

---

**Hartmut Kreß \*****Telemedizin und Co – Wie ändert medizinischer Fortschritt  
das Arzt-Patienten-Verhältnis?**

*Referat auf dem 34. Allergiesymposium der NAPPA (Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie und Allergologie) in Kiel am 26. November 2016*

**1. Vorbemerkung: Das Leitbild der „patientenzentrierte Medizin“**

Für den einzelnen Menschen ist Gesundheit ein Gut, dem besonders hohes Gewicht zukommt. In dem Maß, wie Gesundheit persönlich jeweils erreichbar ist, gehört sie zu den Grundlagen der individuellen Existenz. In der Konsequenz bildet das Verhältnis von Arzt und Patient seinerseits ein kulturelles Gut, dessen Stellenwert nicht unterschätzt werden darf. Denn Ärzte sind von Berufs wegen der menschlichen Gesundheit verpflichtet. Zur Arztrolle hieß es in einem Buch, das 1906 mit dem Titel „Der Arzt“ erschien, knapp und prägnant: „Die Ärzte sind der Kranken wegen da, nicht die Kranken um der Ärzte willen“. Der Verfasser des Buches war Ernst Schwemmer, ein Dermatologe in Berlin. Damals war er vor allem als Leibarzt Bismarcks recht bekannt gewesen. Modern ausgedrückt geht es in seinem Diktum darum, dass ärztliches Handeln dem einzelnen Patienten in seiner jeweiligen Situation und in seiner persönlichen gesundheitlichen Verfasstheit gerecht werden soll. Diese Leitidee, die sich als patientenzentrierte Medizin umschreiben lässt, wird inzwischen zumindest theoretisch breit anerkannt. Den Begriff der patientenzentrierten Medizin dürfte ein Arzt geprägt haben, der hier in Kiel tätig war, nämlich der Internist Karlheinz Engelhardt. Er hat ihn 1978 als Titel seines hierzu einschlägigen Buches verwendet.

Die kulturelle Bedeutsamkeit der Beziehung von Arzt und Patient, das Vertrauen auf die Arztrolle ist erst recht in Anbetracht der Erosionen wichtig, die wir in unserer Gesellschaft und in der Rechtsordnung zurzeit erleben. Nun soll ich in meinem Referat den Einschnitt ansprechen, den die Telemedizin mit sich bringt. Die Anfrage („Telemedizin und Co“) habe ich so verstanden, dass ich auch generell thematisiere, wie sich die Digitalisierung sowie sonstiger technologischer Fortschritt auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient auswirken. Im Schlussteil des Referats werde ich bezogen

---

\* Prof. Dr. Hartmut Kreß, Universität Bonn, Evang.-Theol. Fakultät, Abt. Sozialethik.  
E-mail: hkress[at]uni-bonn.de

auf das Arzt-Patient-Verhältnis daher noch andere aktuelle Entwicklungen erwähnen, etwa die Ökonomisierung oder ganz neue, früher utopisch erscheinende Handlungsoptionen, die der medizinisch-technologische Fortschritt real greifbar werden lässt. Zunächst sind jedoch erst einmal Schlaglichter auf die Telemedizin zu werfen. Sodann komme ich grundsätzlich ethisch auf das Arzt-Patient-Verhältnis zu sprechen, um im Anschluss zu erörtern, wie der informationstechnologische Fortschritt hierauf zurückwirkt.

## **2. Telemedizin – Innovationsschub im Pro und Contra**

Definitiv ist Telemedizin als medizinische Dienstleistung zu fassen, die mit Hilfe moderner Informations- und Kommunikationstechnologie erbracht wird, um insbesondere räumliche Entfernungen zu überbrücken. Aktuell wird hervorgehoben, dies könne etwa für ländliche Regionen nützlich werden, weil die Versorgung durch Ärzte vor Ort dort zunehmend ausgedünnt sein wird. Zudem seien durch Telemedizin z.B. Folgen des demographischen Wandels kompensierbar; denn älter werdende Patienten mit chronischen Erkrankungen bräuchten permanente Betreuung, die auf traditioneller Basis nicht mehr erbracht werden könne. Davon abgesehen lässt sich Telemedizin u.a. dahingehend nutzen, räumliche Distanz zwischen Ärzten zu überwinden und Patientendaten von externen Experten beurteilen zu lassen. So wurde schon vor Längerem, im Jahr 2009, beschrieben, dass zwei Lebertransplantationen bei Kindern in Indien telemedizinisch, nämlich teleanästhesiologisch, von Fachleuten aus Philadelphia in den USA unterstützt wurden. Was aber unmittelbar den Umgang des Arztes mit Patienten anbetrifft: Spruchreif wird etwa das Telemonitoring zwecks Überwachung des Gesundheitszustandes von Patienten. Daten, die für die Kontrolle und für potenzielle Prävention bei Diabetes oder chronischer Herzinsuffizienz eine Rolle spielen, werden mit patienteneigenen Geräten automatisch erhoben und weitergeleitet; oder ein Patient ermittelt sie täglich selbst, etwa den Blutzuckerspiegel, und leitet sie elektronisch an den Arzt, an die Arztpraxis oder die Klinik. Denkbar sind ebenfalls telemedizinische Angebote für bestimmte Situationen der Schwangerschaft und bei der Geburtshilfe, u.a.

