

Die Wahrheit am Krankenbett

Holger Eschmann

In diesem Beitrag geht es um ein Thema, das seit dem Beginn der Geschichte des ärztlichen Handelns intensiv bedacht wird. Es ist die Frage, ob einem schwerkranken Menschen die Wahrheit über seinen Zustand gesagt werden soll oder nicht. Auf der einen Seite ist das eine fachwissenschaftlich-intellektuell zu verhandelnde Frage, eine Frage der philosophischen oder theologischen Ethik, der Medizin, der Psychologie und der Rechtswissenschaft. Zum anderen ist das aber auch eine ganz persönliche Frage, ein Thema, das vermutlich jedem Menschen in seinem Leben und Sterben begegnen wird – sei es auf der Seite derer, die als Ärzte, Seelsorgerinnen oder Angehörige eine schlechte Nachricht mitzuteilen haben, oder derer, denen selbst eine solche Nachricht vermittelt werden muss. Im Rahmen dieses Beitrags stehen die ethische Reflexion und das seelsorglich-pastorale Handeln im Vordergrund. Aber vielleicht regt die Beschäftigung mit diesem Thema auch an, sich ganz persönlich mit der Frage auseinanderzusetzen, wie man denn selbst als von der schlechten Nachricht betroffene Person damit umgehen würde. Beide Aspekte – das Professionelle und das Persönliche – kann man ohnehin nicht ganz auseinander halten, wie wir noch sehen werden.

1. Was ist Wahrheit?

Das Stichwort Wahrheit im Titel des Beitrags nötigt dazu, vorweg einige Bemerkungen darüber zu machen, von welchem Wahrheitsbegriff bei dem Thema »Wahrheit am Krankenbett« ausgegangen wird.

Da ist zum einen die Wahrheit im Sinne der Übereinstimmung einer Aussage mit der sichtbaren und messbaren Wirklichkeit. Diesen Wahrheitsbegriff kann man *ontologische Wahrheit* oder *Korrespondenzwahrheit* nennen. Es geht dabei um eine – klassisch gesprochen – »conformitas« oder »adaequatio rei et intellectus«, also eine Übereinstimmung zwischen der (Tat-)Sache und dem Erkennen, dem Verstehen und Empfinden. Auf unser Gebiet der Wahrheit am Krankenbett übertragen, wäre dies die Wahrheit der Fieberkurve, die Wahrheit der Blutwerte, des gemessenen Blutdrucks und des histologischen Befundes. Daneben – aber nicht davon losgelöst – ist bei unserer Fragestellung die sogenannte *personenbezogene Wahrheit* oder auch *existentielle Wahrheit* von Bedeutung. Diese Form der Wahrheit kann sich auch auf etwas beziehen, was

nicht messbar, beobachtbar oder im Sinne der Korrespondenzwahrheit verifizierbar ist. Auf unsere Frage nach der Wahrheit am Krankenbett bezogen, ist es für einen kranken Menschen nicht nur wichtig, dass ihm gesagt wird, wie es faktisch-medizinisch um ihn steht. Das ist natürlich auch notwendig, aber hier würde man sich noch stark im Rahmen der ontologischen Wahrheit bewegen. Darüber hinaus geht es für den kranken Menschen auch darum, was diese Krankheit für sein Leben bedeutet. Es geht darum, wie er damit zurechtkommt. Es geht um Vertrauen und um die Beziehung zwischen dem Menschen, der die Wahrheit sagt, und dem Menschen, der sie hört. Bei der personbezogenen Wahrheit geht es weniger um die Exaktheit der Erklärung eines Befundes, sondern stärker um einen Beziehungsaufbau, um einen Bund der Solidarität zwischen der behandelnden oder sorgenden Person und dem kranken Menschen. Es geht nicht nur um das Sagen von Wahrheit, sondern auch um das Verwirklichen, um das Tun von Wahrheit und darum, dabei dem anderen und sich selbst treu zu bleiben. Zusammenfassend lässt sich mit dem Würzburger katholischen Theologen, Philosophen und Psychologen Heinrich Pompey sagen: Es geht bei der Frage nach der Wahrheit am Krankenbett um etwas Ganzheitliches, um ein Zusammenspiel von »medizinisch-somatischen, ... psychisch-seelischen, sozial-zwischenmenschlichen und geistig-transzendenten« Wahrheiten des betroffenen Menschen, die »in einem interaktionalen Zusammenhang« stehen und »die jede Teilaussage mitbestimmen und relativieren«¹.

