

Martin Hein

Die Wahrheit kennen – die Wahrheit sagen: Zwischen Nüchternheit und Empathie. Eine theologische Ermutigung.

Vortrag beim „Klinischen Ethikkomitee“ des Klinikums Fulda am 11. Juni 2014

Medizin und Wahrheit – ich verhehle nicht, dass mir dieser Themenrahmen großen Respekt einflößt. Ich begeben mich damit auf ein weites Feld. Allein über den Wahrheitsbegriff ließe sich abendfüllend reden. Angekündigt war mein Vortrag unter dem griffigen Titel: „Die Wahrheit kennen – die Wahrheit sagen“. Unter der Hand habe ich gemerkt, dass ich ihn eigentlich noch genauer formulieren möchte: „Die Wahrheit kennen – die Wahrheit *wagen*. Zwischen Nüchternheit und Empathie. Eine theologische Ermutigung.“

Ich werde mit einer einfachen, fast schon zu einfachen Unterscheidung beginnen, die uns aber helfen kann, das Thema einzugrenzen: „noetische“ Wahrheit und „existentielle“ Wahrheit. Ich werde versuchen, unter einer biblisch-theologischen Perspektive zu klären, was das für medizinethische Folgen hat. Die Leitbegriffe dafür heißen „Coping“ – das ist die Fähigkeit, Krisen psychologisch zu bewältigen – und „Würde“. Dieser Begriff ist seit je mit der Wahrheit verbunden. Das alles mündet in die These:

Die Wahrheit zu sagen und die Wahrheit zu ertragen gehört zur Würde des Menschen, weil Leiden, Schmerz und Umgang mit der Vergänglichkeit zur Würde des Menschen gehören.

Dabei möchte ich gleich betonen: Ärzte und Ärztinnen vermitteln natürlich auch „gute“ Wahrheiten im existentiellen Sinne. Doch dazu braucht es selten Mut. Das Ziel meines Vortrags möchte aber eine Ermutigung sein, das Schwere zu sagen. Insofern erwarten Sie jetzt bitte weniger eine intellektuelle Analyse als eher eine Art reflektierende Besinnung.

I. Noetische Wahrheit

„Die Wahrheit kennen – die Wahrheit *wagen*“. In dieser Formulierung schwingen zwei mögliche Dimensionen bzw. Unterscheidungen von Wahrheit mit, die ich kurz erläutern muss. Wir können von Wahrheit als „noetischer“ Wahrheit und als „existentieller“ Wahrheit reden. Das sind keine strengen Fachbegriffe, sondern das ist eher der Versuch, zwei Ebenen von Wahrheit so zu unterscheiden, dass wir sie im alltäglichen Umgang gebrauchen können.

Was ist damit gemeint?

„Noetische“ Wahrheit meint die Wahrheit als eine Erkenntnis über Sachverhalte, also ein intellektuelles Wissen. Das knüpft an die traditionelle abendländische Definition von Wahrheit an, die bis auf Platon zurückgeht, von dem auch der Begriff des Noetischen stammt: Wahrheit ist die Übereinstimmung von Erkenntnis und Sachverhalt. Modern entspricht dieser Wahrheitsbegriff dem „epistemischen Wahrheitsbegriff“. Das meint den Wahrheitsbegriff der empirischen Wissenschaften, die durch den Dreischritt Beobachtung – Hypothese – Verifikation zu intersubjektiv gültigen Aussagen über Sachverhalten führt. Im Wesentlichen lassen sich drei Typen von Wahrheitstheorien beschreiben, die heute allgemein akzeptiert sind. Auch hier vereinfache ich stark.