Angesichts solcher Entwicklungen stellen sich bestimmte Probleme, die ich hier nur nenne, aber nicht weiter diskutiere. Sie sind unterschiedlich gelagert.

Ein Schlüsselproblem wird die Datensicherheit sein, die Stabilität und der Schutz der elektronischen Kommunikation vor Störungen, Ausspähung oder Angriffen von außen. In Korrelation hierzu ist der Datenschutz zu sehen, da für Patienten, die Telemedizin nutzen, der Persönlichkeitsschutz zu gewährleisten ist. Sie müssen die Hoheit über ihre Daten behalten. Dieser Aspekt berührt ebenfalls das Arzt-Patient-Verhältnis im engen Sinn; denn die ärztliche Schweigepflicht muss garantiert und hiermit das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient auch unter den neuen Bedingungen der Informationstechnologie aufrechterhalten bleiben.

Überdies brechen neuartige juristische Fragen auf, etwa zur Arzthaftung: Werden Behandlungsfehler dem Arzt individuell zurechenbar sein oder greift Organisationshaftung und / oder haben Programmanbieter zu haften? Gegebenenfalls könnte es sich so verhalten, dass Behandlungsfehler ganz anders einzuordnen sind als bisher und nicht mehr als Versagen der sogenannten ärztlichen Kunst, sondern als Programmanwendungsfehler zu klassifizieren sind. Nochmals anders zugespitzt: Würden diverse telemedizinische Anwendungen zum diagnostisch-therapeutischen Standard, dann könnte es zum ärztlichen Behandlungsfehler werden, die Nutzung eines entsprechenden Programms unterlassen zu haben.

Ein Anschlussproblem bilden die rechtlichen Zuständigkeiten und Normierungen, bei denen Heterogenität und Intransparenz herrscht. In der Bundesrepublik Deutschland sind Bundesgesetze einschlägig, u.a. SGB I oder V, sodann Landesgesetze, etwa Datenschutznormen der Länder sowie weitere Landesgesetze. Darüber hinaus greift EU-Recht, etwa die Patientenmobilitätsrichtlinie der EU von 2013. Zur Telemedizin kann ferner einschlägig werden, dass sich ein Patient zum Zweck telemedizinischer Behandlung in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union begeben darf. Dies ist legal und wird durch die passive Dienstleistungsfreiheit abgedeckt. Oder es kann darum gehen, dass Dienstleistungen der Telemedizin von Ärzten grenzüberschreitend erbracht werden (staatenübergreifende Distanzdienstleistung). Rechtliche Zweifelsfragen, die mit grenzüberschreitenden Aspekten der Telemedizin zusammenhängen, werden auf Dauer wohl vom Europäischen Gerichtshof zu klären sein.

Nun sei an dieser Stelle hypothetisch unterstellt, dass sich die im engeren Sinn technologischen sowie die juristischen Fragen zufriedenstellend regulieren lassen. Hier von abgesehen wirkt sich die Telemedizin dann jedoch in der Tat grundlegend auf

die Arzt-Patient-Beziehung aus. Medizinische Behandlungen erfolgen in Überbrückung von räumlicher Distanz. Herkömmlich, seit der Antike, befinden sich Arzt und Patient in einem Näheverhältnis, in einer Beziehung im Nahhorizont. Genau dies, die Qualität der Beziehung von Arzt und Patient in Form des persönlichen Kontaktes und der Vertrauensbildung zwischen ihnen, gerät inzwischen ohnehin unter Druck. Bereits seit Jahren werden Tendenzen zur Anonymisierung im Gesundheitswesen beklagt. Hierzu gehört, dass der einzelne Arzt für einen Patienten nicht mehr genügend Zeit aufwenden kann und dass dieser nur noch ein „Fall“, ein bloßes Objekt der Behandlung, ein Gegenstand medizinischer Intervention ist. Sofern in der Logik der Telemedizin das Arzt-Patient-Verhältnis aus dem Nahhorizont in die räumliche Entfernung, also in einen Fernhorizont gerückt wird, könnte sich der Trend zur Anonymisierung oder zur De-Personalisierung verschärfen. Die Anonymisierung im Umgang mit Patienten, die schon jetzt zu konstatieren ist, wird dann um den Faktor der räumlichen Distanz ergänzt. Insofern erzeugt die Telemedizin Rückfragen zur Arztrolle. Das Verständnis des Arztberufs wird sich verändern.

### **3. Das Arztbild – geschichtlich und kulturell wandelbar**

Nun ist es kulturgeschichtlich keineswegs ungewöhnlich, dass Verschiebungen in der Arztrolle und auch in der Arztethik eintreten – im Gegenteil. So gesehen ist der derzeitige bzw. der jetzt absehbare Einschnitt durch die Telemedizin erst einmal zu entdramatisieren. Denn er ist in den sehr viel größeren Rahmen des *steten* Wandels des Arztverständnisses einzuordnen. Allerdings ist wichtig, dass die Einsichten und die Errungenschaften gewahrt bleiben, die sich für uns in der Gegenwart mit einem humanen Arztbild verbinden.