2. Zum Für und Wider der Patientenaufklärung

Die ethischen Überzeugungen in Bezug auf unser Thema haben sich in der Geschichte des ärztlichen Handelns stark verändert. Grundsätzlich kann man sagen, dass sich ein ehemals paternalistisches Verständnis der ärztlichen Rolle in Richtung eines partnerschaftlichen Umgangs zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in entwickelt hat. Bestimmte früher der Arzt/die Ärztin, was für den Patienten/die Patientin gut war – auch im Hinblick auf das Mitteilen oder Verschweigen einer schlechten Krankheitsprognose –, tritt heute stärker das Selbstbestimmungsrecht des kranken Menschen in den Vordergrund. Beide Positionen haben ihre Stärken und Schwächen. Man kann den in den hippokratischen Schriften aus dem 4. Jahrhundert vor Christus zu lesenden Rat auch heute menschlich durchaus nachvollziehen: »Vor dem Kranken sind die meisten Dinge zu verbergen. Ihm sind mit Freude und Heiterkeit die erforderlichen Ermutigungen zu geben und ihm ist nichts anzudeuten von dem,

1 Heinrich Pompey, Die therapeutische Wirkung der »Wahrheit am Krankenbett«, in Heilen 14 (1994), 45–56, dort 46.

was kommen wird oder ihn bedroht. Denn Vielen ging es deswegen schlechter, weil man ihnen solche Vorhersagen gemacht hat.«² Ganz ähnlich formulierte es auch Johann Wolfgang von Goethe in seinem West-östlichen Diwan Anfang des 19. Jahrhunderts in folgendem Sinnspruch:

Wofür ich Allah höchlich danke?
Daß er Leiden und Wissen getrennt.
Verzweifeln müsste jeder Kranke,
Das Übel kennend, wie der Arzt es kennt.³

Diese Auffassung, dass das Nichtwissen um die Schwere der Erkrankung dem Wissen darüber in der Regel vorzuziehen sei, wandte sich im 20. Jahrhundert geradezu ins Gegenteil. Dafür gab es vor allem vier Gründe.

(1) Die Möglichkeiten der ärztlichen Heilkunst wuchsen im Zuge der allgemeinen naturwissenschaftlichen und technischen Entwicklung in den letzten hundert Jahren enorm an. Viele Krankheiten, die früher unausweichlich den Tod bedeutet hätten, wurden z.B. mit der Entdeckung des Penicillins und der Entwicklung der modernen Chirurgie heilbar. Damit schwand auch mehr und mehr die Hilflosigkeit und Sprachlosigkeit angesichts bedrohlicher Erkrankung.

(2) Der ärztliche Gesinnungswandel hin zu einer umfassenden Information der Patienten wurde durch einige populär gewordene juristische Urteile beschleunigt, bei denen Ärzte wegen mangelnder Aufklärung des Patienten verurteilt worden waren. »Die Angst der Ärzte vor Klagen wegen falscher Behandlung war fraglos ein bedeutsamer Motor für die zunehmende Aufklärung von und Aufrichtigkeit gegenüber Patienten.«⁴

(3) Ein dritter Grund sind empirische Untersuchungen, die zeigen, dass die Patienten im Allgemeinen besser mit einer schweren Diagnose umgehen können, als von der Ärzteschaft (und von der allgemeinen Meinung) bisher vermutet wurde. Die meisten Patienten wünschen eine umfassende ärztliche Aufklärung. Auch konnten keine erhöhte Suizidrate oder andere negativen Folgen nach einer solchen Aufklärung festgestellt werden.