a) Konsenstheorie

Die so genannte Konsenstheorie der Wahrheit geht davon aus, dass ein Satz über einen Sachverhalt oder eine Tatsache dann wahr ist, wenn zwischen denen, die darüber kommunizieren, Einigkeit herrscht – natürlich auf der Basis methodisch abgesicherter Argumentation, darum spricht man auch von der Diskurstheorie der Wahrheit. Als einer Ihrer weithin bekannten Exponenten sei Jürgen Habermas benannt. Sie kennen das aus der ärztlichen Praxis, wenn das ärztliche Konsil zur selben Einsicht gekommen ist. Dieser Wahrheitsbegriff ist sehr pragmatisch und macht letztlich ernst damit, dass wir, mit der Ausnahme von Mathematik und formaler Logik, nur zu Wahrscheinlichkeitsurteilen kommen können, die wir intersubjektiv absichern müssen. Was diese Theorie verneint, sind letzte Gewissheiten. Sie erfreut sich daher im Moment einer hohen Popularität, aber ihre Schwächen sind – eben wegen der Gewissheitsfrage – offensichtlich. Vor allem setzt sie voraus, dass alle Diskursteilnehmer ethisch handeln. Andererseits: Sie rechnet mit dem Irrtum, und man kann sich ihr aus Gründen verweigern, in ihr ist Raum für Minderheitenvoten.

b) Konstruktivismus

Der so genannte Konstruktivismus klingt ähnlich, geht aber weiter. Wahrheit ist nicht strenge „1 zu 1“- Abbildung der Wirklichkeit, sondern eine gesellschaftliche oder sprachliche Konstruktion, die ihre Wahrheit darin erweist, dass sie *funktioniert* und einen Gegenstand hinreichend beschreibt. Das ist ein sehr kritischer, aber auch sehr pragmatischer und im Kern utilitaristischer Wahrheitsbegriff: Wahrheit, vereinfacht gesagt, ist immer eine Konstruktion, die aber eben nicht nur auf Konsens beruht, sondern auf z.T. unausgesprochenen Voraussetzungen der Erkennenden und der gewählten Methode. Er begegnet Ihnen zum Beispiel in

der Debatte um die alternative Medizin, die ja davon ausgeht, dass die Fragestellung, die technischen Möglichkeiten ihrer Beantwortung sowie die leitenden Ideologien einer Forschungsgemeinschaft die Antworten vorherbestimmen. Dieser konstruktivistische Wahrheitsbegriff ist also eminent kritisch, er kann bis zu einer völligen Skepsis führen. Der Konstruktivismus war vor allem in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts weit verbreitet. Ihm eignet, wie leicht zu merken ist, ein gewisser Relativismus an, doch er kann aber verborgene Voraussetzungen unseres Denkens sichtbar machen und entsprechende Verstellungen aufdecken. Er hat vor allem für das interdisziplinäre Gespräch große heuristische Kraft. Er ist übrigens das „gängige“ Modell von Wahrheit im alltäglichen Leben. Das ist wichtig zu wissen, wenn Sie mit Patienten und Angehörigen sprechen: Wahrheit wird als „bloß subjektiv“ empfunden und Geltungsansprüche genau deswegen abgewehrt.

c) Fallibilismus

Und schließlich möchte ich den Fallibilismus nennen. Er ist so etwas wie die leitende Grundüberzeugung der Naturwissenschaften, weil er ernst macht damit, dass eine gewisse Erkenntnis allein aus der Sinneserfahrung nicht möglich ist. Hier ist, vereinfacht gesagt, wahr, was nicht als unwahr erwiesen ist – auch hier natürlich auf der Basis einer abgesicherten Methodik des Erkenntnisgewinns. Er geht im Wesentlichen auf den kritischen Rationalismus Karl Poppers und Hans Alberts zurück, die sinngemäß gesagt haben: Wenn du beweisen willst, dass alle Schwäne weiß sind, suche den schwarzen Schwan. Wenn ich mich nicht täusche, ist das das Verfahren, das in der Medizin „Differentialdiagnose“ heißt, der Ausschluss des Unmöglichen, Unwahrscheinlichen oder eben erweisbar Falschen. Sie hat sich in den Naturwissenschaften und den statistischen Wissenschaften bewährt, weil sie hilft, Forschungsvorhaben sehr präzise einzugrenzen und Geltungsansprüche deutlich zu formulieren. Sie ist allerdings ziemlich untauglich für andere Gebiete, weil sie letztlich nur die empirisch messbare Erfahrung umgreift und dazu neigt, anderen Wissenschaften und Erfahrungsweisen die Wahrheitsfähigkeit abzusprechen.

d) Wahrheit und Gewissheit

Als Medizinerinnen und Mediziner haben Sie es mit allen drei Formen der noetischen Wahrheitsfindung zu tun, und es ist wichtig, sie zu unterscheiden, um sozusagen den Wahrheitsstatus einer Aussage zu erkennen.