Auf jeden Fall sollte man sich davor hüten, die Vergangenheit zu verklären. Üblicherweise wird die Ethik des Arztes auf die hippokratische Medizin der griechischen Antike, auf den hippokratischen Eid zurückgeführt. Dort sind in der Tat belangvolle arztethische Prinzipien verankert, etwa das Verbot, einem Patienten Schaden zuzufügen (*nil nocere*), oder das Gebot, auf das Wohl des Patienten bedacht zu sein (*salus aegroti suprema lex*). Konkret enthält der hippokratische Eid jedoch auch rigoristische Forderungen wie das pauschale Verbot des Schwangerschaftsabbruchs oder das Nein zu chirurgischen Eingriffen, etwa Steinoperationen. Der hippokratische Arzt begleitete im Übrigen keine Sterbenden. Dies beruhte darauf, dass für die Reputa-

tation des Arztes und damit auch für seine wirtschaftliche Existenz der Erfolg seiner Behandlung, die Heilung, ausschlaggebend war. Deshalb unterließ er Behandlungen oder Tätigkeiten, die keine Aussicht hatten, dass der Patient die Gesundheit wiedererlangt – wozu die Begleitung von Sterbenden gehörte. Im hippokratischen Eid findet sich zudem eine Formulierung, die zweideutiger ist, als man es zunächst vermutet: „Unsere Kunst umfasst dreierlei: die Krankheit, den Kranken und den Arzt. Der Arzt ist der Diener der Kunst. Der Kranke muss gemeinsam mit dem Arzt der Krankheit widerstehen“. Auf den ersten Blick wirkt der Satz überaus überzeugend und in Bezug auf die Patientenrolle geradezu emanzipativ, weil er insinuiert, dass der Patient in die medizinische Behandlung aktiv eingebunden wird. Historisch lässt er sich freilich auch anders interpretieren. Er sollte der Gefahr vorbeugen, dass im Fall des Misserfolgs einer Behandlung die Reputation des Arztes beschädigt wurde. Beim Behandlungsfehlschlag konnte der Kranke, dessen Beteiligung eingefordert worden war, als zumindest mitschuldig dargestellt werden. So betrachtet hat der hippokratische Satz, der Kranke möge sich an den Heilungsbemühungen des Arztes beteiligen, mit Patientenpartizipation und Patientenautonomie im heutigen Sinn wenig zu tun.

Was ich hiermit sagen möchte: In der Moderne hat sich zum einen die Tätigkeit des Arztes aufgrund des naturwissenschaftlichen Fortschritts einschneidend verändert; man denke nur an die Auswirkungen der Zellbiologie seit Rudolf Virchow in der Mitte des 19. Jahrhunderts. Zum anderen hat sich in der Moderne in Hinsicht auf das Arztbild und das Arzt-Patient-Verhältnis aber auch ein ethischer und ein humaner Fortschritt ereignet. Hierzu hebe ich drei Teilaspekte hervor, die ich bezogen auf Telemedizin und Digitalisierung danach wieder aufgreife.

#### **4. Humaner Fortschritt im Arztverständnis in der Moderne**

##### *a) Gezielte Wahrnehmung einzelner Patientengruppen*

Ganz anders als in der Vergangenheit werden heute einzelne Gruppen von Patienten in ihrer Besonderheit wahrgenommen und medizinisch betreut. Als Beispiel: Erst seit dem ausgehenden 18. bzw. seit dem 19. Jahrhundert verhält es sich so, dass Kinder als eigene Patientengruppe gelten, die in ihrer Eigenheit und Eigenständigkeit wahrzunehmen ist. Erst seit dieser Zeit sind Lehrbücher speziell zur Kinderheilkunde entstanden. Der Berliner Arzt Hufeland erkannte, dass „ein Drittel aller Kranken“ Kinder seien, deren Krankheiten man „besonders studieren“ müsse. Zudem sei der „eigen-

tümliche Charakter“ der Krankheiten von Kinder zu beachten, so dass man im Vergleich zu Erwachsenen nicht einfach nur eine „Verminderung der Dosen“ vornehmen dürfe – so Hufeland vor 200 Jahren. Das heißt, das Arztverständnis verschob sich in der Moderne dahingehend, dass einzelne Patientengruppen als solche in den Blick genommen und ernstgenommen wurden. Seit dem 18. Jahrhundert, der Aufklärungsepoche, setzte sich im Übrigen durch, dass ein Arzt niemanden von seiner Begleitung ausnehmen sollte, auch nicht den Sterbenden.

Diese Entwicklung – die bewusste Zuwendung zu den verschiedenen Patientengruppen, das Bemühen, keinen Patienten auszugrenzen und nach dem persönlichen Nutzen jedes Einzelnen zu fragen – ist aus heutiger Sicht zweifellos ein humaner, ethischer Fortschritt. Ein weiterer Aspekt des humanen Fortschritts, der sich in der Moderne durchgesetzt hat:

#### *b) Der Dialog zwischen Arzt und Patient*

Eine Arztethik im heutigen Sinn prägte sich erst im 20. Jahrhundert aus. Einen wesentlichen Anstoß boten philosophische Ideen, namentlich die moderne Dialogphilosophie. Zu deren Vordenkern gehörte der jüdische Religionsphilosoph Martin Buber (1878-1965). Eine seiner Schlüsselschriften war ein Buch, das im Jahr 1923 erschien – ein schmaler Band, keine philosophische Fachschrift, sondern literarisch-philosophisch angelegt, mit dem Titel „Ich und Du“. Der Grundgedanke lautete, es greife zu kurz, nur Intellekt, Geist und Vernunft als das Wesen des Menschen anzusehen. Die menschliche Existenz sei vielmehr im Rahmen ihrer lebensweltlichen Beziehungen zu deuten. Heute könnte man den Gedanken Bubers so charakterisieren, dass er die kommunikative Dimension des Menschseins entdeckte und begrifflich erfasste.