(4) Schließlich entwickelte sich aus dem wachsenden Wunsch der Patienten und Patientinnen nach Mündigkeit und Autonomie ein zunehmend partnerschaftliches Verhältnis zwischen Arzt und Patient, in dem gemeinsam über die bedrohliche Krankheit gesprochen und über mögliche Therapieformen

2 Hippokrates, *Decorum XVI*.

3 Johann Wolfgang von Goethe, Berliner Ausgabe. *Poetische Werke* [Bd. 1–16], Bd. 3, Berlin 1988, 74–75.

4 Franz Josef Illhardt (Hrsg.), *Die ausgeblendete Seite der Autonomie. Kritik eines bioethischen Prinzips*. Berlin u.a. 2008, 23.

entschieden wird. Natürlich hat der Arzt/die Ärztin einen deutlichen Wissens- und Erfahrungsvorsprung in Bezug auf die Krankheit. Aber die erkrankten Menschen werden in dem Gespräch als Experten ihrer je individuellen Lebensbedingungen, Gefühle und Wünsche ernstgenommen, was eine hilfreiche Kooperation ermöglicht. Gerade dieser letzte Punkt zeigt auf, dass ärztliche Aufklärung mit dem Aufbauen eines Vertrauensverhältnisses zwischen Behandelnden und Behandelten verbunden sein muss. Je stärker das gegenseitige Vertrauen ist, desto offener kann über die Krankheit und ihre Therapiemöglichkeiten gesprochen werden.

Wie sehr sich die Verhältnisse bezüglich unserer Fragestellung in den letzten Jahrzehnten verändert haben, zeigen empirische Untersuchungen: »Noch in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts war es durchaus üblich, Patienten mit schweren, lebensbedrohlichen Erkrankungen nicht über ihre Erkrankung aufzuklären: So fand Oken (1961) in einer Studie, dass 90% der Ärzte ihre Tumorpatienten nicht über die Diagnose aufklären. Knapp 20 Jahre später hatte sich diese Einstellung ins Gegenteil verkehrt: 97% der befragten Ärzte gaben an, dass sie Patienten mit malignen Tumoren in der Regel über ihre Diagnose aufklären (Novack et al. 1979).«⁵ Diese Veränderung schlägt sich auch in der Biomedizinkonvention des Europarates von 1999 nieder, in der es heißt: »Jeder hat das Recht auf Auskunft in Bezug auf alle über seine Gesundheit gesammelten Angaben. Will jemand jedoch keine Kenntnis erhalten, so ist dieser Wunsch zu respektieren.«⁶

Will man aus dem bisher Erörterten ein Fazit ziehen, dann wird man aus ethischen Gründen heute in der Regel versuchen, am Krankenbett möglichst wahrhaftig zu sein. Mit der in einer vertrauensvollen Umgebung übermittelten Wahrheit kann ängstlichen Spekulationen bei den Patienten und Patientinnen begegnet und die therapeutische Zusammenarbeit – und damit die Arzt-Patientenbeziehung überhaupt – gestärkt werden. Das schließt allerdings nicht aus, dass unter bestimmten Umständen auch einmal belastende Fakten verheimlicht oder auf spätere Gespräche verschoben werden können, wenn das Wissen darum dem Patienten schaden würde. Darauf komme ich im Schlusskapitel noch einmal zu sprechen.

5 Christian Hick, *Klinische Ethik*, Heidelberg 2007, 21.

6 Art 10 Abs. 2 (Inkraftsetzung: 1. Dezember 1999).

3. Wie sage ich die Wahrheit am Krankenbett?

Aus der anfangs getroffenen Unterscheidung zwischen ontologischer und personenbezogener Wahrheit und aus den historischen und ethischen Überlegungen heraus ergeben sich bestimmte Kriterien für das »Wie« der Vermittlung der Wahrheit am Krankenbett.