Wichtig dabei ist aber: Die noetische Wahrheit führt bestenfalls immer nur zur semantischen Wahrheit. Das bedeutet: Sie formuliert „wahre Sätze“, in denen das Gesagte mit dem Ge-

meinten übereinstimmt. Diagnose sind Prognose sind erst einmal eine noetische Wahrheiten, im günstigsten Fall also wahre Sätze, die angemessen sagt, was der Fall ist. Damit ist die noetische Wahrheit, für unsere Fragestellung aber allenfalls eine *Voraussetzung*.

Die *eigentlich* ethische Frage zeigt sich erst, wenn wir uns der existentiellen Wahrheit zuwenden und die noetische Wahrheit gegenüber den Patienten aussprechen. Denn hier betreten wir den Raum der Möglichkeit von *Lüge, Täuschung, Verschleierung und Emotionen*. Hier wird durch Aussprechen der Wahrheit im eigentlichen Sinne *gehandelt*.

II. Existentielle Wahrheit

Damit kommt die zweite Dimension der Wahrheit in den Blick: die existentielle Wahrheit. Sie trägt der Tatsache Rechnung, dass eine ausgesprochene Wahrheit unser Leben, also unsere Existenz, radikal verändern kann. Die alte Redensart bringt das sehr schön auf den Begriff: „Die Wahrheit ist ein seltenes Kraut, noch seltener der, der sie verdaut.“

Diese Wahrheit hat eine pragmatische Komponente: Sie ist eine sprachliche Handlung und keineswegs bloß die Übermittlung eines „Inhaltes“. Existentielle Wahrheit setzt Emotionen frei, weil sie die Wahrheit über eine Lebenssituation ausspricht und damit eine Entscheidung hervorruft: Sie hat eine psychologische und eine theologische Komponente. Existentielle Wahrheit verifiziert sich nicht durch Experiment und Überprüfung, sondern darin, dass ich mein Leben daran ausrichte. Sie verändert das Verständnis meines Lebens und führt mich günstigenfalls zu einer Verbesserung meines Lebens, weil ein Leben in der Wahrheit immer besser ist als eines in der Lüge, der Täuschung oder des Selbstbetrugs.

Darum braucht es für das Aussprechen der Wahrheit in Ihrem Falle Mut: Die ärztliche Wahrheit ist immer existentielle Wahrheit. Sie ist Wahrheit in einer Situation, sie stiftet auch eine Beziehung. Sie *bedeutet* etwas, weil sie etwas *deutet* und nicht nur *erklärt*. Das Aussprechen existentieller Wahrheit generiert Verantwortung und verwickelt die Sprechenden und die Hörenden in ein unumkehrbares Geschehen.

a) Beziehungsebene und Sachebene: Wahrheit und Kommunikation am Krankenbett

In der Unterscheidung von existenzieller und noetischer Wahrheit spiegelt sich die Unterscheidung zwischen der Beziehungsebene und der Sachebene in der Kommunikation. Wir kommunizieren immer gleichzeitig auf beiden Ebenen, ja diese Gleichzeitigkeit unterscheidet

Kommunikation von bloßer Information. Für ein gelingendes professionelles Gespräch ist es von hoher Bedeutung ist, dass man diese Unterscheidung kennt.