Näherhin unterschied er zwei Grundformen – in seiner eigenen Diktion: „Grundworte“ – der menschlichen Existenz, das „Grundwort Ich-Du“ und das „Grundwort Ich-Es“ („Es“ für Ding/Sache/Gegenstand usw.). Jeder Mensch lebe in Sachbezügen, das heißt im Modus des Grundwortes Ich-Es. Hier gehe es um das Eingebundensein in Institutionen, in Alltagssachverhalte; und auch zum Mitmenschen befinde man sich in der Regel in einer sachorientierten Beziehung. Wenn man diese Überlegung Bubers aufgreift und sie auf das Arzt-Patient-Verhältnis überträgt, dann ist in das Grundwort Ich-Es, in die sachorientierte Beziehung ebenfalls die Arzt-Patient-Beziehung einzu-

ordnen, soweit der Arzt beim Patienten eine Krankheitsdiagnose stellt, ihn medikamentiert, eine Zellprobe entnimmt, ein Organ operiert, usw.

Sodann bestand die Idee Bubers 1923 jedoch darin, neben der Alltagsrationalität der Ich-Es-Beziehung für die Existenz des Menschen das Grundwort Ich-Du hervorzuheben. Hier, in der interpersonalen, zwischenmenschlichen Beziehung, zeige sich das Eigentliche, das Wesentliche, das Sinnhafte oder Sinnstiftende des Menschseins und werde der Einzelne in seiner Ganzheit, in seiner leiblich-seelischen Einheit und Individualität erfasst. Durch die Begegnung mit dem „Du“ werde ein Mensch in einer vertieften Weise zum „Ich“ und finde er zu sich selbst. In der Konsequenz entwarf Buber eine Ethik des Dialogs und nannte Kriterien, die zu gelingender Kommunikation beitragen: die Wahrhaftigkeit der Dialogpartner, ihre wechselseitige Vergegenwärtigung, ihre wechselseitige Akzeptanz, die Unmittelbarkeit ihrer Beziehung, u.a. Man kann sich vorstellen, dass solche Ideen im 20. Jahrhundert stark ausstrahlten: auf die Pädagogik, auf die Psychologie und eben auch auf die Medizin. In einer Zeitschrift, die Buber herausgab, erschien 1923 – ganz offenkundig von seinen Ideen geprägt – derjenige Aufsatz, der als ein Ausgangspunkt heutiger Arztethik gilt: ein Artikel des Heidelberger Neuropathologen Viktor von Weizsäcker mit dem Titel „Der Arzt und der Kranke“. Der Artikel beschäftigte sich mit dem Stellenwert, den das Gespräch und die Zuwendung des Arztes für den Patienten und für den Gesundungsprozess besitzen. Heute, mehr als 90 Jahre später, ist es völlig losgelöst von dem Philosophen Buber oder dem Mediziner Viktor von Weizsäcker geradezu zum *common sense* geworden, dass eine „gute“, konstruktive Kommunikation von Arzt und Patient für die Bewältigung einer Krankheit ganz wesentlich sind. Ein anderer Gesichtspunkt kommt inzwischen hinzu:

### *c) Patientenautonomie*

Seit den 1990er-Jahren hat in die Arztethik und das Medizinrecht eine Leitidee Einzug gehalten, die man früher so pointiert nicht kannte: die Selbstbestimmung des Patienten, die Bedeutung seiner höchstpersönlichen Überzeugungen und Perspektiven, seine aktive Beteiligung, seine Partizipation an den medizinischen Entscheidungen, die ihn betreffen. Auf diese Weise ist der frühere Arztpaternalismus überwunden worden, der auch im 20. Jahrhundert jahrzehntelang dominiert hatte und der z.B. – paradoxerweise – noch bei Viktor von Weizsäcker anzutreffen war. Patienten wurden

„von oben herab“ behandelt; der Arzt entschied „für“ sie und „über“ sie. Dies ist heute nicht mehr akzeptabel. Knapp gesagt: Im alten Arztethos der Hippokrates-Schule galt der Grundsatz: *salus aegroti suprema lex* / Das Wohl des Patienten soll für den Arzt das höchste Gesetz sein. Heute ist stattdessen maßgebend: *salus ex voluntate aegroti lex* / das Wohl, so wie es sich gemäß dem Willen und der Entscheidung des Patienten darstellt, hat für den Arzt den Ausschlag zu geben.