Robert Buckman, ein Mediziner an der Universität von Toronto, hat das SPIKES-Modell entworfen.⁷ Es ist das international wohl bekannteste Programm, um sogenannte schlechte oder bedrohliche Nachrichten im Bereich der Medizin in sechs Schritten auf eine sensible und gleichzeitig wahrhaftige Weise zu übermitteln. Das Wort SPIKES setzt sich zusammen aus den Anfangsbuchstaben der einzelnen Gesprächsschritte:

- S** = **Setting / Situation**
- P** = **to Perceive / Patienten-Vorwissen**
- I** = **Invitation / Informationsbedarf**
- K** = **Knowledge / Kenntnisvermittlung**
- E** = **Empathy & Exploration / Exploration und Emotionen**
- S** = **Strategy & Summary / Strategie und Zusammenfassung**

Buchstabieren wir diese sechs Schritte kurz durch. Sie können übrigens leicht auf andere Berufsgruppen oder Notsituationen übertragen werden, zum Beispiel auf das Überbringen einer Todesnachricht nach einem Unfall in der Notfallseelsorge.

S: Mit Setting oder Situation ist der Bereich gemeint, den die die Nachricht übermittelnde Person möglichst umfassend schon vor dem Gespräch und zu Gesprächsbeginn abklärt. Es geht um äußere Faktoren wie ein ausreichendes Zeitfenster für das Gespräch, einen geeigneten Ort, an dem man nicht gestört wird und der sich für einfühlsame Gespräche eignet. Das Umfeld Krankenhaus oder Arztpraxis ist besonders zu bedenken, wenn das Gespräch dort stattfindet. »Die in Kliniken heute oft noch dominante Einstellung moderner Medizin zum Tod ist gekennzeichnet durch Todesabwehr und Todesverdrängung und auch durch die Tendenz, Sterben und Tod auf ein biologisch-technisches Problem zu reduzieren«, konstatiert der frühere Luzerner

7 Vgl. zum Folgenden Robert Buckman, *How to Break Bad News. A Guide for Health Care Professionals*, Baltimore 1992; Peter Langkafel/Christian Lüdke, *Breaking Bad News. Das Überbringen schlechter Nachrichten in der Medizin*, Heidelberg u.a. 2008.

Chefarzt Franz Nager in einem Vortrag auf einem medizinethischen Symposium zum Thema.⁸ Diese Atmosphäre beeinflusst die im Krankenhaus Beschäftigten und auch die Patient/inn/en, die sich deshalb zum Beispiel eventuell nicht trauen nachzufragen, wenn sie etwas nicht verstanden haben.

Bei diesem ersten Schritt geht es weiter darum, sich den oder die Teilnehmer/in des Gesprächs vorzustellen: Führe ich das Gespräch nur mit der betroffenen Person oder auch mit Angehörigen? Was für eine Person habe ich vor mir? Ist sie jung oder alt, mehr oder weniger gebildet, erst kürzlich erkrankt, oder gibt es schon eine lange Leidensgeschichte?

Es ist zudem wichtig, über sich selbst, die eigene Rolle und die eigene Einstellung zum Tod nachzudenken, damit es nicht zur Übertragung der eigenen Ängste und der eigenen Abwehr auf das Gegenüber kommt. Es gibt empirische Studien, die zeigen, dass sich die Schrittgeschwindigkeit beim Pflegepersonal verlangsamt, wenn sie in das Zimmer eines schwer kranken oder sterbenden Menschen gehen. Im ungünstigen Falle signalisiert das Abwehr, im günstigen Falle Besonnenheit. Jedenfalls verändert sich etwas angesichts des Todes. Weiter ist zu fragen, wie es um meine Angst steht, eine schlechte Nachricht zu überbringen? Nicht ohne Grund gibt es viele Mythen und Erzählungen, in denen der Überbringer der schlechten Nachricht stellvertretend für die Ursache des Übels bestraft wird.

Die Situation erfordert auch, sich die Grundregeln der Gesprächsführung bewusst zu machen. Dazu gehören vor allem die drei von Carl Rogers formulierten Therapeutenvariablen, die heute als Grundlage nahezu jeder Therapie-richtung und Seelsorgekonzeption gelten: Kongruenz oder Echtheit der eigenen Person, Empathie oder Einfühlungsvermögen in das Gegenüber und Akzeptanz oder Wertschätzung des Gesprächspartners oder der Gesprächspartnerin.