Der Kommunikationsforscher Karl Bühler (1879-1963) unterscheidet in einer Kommunikationssituation noch etwas feiner die drei Aspekte „Ausdruck“, „Darstellung“ und „Appell“. Sie *machen* etwas, wenn Sie reden, Sie *zeigen* ihre Perspektive auf den Sachverhalt und Sie *fordern* Konsequenzen. Ein einfaches Beispiel: Der scheinbar rein informative Satz „Das Fenster ist auf“ meint dann: „Mir ist kalt, ich bin verärgert, Grund ist die Zugluft, mach bitte das Fenster zu.“ Der Satz ist also mitnichten nur eine „einfache Information“. Er hat eine noetische und eine existentielle Komponente. Für eine professionelle Kommunikation – und die wird von Ärzten durchaus erwartet – ist es unerlässlich, sich über diese unterschiedlichen Funktionen von Sätzen im Klaren zu sein. Das bedeutet, dass der Verkündung einer Diagnose und eines therapeutischen Wegs die Klärung der Kommunikationsabsicht, der Kommunikationssituation und des Kommunikationsweges vorausgehen muss. Eine „bloße“ Schilderung eines Sachverhaltes ist nicht möglich: Was Sie sagen, hat *immer* eine Wirkung.

Daraus ergeben sich die ethischen Fragen bei der sogenannten „Wahrheit am Krankenbett“. Und genau hier haben sich in den letzten Jahrzehnten die Einstellungen deutlich verschoben¹. Das hängt mit unserem modernen Begriff der Selbstbestimmung und der Würde zusammen, die sich ja auch bis in die Gesetzgebung niedergeschlagen haben, die Sie als Ärzte zur Information Ihrer Patienten verpflichtet². Noch vor wenigen Jahrzehnten gab es eher die Tendenz, die volle Wahrheit über eine Krankheit, vor allem wenn es eine Krankheit zum Tod ist, zu verschweigen oder nur partiell mitzuteilen, um den Patienten vor negativen Emotionen zu schützen und ihn nicht mit „unnützem Wissen“ zu belasten, wie es hieß. Es galt als relativ ausgemacht, dass solche Emotionen eher abträglich sind.

Diese Einstellung hat sich gewandelt. Schon das Verschweigen der existentiellen Wahrheit – und also das bloß stückweise Mitteilen der noetischen Wahrheit – wird heute tendenziell als Lüge empfunden, und der Moment des Erkennens einer unvorbereiteten Wahrheit, wenn er denn später eintrifft, als Grausamkeit. Und es ist zu berücksichtigen, dass es für alle ein Leichtes ist, sich aus dem Internet mit allen möglichen Informationen zu versorgen. Der in

¹ Ich beziehe mich in Folgenden auf Texte von Dietrich von Engelhardt, *Mit der Krankheit leben. Grundlagen und Perspektiven der Copingstruktur des Patienten*, Heidelberg 1986. und vor allem ders., *Illusion Gesundheit. Ein Plädoyer für das fragmentarische Leben aus medizinhistorisch-ethischer Sicht*, in: Markus Höfner u.a. (Hg.), *Endliches Leben. Interdisziplinäre Zugänge zum Phänomen der Krankheit*, Tübingen 2010 3-24.

² Ich war überrascht, bei v. Engelhardt zu lesen, dass die Grundlagen für diese Regelungen schon aus der frühen Nachkriegszeit stammen. 1957 wurde zum ersten Mal der "informed consent" als Verpflichtung für ärztliches Handeln formuliert und in den Deklarationen von Helsinki 1964 und Tokio 1975 verbindlich gemacht (Ders., *Illusion*, 8).

einem sehr allgemeinen Sinn „informierte Patient“, der alles Mögliche über seine Krankheit und deren Verlauf zu wissen meint, wird zum Regelfall.

Aber das hebt eben die Notwendigkeit nicht auf, sondern verschärft sie eher, dass Patienten und Angehörige sachgerecht und umfassend informiert werden. Dieses Erfordernis resultiert, wenn ich recht sehe, vor allem aus der Kommunikationsforschung und der Entwicklung der modernen, auf Transparenz und Partizipation angelegten Gesellschaften. Sie hat aber auch eine theologische Komponente, die ich im Folgenden entfalten möchte.

Zum einen wird die Fähigkeit von Patienten und seines Umfeldes, sich aktiv am Heilungsprozess zu beteiligen, deutlicher als früher wahrgenommen. Das Stichwort heißt „Coping“. Das ist der Fachausdruck für die Fähigkeit von Menschen, Krisen durch Einstellungsveränderung aktiv zu bewältigen. Er spielt vor allem in der Notfallpsychologie eine große Rolle und ist von dort aus auch in die anderen Wissenschaften eingewandert. Er wird für mich im Kommenden eine Art Leitbegriff sein.