Vor dem Hintergrund dieser Trias, des humanen Fortschritts der modernen Arztethik – gezielte Berücksichtigung einzelner Patientengruppen und das Bemühen um Nutzen für jeden Patienten / Dialog von Arzt und Patient / Patientenautonomie – ist der aktuelle technologische Fortschritt, speziell die Telemedizin und die Digitalisierung, zu betrachten. Im Folgenden werde ich die Reihenfolge etwas abändern. Als erstes spreche ich die Orientierung an Patientengruppen und am Patientennutzen an, komme danach auf das Selbstbestimmungsrecht von Patienten zu sprechen und hebe schließlich den Dialog zwischen Arzt und Patient hervor. Dies Letztere dürfte im Umgang mit Digitalisierung und Telemedizin ethisch ein springender Punkt sein.

## **5. Digitale Technologie im Licht heutiger Medizin- und Arztethik**

Zunächst sei also der erste der Gesichtspunkte aufgenommen, die ich soeben als Elemente des Fortschritts in der modernen Arztethik erwähnt hatte. Der Adressat ärztlicher Tätigkeit sind die verschiedenen Patientengruppen in ihrer Besonderheit; und von besonderem Belang sind die Sinnhaftigkeit, der Nutzen einer Behandlung für die betroffenen Patienten selbst.

### *a) Nutzenabwägung*

Im Folgenden sei unterstellt, dass potenzielle Schwachpunkte der Telemedizin zu Datensicherheit, Datenschutz, Rechtssicherheit behebbar sind. Dies vorausgesetzt, könnte die Telemedizin für manche Patientengruppen Vorteile bieten. So liegen Studien vor, denen zufolge bei Patienten mit Herzinsuffizienz durch Telemonitoring über die Hälfte der Krankenhaustage vermeidbar werde. Eine solche Entwicklung ist ökonomisch vorteilhaft, kommt vor allem aber auch den persönlichen Interessen der Patienten zugute. Ähnlich gelagert: Bei Diabetikern lasse sich durch Telemedizin das Risiko von Folgeerkrankungen senken. Aus der Schmerztherapie wird berichtet, durch regelmäßige Erhebung der Schmerzintensität via Telefon oder Internet sei der



Schmerzscore reduzierbar und das Befinden der Patienten insofern verbesserbar. Sofern solche Ergebnisse valide sind, wird man an ihnen nicht vorbeigehen dürfen. Sie belegen, dass mit Hilfe von Telemedizin zielgruppenorientiert medizinischer und persönlicher Nutzen erreicht wird.

Darüber hinaus lässt sich losgelöst vom Arzt-Patient-Verhältnis ergänzen, dass die Digitalisierung noch anderweitig für Einzelpersonen und Personengruppen Vorteile erbringen kann. So wäre an die positive Auswirkung der Vernetzung von Patientenselbsthilfegruppen zu erinnern. Via Internet werden Patienten in die Lage versetzt, sich über virtuelle *Communitys* mit anderen auszutauschen. Sicherlich ist hierzu Forschungs-, gegebenenfalls Regulierungsbedarf zu sehen. Denn virtuelle Kommunikationsabläufe können zur Desinformation, ja zur Destruktion führen. Problembeispiele wären bestimmte Suizidforen im Internet oder die Glorifizierung pathologischer Identitäten, die Verharmlosung krankhafter Verhaltensweisen oder die Übermittlung von Fehlinformationen. Dennoch: Der Austausch von Patienten mit Hilfe elektronischer Kommunikation kann emotionale Stabilisierung und *empowerment* bewirken und für sie den Eindruck verstärken, in ihrer eigenen Krankheitssituation nicht mehr ausgegrenzt und marginalisiert zu sein, was wiederum der besseren Selbstakzeptanz dient. Und um den Nutzen digitaler Technologie für bestimmte Patienten / Patientengruppen nochmals ganz anders zu veranschaulichen: Roboterassistenzsysteme besitzen das Potenzial, in Kliniken die Qualität von Operationen zu verbessern; oder speziell zugespitzt: Die Einfügung eines Chips in die Hirnrinde von Patienten mit Querschnittslähmung hat zur Folge gehabt, einem Arm wieder Beweglichkeit zu verleihen. Insofern mag man festhalten, dass Digitalisierung und Informationstechnologie – sei es in Form der Telemedizin oder in nochmals sehr viel anspruchsvolleren Anwendungsformen – für Patienten Nutzen erzielt.

In einem nächsten Schritt erörtere ich „Telemedizin und Co“ – so lautet ja der Vortragstitel, den Sie mir vorgegeben haben – unter einem zweiten Aspekt. In der heutigen Ethik und im Medizinrecht werden die Patientenautonomie, die Selbstbestimmung und die eigene, persönliche Willensbildung der Patienten in den Vordergrund gerückt. Wie sind Telemedizin und darüber hinaus die gesundheitsbezogene Digitalisierung im Allgemeinen zu beurteilen, wenn man das Kriterium des Selbstbestim-

mungsrechts von Patienten an sie heranträgt? In dieser Hinsicht werde ich freilich einige Skepsis zur Geltung bringen.

*b) Wahrung des persönlichen Selbstbestimmungsrechts*

Zunächst werfe ich einen Blick über die Telemedizin im engen Sinn hinaus. Für Patienten steht im Internet inzwischen eine Vielzahl von Gesundheitsinformationen zur Verfügung. Diese stammen von diversen Anbietern, seien es staatliche Institutionen oder Patientenorganisationen, private Stiftungen, ärztliche Einrichtungen oder Industrieunternehmen. Im Jahr 2014 sollen aus Deutschland über Google mehr als 41 Millionen Suchanfragen zu Gesundheitsfragen gestartet worden sein. Wie ist es zu kommentieren, dass Patienten – wie es heute heißt – „Dr. Google“ offensichtlich sehr häufig zu Rate ziehen?