P: Das Patientenwissen abklären. Durch offene Fragen (zum Beispiel: »Was wissen Sie bereits über Ihre Erkrankung?« oder »Was erwarten Sie von der nächsten Zeit?«) sollte geklärt werden, auf welchem Informationsstand sich der Patient und seine Angehörigen befinden. Das ist notwendig, um geeignete Anknüpfungspunkte für das Gespräch zu finden und um zu erspüren, was das Gegenüber von seiner Situation bereits verinnerlicht hat. Wichtig ist auch das Herausfinden von Fehlinformationen und Missverständnissen zum Beispiel durch medizinisches Fachvokabular, das nicht erklärt wurde, oder durch manches gut gemeinte medizinische oder auch theologisch-weltanschauliche Halbwissen von Freunden und Angehörigen. In dieser Phase gilt

8 Franz Nager, Der Arzt angesichts Sterben und Tod. Vortrag auf dem 1. Symposium Medizin und Ethik am 1–4. Februar 1998 in Davos/Schweiz. Der Vortrag ist zugänglich unter: http://www.medizin-ethik.ch/publik/arzt_sterben.htm (Zugriff am 29.07.2014).

es, ebenso wie bei den nächsten Schritten des Gesprächs, auch auf die non-verbale Signale des Gegenübers zu achten. Der Aufbau von Vertrauen ist für den weiteren Verlauf des Gesprächs entscheidend.

I: In einem dritten Schritt geht es darum, den Informationsbedarf des Gegenübers, sein Bedürfnis nach Aufklärung über seine Situation einzuschätzen. Blockt das Gegenüber ab? Wie detailliert will es über die eigene gesundheitliche Situation Bescheid wissen? Ziel wäre es, den kranken Menschen möglichst aktiv in das Gesprächsgeschehen und in die Beratungen über mögliche Behandlungen einzubeziehen. Es kann allerdings auch sein, dass anwesende Angehörige abblocken und die Wahrheit nicht hören wollen. Es geschieht oft bei Krankenbesuchen, dass der kranke Mensch selbst eine Ahnung der Schwere seiner Situation äußert und Gesprächsbereitschaft signalisiert, aber Angehörige alles abwehren. Sind vielleicht mehrere Gespräche notwendig, weil die Informationen in einem Gespräch kaum zu ertragen sind? Welche Dimensionen der »Wahrheit« sind meinem Gegenüber wichtig – sind es Details über die Erkrankung oder eher Fragen, wie die Erkrankung gemeinsam angegangen werden kann? Die meisten Menschen erwarten vom Arzt keine Belehrung, sondern Hilfe und Beistand. Das schließt zwar die Information über eine Erkrankung nicht aus, gibt ihr aber eine bestimmte Ausrichtung. Eine differenzierte Fragestellung wäre auch zum Beispiel: »Wollen Sie informiert werden, falls sich die Situation verschlechtert?« Hier wäre es wichtig zu erspüren, wie tragfähig das Gegenüber in der momentanen Situation ist und ob und wie es weltanschaulich oder spirituell getragen ist.

K: Der vierte Schritt betrifft die eigentliche Kenntnisvermittlung. Bewährt hat sich hier bei wirklich bedrohlichen Informationen, mit einer Vorankündigung, einer Art Warnschuss zu beginnen, zum Beispiel mit Sätzen wie: »Ich habe leider keine gute Nachricht für Sie« oder »Ich fürchte, es sieht sehr ernst aus«. Darauf sollte eine Pause folgen, um dem Gegenüber Zeit zu Reaktionen zu lassen. Die Mitteilung der »Wahrheit« sollte in kleinen Einheiten und mit ausreichend Pausen geschehen, um ein Verarbeiten der Information und Rückfragen zu ermöglichen. Wichtig ist auch das Übersetzen von Fachterminologie in eine dem Gegenüber verständliche und adäquate Sprache. Das schließt mit ein, dass die Krankheit nicht banalisiert und das Lebensschicksal nicht schöneredet wird. Phrasen wie »Das wird schon wieder« oder auch umgekehrt »Es gibt nichts mehr, was wir für Sie tun können« sollten vermieden werden. Dem Gegenüber sollte so viel Kenntnis über seine gesundheitliche Situation vermittelt werden, wie er benötigt, um sich seiner Krankheit und den möglichen Optionen der Behandlung gegenüber verhalten zu können. Zu viel Detailwissen kann belasten und menschliche Nähe mindern.