Zum anderen gehört zu unserem modernen Verständnis der Würde des Menschen die informationelle Selbstbestimmung: Ich habe das Recht, zu entscheiden, was ich wissen will und was nicht, dafür muss ich den Bereich des Wissbaren aber kennen. Das klingt wie eine rein formale Voraussetzung – aber gerade hier gibt es seitens der Theologie einiges zu sagen. Denn der Begriff der Würde ist ein zentraler theologischer Begriff.

b) „Coping“ und die Würde des Menschen

Coping meint die Fähigkeit des Menschen, Krisensituationen aktiv zu bewältigen und entsprechende Strategien zu entwickeln³. Coping rückt den Menschen als *Subjekt*, nicht bloß als *Gegenstand* von Behandlung in die Wahrnehmung. Und darin drückt sich ein vertieftes Verständnis der Würde des Menschen aus.

Es gehört zur Würde des Menschen, die Wahrheit über sich zu kennen. Und hier kommt die Theologie ins Spiel. Für sie gehört es zur Würde des Menschen, dass er sich als vergänglich-

³ „Die Copingstruktur des Kranken (engl. To cope with) meint den Umgang mit der Krankheit, mit der Medizin und mit dem durch die Krankheit veränderten Leben. Dieser Umgang mit Gesundheit und Krankheit, mit Jugend und Alter, mit physische und psychischen wie sozialen Einschränkungen stellt die entscheidende Frage nach der Lebensqualität, die keineswegs nur, wie das meist geschieht, an der Arbeits- und Liebesfähigkeit zu messen ist“ (Ders., Illusion, 14). Die Literatur zum „Coping“ ist inzwischen fast unübersehbar. Als Leitbegriff kirchlichen Handelns tauchte der Begriff im Zusammenhang mit der Entwicklung der Notfallseelsorge auf und wurde rasch auch auf andere Gebiete seelsorgerlichen Handelns übernommen.

ches Geschöpf versteht und erkennt. Und das kann der Mensch, weil er von Gott angesprochen wird. Der Mensch, so formuliert es zugespitzt der Theologe Eberhard Jüngel, ist „der von Gott angesprochene Mensch“, der für sein Leben in die Verantwortung genommen wird und von Gott aus ermutigt und ermächtigt worden ist, das auch zu tun. Traditionell wird das im Bild von der „Gottesebenbildlichkeit“ des Menschen ausgedrückt.

Der christliche Glaube bekommt seine existentielle Spitze darin, dass er die Würde des Menschseins auch im Leiden, in Krankheit und Fragmentarität entdeckt und daraus nicht die abstrakte ethische *Forderung*, sondern die existentielle *Notwendigkeit* von Erbarmen, Zuwendung und Liebe als Menschenrecht ableitet.

Krankheit und Tod sind nicht bloße reparaturbedürftige Defekte, sondern Bedingungen unserer irdischen Existenz. Es gehört, zugespitzt gesagt, zur Würde des Menschen, krank zu sein und zu sterben, weil Krankheit und Sterben umfassen sind von der Liebe Gottes. Das für uns als existentielle Wahrheit geltend zu machen und darauf zu vertrauen, nennen wir „Glauben“, der in die Liebe führt. Sie ist nicht mehr und nicht weniger als die praktizierte Solidarität der Verletzten, Verwundeten und Versehrten.

Der Glaube zeigt sich damit als eine besondere Gestalt des Coping, denn er ermutigt uns zur Wahrheit, aber eben auch: zur Solidarität des Ertragens und Aushaltens, um das Leben und gegebenenfalls auch das Sterben zu bewältigen. Das macht unsere Würde aus, an der wir von Fall zu Fall prüfen können und müssen, was wir einander zumuten und wie wir es tun. Im Vertrauen auf Gott können wir einander als zerbrechliche Wesen begegnen und beistehen.