Einerseits mag man sagen, dass die Internet-Information für den Kenntnisstand und für die Willensbildung von Patienten hilfreich sein mag. Sie werden in die Lage versetzt, sich niedrigschwellig zu informieren. Aber es sind andererseits Problempunkte vorhanden. So besteht die Gefahr, dass bei den Anbietern von Internetseiten Eigeninteressen, gar massive Eigeninteressen eine Rolle spielen – angefangen von der Produktwerbung von Pharmafirmen bis zum *disease mongering*, der künstlichen Generierung von Krankheitsgefühlen oder von Krankheitsbildern, um Absatz zu schaffen. Es kommt hinzu, dass Patientendaten kommerziell zwecks Werbung genutzt werden, wenn sich Menschen etwa auf populär werdende Fitness- oder Lifestyle-Apps und dgl. einlassen. Legt man das Ideal zugrunde, dass die gesundheitsbezogene Selbstbestimmung von Patienten möglichst rational und authentisch ausfallen soll und dass sie den *wohlverstandenen* eigenen Interessen dienen soll, dann ist zu befürchten, dass das Internet für zahlreiche Menschen ganz im Gegenteil zur „Quelle der Verwirrung“ wird und Überfremdungen, Fremdbestimmung nach sich zieht. Unter Umständen werden Patienten, die unter einer Krankheit leiden, zusätzlich in Angst versetzt. Nicht selten wird es sich so verhalten, dass sie als Laien die Qualität von Internetseiten und -informationen nicht angemessen beurteilen können. Dies gilt erst recht, weil komplexe Inhalte auf Webseiten verkürzt präsentiert werden, gemäß dem Grundsatz *KISS / Keep it short and simple*.

Fehlinformationen und Informationsverkürzungen zu medizinischen Fragen schaden der persönlichen Selbstbestimmung. Die Problematik ist ernst zu nehmen. Ich nenne

hierzu noch ein Beispiel, und zwar bewusst losgelöst vom Internet und „Dr. Google“. In dem Fall, den ich erwähne, ist dem Staat bzw. dem Gesundheitsministerium ein schwerer Vorwurf zu machen.

Im Jahr 2012 hat der Deutsche Bundestag das Transplantationsgesetz novelliert. Zuvor galt in Deutschland die sog. erweiterte Zustimmungslösung. Menschen konnten einen Organspendeausweis ausfüllen und sich hierdurch zur Organspende nach dem Hirntod bereit erklären. Sofern sie keine solche Erklärung abgegeben hatten, konnten hilfsweise ihre Angehörigen in ihrem Sinne entscheiden. Nun wollte der Gesetzgeber die Bevölkerung motivieren, in höherem Maß Organe zu spenden – ein Anliegen, das ich persönlich auch für richtig und für überzeugend halte. Zur Einführung einer Widerspruchslösung konnte sich die deutsche Politik nicht durchringen. Als Kompromiss kam es statt der vormaligen erweiterten Zustimmungslösung (oder auch komplementär zu ihr) zu der sog. Erklärungs- oder Entscheidungslösung. Seit 2012 werden alle Bürger von Staats wegen regelmäßig aufgefordert, eine Erklärung abzugeben, ob sie zur postmortalen Organspende bereit sind. Zu diesem Zweck werden sie von den Krankenkassen angeschrieben; bei Behörden liegen entsprechende Aufforderungen aus; und es sind sog. Informationskampagnen in Gang gebracht worden. All dies zielt darauf ab, dass die Bürger sich zugunsten einer Organspende äußern sollen. So weit – so gut. Was aber sehr irritiert: Die von Staats wegen durchgeführten „Kampagnen“ enthalten Verkürzungen. Sie verschweigen die Kritik, die am Hirntodkriterium immer wieder geübt wird. Zwar teile ich selbst diese Kritik, die im Gefolge von Neurologen wie Alan Shewmon erhoben wird, ausdrücklich nicht. Trotzdem halte ich es für nicht vertretbar, wenn in den staatlich approbierten Informationskampagnen verschwiegen wird, dass diese Kritik faktisch vorhanden ist. Die Bevölkerung hat ein Anrecht auf korrekte und auf umfassende Information, gerade auch zu Gesundheitsfragen. In unserem Zusammenhang der springende Punkt: Wenn sogar der Staat das Postulat der korrekten Information unterläuft, kann nicht verwundern, dass in den zahllosen Internetpräsentationen zu Gesundheitsthemen Verkürzungen, Verfälschungen, Irreführungen anzutreffen sind. Der moderne ethische und rechtliche Fortschritt, die Achtung vor der wohlverstandenen Selbstbestimmung von Patienten, wird hierdurch konterkariert.