E: Emotionale Reaktionen sollten zugelassen und nicht abgeblockt werden. Aus der Sterbeforschung wissen wir von typischen Reaktionen angesichts des nahen Todes wie Angst, Nicht-wahr-haben-Wollen, Zorn, Verhandeln, Depression und Zustimmung. Diese Reaktionen müssen nicht alle und auch nicht in bestimmter Reihenfolge vorkommen, aber wo es der Fall ist, ist es wichtig, dass sie Raum finden. Um das Äußern von Gefühlen anzuregen, kann man zum Beispiel nach den größten Sorgen des Gegenübers fragen und ihm dann ausreichend Zeit zur Antwort geben. Das Äußern von Emotionen ist nachweislich einer der wichtigsten Schlüssel für die Zufriedenheit des kranken Menschen mit dem Gespräch. Gerade hier sind die schon angesprochenen Therapeutenvariablen von Carl Rogers wichtig.

S: Am Ende des Gesprächs sollten eine Zusammenfassung der wichtigsten Gesprächsinhalte und eine Strategie für die Zukunft stehen. Es sollte keine schlechte Nachricht ohne gute Nachrichten vermittelt werden. Behandlungsmöglichkeiten sollten aufgezeigt und erklärt werden. Hilfe und Unterstützung sollte zugesagt werden – und sei es bei schwerer Diagnose auch nur die Zusicherung palliativmedizinischer Versorgung, wenn es keine Aussicht auf Heilung mehr gibt. Dann kann immer noch an die Stelle der Hoffnung auf Heilung die Hoffnung auf ein fachlich und menschlich gut begleitetes Sterben treten. Wichtig ist aber auch, dass keine unrealistischen Hoffnungen gemacht werden. Dem kranken Menschen sollte nach dem Gespräch zugesichert werden, dass in den nächsten Stunden jemand in der Nähe ist, der aufkommende Fragen beantworten kann.

4. Fazit

Gelingt das Gespräch über die Wahrheit am Krankenbett, dann hat dies für die Lebensqualität der Patienten und Patientinnen erhebliche Konsequenzen. Vor allem das sogenannte *Coping* (Richard Lazarus), also der Umgang mit der Krankheit und ihren Folgen, wird nach Studien mit Krebspatienten und -patientinnen signifikant dadurch verbessert. Zudem wollen heute – wie bereits erwähnt – die meisten Patienten und Patientinnen (nach empirischen Studien zwischen 70 und 100 %) über ihre Erkrankung Bescheid wissen. Auch juristisch gilt es inzwischen als schwerer Behandlungsfehler, wenn der kranke Mensch über einen bedrohlichen Befund, der Anlass zu umgehenden ärztlichen Maßnahmen gibt, nicht aufgeklärt wird. Eine juristische Ausnahme gäbe es dann, wenn infolge der Information über die Erkrankung eine ernste Gesundheitsschädigung zu erwarten wäre – etwa bei suizidgefährdeten Menschen, starker Traumatisierung, drohendem Herzinfarkt, oder wenn die von der Krankheit Betroffenen es nicht wollen. Das muss respektiert werden.

Mit Prognosen über den Verlauf der Krankheit, die ja immer auf statistischen Wahrscheinlichkeiten beruhen, sollte bei der Wahrheit am Krankenbett vorsichtig und sensibel umgegangen werden. Es werden ja nicht prognostisch-statistisch determinierte Krankheiten behandelt, sondern individuelle, kranke Menschen, die sich psychisch, sozial, geistig und hinsichtlich der eigenen Selbstheilungskräfte sehr unterschiedlich verhalten können.

