädoyer. „Die Voraussetzung dafür ist allerdings, dass nach dem System der Bezugspflege gearbeitet wird.“ Durch ihre tägliche Arbeit kämen die Pflegenden ihren Patienten dann meist näher, sie würden von ihnen auch immer wieder ausgefragt und um „Übersetzungsleistungen“ gebeten. „Oft heißt es dann: ‚Die Ärztin hat so schnell gesprochen!‘“ Um dann gut reagieren zu können, sollten die Pflegekräfte von Ärzten und Ärztinnen über den Wissensstand des Patienten informiert werden.

Auch Dr. med. Christoph Büttner, Leitender Oberarzt der Intensivstation am St. Joseph Krankenhaus, sprach sich dafür aus, die Pflege in strukturierter Form in Aufklärungsgespräche einzubeziehen. „Die Kommunikation im Team ist wichtig, alle sollten auf dem gleichen Stand sein.“ Auf Intensivstationen geht es dabei besonders häufig um Entscheidungen am Lebensende. Drei von vier Patienten brauchten ein solches Gespräch, fast jeder Fünfte von ihnen wolle mit dem Team auf der Intensivstation gemeinsam entscheiden, so berichtete Büttner. Zum Leitbild eines christlichen Krankenhauses müsse es gehören, sich dafür ausreichend Zeit zu nehmen. „Wir müssen die Möglichkeit nutzen, bei unserer Arbeit anders zu gewichten.“ In christlichen Krankenhäusern komme den Mitarbeitern dabei die Tatsache zu Gute, dass die Atmosphäre weniger von Konkurrenz geprägt sei.

„Es geht um eine Haltung“, stellte passend dazu der Theologe Mario Lucchesi fest, der als Seelsorger in der Evangelischen Lungenklinik Berlin tätig ist. Intensive Gespräche zwischen Patienten und ihren Ärzten sollten nicht allein geführt werden, um der Aufklärungspflicht Genüge zu tun. In seinem Krankenhaus werden vor allem Patienten behandelt, bei denen keine Heilung mehr möglich ist. Meist erlebt Lucchesi diese Menschen, nachdem sie schon mit den Ärzten über ihre Perspektiven gesprochen haben. „Der Tag der Mitteilung bleibt den meisten von ihnen im Gedächtnis haften, ab da ist alles anders geworden.“ Das Gehörte müsse emotional, existenziell und spirituell verarbeitet werden. Ein schmerzlicher Prozess. Manchmal frage er sich, so der Krankenhauseelsorger, ob ein „Raum der Stille“ in einem Krankenhaus nicht auch „Raum der Wut“ sein könne.

Zur Wahrhaftigkeit gehöre auch das Zulassen von Trauer, Klage und Anklage, hatte zuvor schon der Theologe und Ethik-Spezialist Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl von der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin ausgeführt. „Wir sollten das nicht übertünchen.“ Wahrheit am Krankenbett erschöpfe sich nicht in der Vermittlung von Informationen, sondern beinhalte auch ein Gespräch über deren Bedeutung. Lob-Hüdepohl machte sich zudem auch für das „Recht auf Nichtwissen“ stark. Ganz besonders bedeutsam sei es im Hinblick auf Informationen aus der

Gendiagnostik, die Risiken künftige Krankheiten betreffen können. Wie der Jurist Duttge zuvor ausgeführt hatte, sind davon zudem oft Angehörige mit betroffen.

Duttge hatte auch zu bedenken gegeben, dass die Wahrheit in manchen Fällen schaden könne. Er zitierte den Internisten und Buchautor Clifton Meador von der Vanderbilt-Universität im amerikanischen Nashville, der diese Gefahr einer „Tötung durch Aufklärung“ auf den Punkt brachte: „Manche Menschen sterben nicht an Krebs, sondern daran, dass sie glauben, an Krebs zu sterben.“ Ähnlich hatte es schon im 18. Jahrhundert der Arzt Christoph Wilhelm Hufeland empfunden: „Den Tod verkündigen heißt den Tod geben.“

Als prominentes Beispiel für diese Gefahr – und für den Segen des Nichtwissens – dient oft der Schriftsteller Theodor Storm, der kurz vor seinem 70. Geburtstag an Magenkrebs erkrankte. Die Nachricht soll ihn in eine tiefe Depression gestürzt und eine Schaffenskrise ausgelöst haben. Der Beschluss des Familienrats, mithilfe eines fingierten erneuten „ärztlichen Konsils“ seine Sorgen zu zerstreuen, tat der Überlieferung zufolge seine Wirkung: Storm fasste neuen Lebensmut und schrieb seinen „Schimmelreiter“ zu Ende.

Mit der heutigen Vorstellung von Aufrichtigkeit am Krankenbett, von Wahrhaftigkeit als ethisch-normativer Pflicht, von Patientenwillen, Würde und Autonomie lässt sich dieses Täuschungsmanöver wohl kaum in Einklang bringen. Dass kein Weg hinter das Prinzip des „informierten Einverständnisses“ zurück führt, machten während dieses Workshops alle Referenten klar. Der Fehler habe keinesfalls darin gelegen, dass die Ärzte Storm aufgeklärt hätten, höchstwahrscheinlich aber darin, wie sie das taten, gab Lob-Hüdepohl zu bedenken. „Gefordert ist dabei immer zugleich sachlich richtiges und rechtes, der Situation angemessenes Sprechen.“

Also nicht weniger als ein echtes Gespräch. Tagungsleiter Prof. Dr. med. Thomas Poralla vom St. Joseph Krankenhaus erinnerte zum Schluss aus gutem Grund an das Bonmot: „Der alte Arzt sprach Latein, der moderne spricht englisch, der gute spricht mit dem Patienten.“