Dies führt zu dem nun folgenden Aspekt und zu meiner Schlussfolgerung:

---

### *c) Arzt-Patient-Kommunikation als Rahmen für digitalisierte Medizin*

Es liegt ganz wesentlich an Ärzten, gesundheitsbezogene Internetangebote oder Optionen wie die Telemedizin konstruktiv in ihren Umgang mit Patienten einzubinden. Essenziell sind die ärztliche Information, einschließlich der Richtigstellung der Informationsflut aus dem Internet, sowie die Aufklärung und die Beratung. Anders gesagt: Telemedizinische Offerten, etwa Überwachung bei Diabetes oder während der Schwangerschaft, sind im Rahmen der Arzt-Patient-Beziehung als rein instrumentell einzustufen. In der Diktion Bubers: Die Nutzung des „Es“, heute: der Telemedizin, ist in das Grundwort „Ich-Du“, in die Arzt-Patient-Kommunikation einzubeziehen.

Um das Anliegen zu unterstreichen, sei darauf hingewiesen, dass heutzutage sog. alternativmedizinische Behandlungen recht populär sind. Zahlreiche Patienten sehen in Homöopathie, Alternativ- oder Komplementärmedizin eine ganzheitliche Alternative zur technologiegetriebenen konventionellen Medizin, der „Schulmedizin“. Die Attraktivität von Alternativmedizin beruht wesentlich auf den Kontexteffekten, das heißt aus dem Zeitaufwand des Arztes, den er für den Patienten aufwendet, auf seiner Gesprächsbereitschaft, seiner affektiven Zuwendung. Wissenschaftlich ist Alternativmedizin stark hinterfragbar und bedarf der äußerst kritischen Aufarbeitung. Aber man kann aus guten Gründen der Meinung sein, dass die Schulmedizin die „weiche“, kommunikative Dimension dieses Typus medizinischer Angebote ihrerseits rezipieren sollte. Es geht dann um Empathie des Arztes, seine psychosoziale Kompetenz, sein Zuhörenkönnen, seine Bereitschaft zu antworten, um die Verständlichkeit und Gründlichkeit seiner Information, um Zeit und Geduld für den Patienten, aber auch um Faktoren wie den Blickkontakt zum Patienten, das heißt neben der verbalen um die non-verbale Kommunikation. Solche „weichen“ Faktoren stellen keinen Gegensatz dazu dar, dass Patienten sich über Internet informieren – „Dr. Google“ ist als Faktum zu akzeptieren –, und hieraus ergibt sich kein Einwand gegen Telemedizin. Vielmehr ist es erforderlich, die Neuerungen human zu bewältigen. Insofern gilt es, neue Medien und Telemedizin in die Patienteninformation, -beratung und -begleitung zu integrieren. Dabei sind konkret zahlreiche Einzelaspekte zu berücksichtigen: in unserer pluralistischen Gesellschaft die kulturelle Prägung von Patienten oder ihr Bildungsstand, der eine adäquate Nutzung von Informationstechnologie erleichtern oder erschweren kann. Das Arztgespräch sollte Patienten in die Lage versetzen, mit digitalen Informa-

tionen oder telemedizinischen Anwendungen im Sinn ihrer persönlichen Selbstbestimmung, ihrer wohlverstandenen Interessen und ihrer Lebensperspektiven möglichst konstruktiv umzugehen.

Vor diesem Hintergrund sei abschließend nun noch einmal die Frage erörtert:

## **6. Gefährdet der aktuelle technische Fortschritt den modernen ethischen Fortschritt in der Arzt-Patient-Beziehung?**

Mit dem zuletzt Gesagten habe ich an meine Eingangsbemerkung angeknüpft, der gemäß das humane Arzt-Patient-Verhältnis heutzutage ein gewichtiges kulturelles Gut darstellt. Auch angesichts der Digitalisierung wird es auf absehbare Zeit dabei bleiben, dass Ärzte es sind, die Diagnosen stellen und Therapien fachlich verantworten. Sie können insoweit nicht von Robotern ersetzt werden. Das trifft auch dann noch zu, wenn selbstlernende Roboter konstruiert werden und wenn darüber diskutiert wird, ob Roboter in Zukunft als „elektronische Personen“ eingestuft werden sollen. Im 19. Jahrhundert war für Unternehmen oder Organisationen juristisch die Konstruktion der juristischen Person geschaffen worden, in Analogie zur menschlichen Person; jetzt zeichnet sich ab, dass Roboter als elektronische Person gelten könnten. Dennoch bleibt die Interaktion im Sinn der authentischen, ganzheitlichen Ich-Du-Beziehung, des interpersonalen Dialogs, Menschen in ihrer Leiblichkeit vorbehalten. Nach wie vor verhält es sich so, dass ein Rechner keine Diagnose zu erstellen vermag, die sich auf den Patienten in seiner personalen, lebensweltlichen Biographie bezieht, sondern ein Kalkül statistischer Wahrscheinlichkeiten vornimmt. Die ärztliche „Kunst“ bzw. die Rolle des Arztes als eines personalen Gegenübers zum Patienten werden durch den Technologieschub insofern sogar verstärkt bedeutsam.