Ein wichtiges Thema bei der Frage der Wahrheit am Krankenbett ist das von Distanz und Nähe. Es darf bei aller notwendigen und gesunden Distanz durchaus die eigene Mitbetroffenheit des Arztes oder der Seelsorgerin im Gespräch mitschwingen. Letztlich sitzen alle Menschen angesichts des Faktums des Todes im selben Boot. Je schwieriger eine Nachricht ist, desto wichtiger wird das Vertrauen und damit die Beziehung zwischen den Behandelnden und Behandelten. Wer allerdings häufiger schlechte Nachrichten zu überbringen hat, sollte psychohygienische Strategien entwickeln, um sich nicht angesichts des schwer Tragbaren auf Dauer zu überlasten. Manchmal kann man diese Belastung nicht mit sich selbst ausmachen, sondern braucht die Hilfe anderer dazu – zum Beispiel durch Supervision oder Fallbesprechungsgruppen.

Ein wichtiger theologischer Grund für die Aufklärung des kranken Menschen über seine Situation ist die Notwendigkeit der Einsicht in die eigene Begrenztheit. Der bereits erwähnte Theologe und Psychologe Heinrich Pompey schreibt, dass ein reiches und sinnvolles Leben ohne das Stehen zu der eigenen Wahrheit nicht möglich ist. »Erst wenn es einem kranken Menschen gelingt, das Ja z.B. zur unabänderlichen Wahrheit einer lebenslänglichen körperlichen Schädigung wie z.B.: künstliche Niere, Herzschrittmacher, Verlust eines Beines, Zuckerkrankheit, Alkohol-Unverträglichkeit usw. zu sprechen und so diese bittere Lebenswahrheit als Realität anzunehmen, wird er seine neuen Lebensmöglichkeiten sehen, entdecken, entfalten und ausbauen können. Sein Leben ist nicht mehr durch das Faktum des Leids blockiert, sondern frei für neue Überlegungen.«⁹ Ein Leben, in dem man vor sich selbst und vor dem Leiden wegläuft, führt zu einem neurotischen Kreisen um sich selbst, das die Lebensqualität und Reifung mindert. Psalm 90,10 drückt dies so aus: »Herr, lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden.«

Es spricht also viel dafür, am Krankenbett als Überbringende und als Hörende bedrohlicher Nachrichten wahrhaftig zu sein. Zumindest auf der Seite der Überbringenden sollte die Wahrheit mit Liebe verbunden sein, gemäß Epheser 4,15: »Lasst uns wahrhaftig sein in der Liebe.« Oder wie Max Frisch

9 Heinrich Pompey, Die therapeutische Wirkung der »Wahrheit am Krankenbett«, a.a.O., 48.

in einem seiner Tagebücher schreibt: »Man sollte dem Anderen die Wahrheit wie einen Mantel hinhalten, daß er hineinschlüpfen kann, und sie ihm nicht wie einen nassen Lappen um die Ohren schlagen.«¹⁰ Eine so vermittelte Wahrheit wird nicht nur den Empfänger sondern auch den Übermittler verändern und reifen lassen.

Weiterführende Literatur:

Gian Domenico Borasio, Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen, München 2013.

Edlef Bucka-Lassen, Das schwere Gespräch. Einschneidende Diagnosen menschlich vermitteln, Köln 2005.

Robert Buckman, How to Break Bad News. A Guide for Health Care Professionals, Baltimore 1992.

Christian Hick (Hg.), Klinische Ethik, Heidelberg 2007.

Peter Langkafel/Christian Lüdke: Breaking Bad News. Das Überbringen schlechter Nachrichten in der Medizin, Heidelberg/München/Berlin 2008.

Heinrich Pompey, Die therapeutische Wirkung der »Wahrheit am Krankenbett«, in: Heilen. Ärzte, Apotheker, Therapeuten, Seelsorger und Pflegeberufe im Gespräch 14 (1994), 45–56.

10 Max Frisch, Tagebuch 1966–1971, 14. Aufl., Frankfurt/Main 1979, 30.