Dennoch sollte man nicht davor die Augen verschließen, dass das Arztbild und das Arzt-Patient-Verhältnis zurzeit zu trudeln beginnen. Eine Ursache ist im wesentlich arztextern angesiedelt, nämlich die Ökonomisierung im Gesundheitswesen. In der Konsequenz erwächst für Patienten der Eindruck, der Arzt sei weniger der Ansprechpartner für das Gut seiner Gesundheit; vielmehr wird er als Rationierungsagent des Gesundheitssystems wahrgenommen. In ein solches Bild fügen sich im Problemfall weitere Bausteine ein. Ein Beispiel bieten die aktuellen Berichte, Krankenkassen seien im Blick auf Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds daran interessiert, Patienten manipulativ bestimmte Krankheitsbildern zuzuschreiben, und Ärz-

te hätten sich zu entsprechenden Abrechnungsangaben verleiten lassen. Insoweit gerät das Arztbild aus medizinexternen Gründen der Ökonomisierung und Rationierung unter Druck.

Daneben sind medizininterne Faktoren zu sehen. Nicht nur Pharmafirmen oder sonstige Anbieter können versucht sein, ein *disease mongering* zu betreiben, Krankheitsbilder neu zu erzeugen und das Bedürfnis nach zusätzlichen Therapien zu wecken, die möglicherweise bedenklich sind, sondern auch Ärzte. In diesen Problemhorizont ist meines Erachtens beispielsweise ein neues medizinisches Angebot einzuordnen, das spektakuläre Züge trägt, nämlich die Uterustransplantation mit Embryotransfer.

Einerseits sind reproduktionsmedizinische Therapien wie die IVF oder die PID inzwischen zum Standard geworden; sie sind gut erprobt und kommen zahlreichen Patientinnen bzw. Kinderwunschpaaren zugute. Seit vielen Jahren ist es überfällig, dass die Bundesrepublik Deutschland ihre restriktive Gesetzgebung zur Fortpflanzungsmedizin liberalisiert.

Andererseits besteht zu ganz bestimmten Angeboten der Reproduktionsmedizin aber kritischer Diskussionsbedarf. Im Jahr 2014 gelang es erstmals in Schweden, ein Kind zur Welt zu bringen, das in einem transplantierten Uterus ausgetragen worden war. Im Jahr 2016 ist erstmals in Deutschland, nämlich in Tübingen, eine Uterustransplantation durchgeführt worden, und zwar auf der Basis einer Uteruslebenspende. Es bedarf der Klärung, ob eine Uterusübertragung aufgrund einer Lebendorganspende mit dem deutschen Transplantationsgesetz überhaupt vereinbar ist. Doch davon abgesehen: Das Verfahren ist hochexperimentell. Für die potenzielle Schwangerschaft sind Präeklampsie, Frühgeburtlichkeit, Kaiserschnitt zu erwarten. Der im gespendeten Uterus heranwachsende Fetus ist den Immunsuppressiva ausgesetzt, die der Frau aufgrund des Fremdorgans verabreicht werden. Nach derzeitigem Stand sind Langzeitfolgen bzw. -schäden für ein eventuell geborenes Kind offensichtlich zu wenig erforscht. Es kommen psychosoziale Aspekte hinzu: Falls die Uterusspenderin die Mutter der austragenden Frau sein sollte, wäre sie einerseits die Großmutter des Kindes, andererseits qua Uterusspende in gewisser Weise seine Mutter. Im Einzelfall wäre zumindest zu klären, wie günstig eine derartige Konstellation psychosozial und familiär für das Heranwachsen eines Kindes ist. Was die subjektive, persönliche Dimension solcher medizinischer Optionen anbelangt, sind auch Interviews von Inte-

resse, die Frauen ohne Gebärmutter gegeben haben. Sie legen dar, warum sie sich einen fremden Uterus einpflanzen lassen wollen. Liest man diese Interviews, kann der Verdacht aufkommen, dass es sich hier um eine schwierige Spielart der wunsch-erfüllenden Medizin handelt und dass bestimmte Wünsche vonseiten der Medizin überhaupt erst geweckt worden sind. Dies ist besonders dann bedenklich, sofern Dritte betroffen sind und sofern dritten Personen Schäden drohen – hier dem potenziellen Kind, das unter Inkaufnahme von Immunsuppressiva nach extremem, sehr kostenträchtigen medizinischem Aufwand geboren werden soll. Wenn Mediziner hinsichtlich solcher Behandlungsangebote zu früh und zu weit vorpreschen, ist dies für das Vertrauen in die Arztrolle und in die Arztverantwortung abträglich.

Insofern sei abschließend nochmals das Fazit gezogen: Für Patienten stellt Gesundheit ein sensibles, gewichtiges Gut dar. Daher ist die Verlässlichkeit der Arzt-Patient-Beziehung kulturell von so hohem Belang. Sie gerät zurzeit unter Druck, sei es – wie zuletzt angedeutet – durch ambivalente Therapieangebote, die Mediziner selbst ins Spiel bringen, oder aus medizinexternen politisch-strukturellen Gründen, etwa der Ökonomisierung. Bezogen auf Telemedizin und Digitalisierung wird es darauf ankommen, die Innovationen funktional, instrumentell zu sehen und sie in die Arzt-Patient-Beziehung zu integrieren. Sozialethisch, sozialpolitisch wird kritisch darauf zu achten sein, dass Telemedizin von der Politik nicht als Alibi genutzt wird, Personal einzusparen und die ärztliche Versorgung auf dem Land weiter auszudünnen. Gerade in der derzeit teilweise erodierenden Gesellschaft und Rechtsordnung sollte die Arzt-Patient-Beziehung ein Kulturgut sein, das zur psychosozialen Stabilisierung beiträgt.