III. Selbstbestimmung und Freiheit

Das führt uns zum nächsten Gedanken. „Die Wahrheit wird euch frei machen“, sagt Jesus im Johannesevangelium (8,32) und beschreibt damit die Folgen der Wahrheit. Nehmen wir die noetische Wahrheit über unsere Verletzlichkeit und Vergänglichkeit als existentielle Wahrheit an und akzeptieren sie als Herausforderung, als Reifungsprozess oder als einen Weg zu einem neuen Verständnisses des Lebens, dann machen wir eine Erfahrung der Freiheit, die uns in den Stand versetzt, mit Krankheit und Sterben wie mit Heilung umzugehen.

Auch diese Einsicht des Glaubens spiegelt sich im modernen Begriff des Coping und im Begriff der Würde. Der Patient ist nicht Gegenstand ärztlichen Bemühens, sondern *Partner*, und

das gilt, wie wir immer deutlicher erkennen, für sein ganzes Umfeld. Er hat ein Recht auf „informationelle Selbstbestimmung“, weil diese ihm ermöglicht, seine Strategien zum Umgang mit der bedrohlichen Situation zu entwickeln.

Und darum plädiere ich deutlich dafür, Kranke über ihre Krankheit klar und umfassend aufzuklären – aber immer unter der Maßgabe, dass der Patient selber bestimmen darf, wie weit er die Wahrheit hören möchte, und gut abzuwägen, wie er die Wahrheit zu hören bekommt. Genau hier liegt die im Titel meines Vortrages ausgesprochene Herausforderung zwischen „Empathie“ und „Nüchternheit“. Ganz radikal drückt diesen Gedanken Karin Leiter aus, die sich in der Hospizarbeit engagiert:

„Am Sterbebett haben Lügen keinen Platz mehr, wollen wir nicht jede Chance verlieren, dem Sterbenden selbst seine Würde und Achtung zu bewahren, ihm die Möglichkeit eines Abschiednehmens zu schenken und auch uns als Zurückbleibende eine Chance zu geben, mit der Trauer heilsam umgehen zu können.“⁴

Die Erfahrung hat gezeigt, dass behutsame Aufklärung und einfühlsame Begleitung den Prozess des Coping gut initiieren und begleiten können.

Es ist inzwischen empirisch unstrittig, dass Patienten und ihre Angehörigen, deren Würde in einem Raum der Freiheit gewahrt bleibt, zumindest die Chance haben, den Heilungsvorgang oder den Abschiedsprozess mitzugestalten. Der Realismus des Glaubens, was die Begrenztheit des Menschen betrifft, ruft uns hier zur Nüchternheit, und das Erbarmen Gottes, das sich in Jesus Christus zeigt, ermutigt zur Empathie.

Immer geht es darum, dass in der Medizin jede noetische Wahrheit auch eine existentielle ist, die Menschen miteinander in Beziehung setzt, was istets Wagnis bedeutet.

IV. Die Dimension der Hoffnung und die Würde von Ärztinnen und Ärzten

Ich möchte Sie als Ärztinnen und Ärzte dazu ermutigen, persönliche, aber auch professionelle Wege zu finden, die oft bittere noetische Wahrheit über einen Krankheitsverlauf zu einer existentiellen Wahrheit werden zu lassen, die Menschen würdigt, ihr Leben und eben auch ihr Kranksein und Sterben aktiv zu ergreifen. Ich weiß, wie das klingt. Sie sind als Ärzte und

⁴ Zitiert nach Wiltrud Hendriks, Mit Sterbenden leben. Verführung zur Barmherzigkeit, 2. Aufl., Hannover 1988, 73.

Arztinnen vor allem der noetischen Wahrheit verpflichtet, und das fordert Sie oft schon bis auf das Letzte heraus. Jetzt kommt noch der Anspruch dazu, auch für die existentielle Wahrheit verantwortlich zu sein? Sie sind damit nicht allein. Der nordamerikanische Chirurg und Medizinhistoriker Sherwin B. Nuland (1930-2014) formuliert es so:

„Für Ärzte ist es besonders schwierig, Patienten so zu begleiten, dass sie einerseits der Wahrheit gegenüber verpflichtet bleiben, andererseits nicht Hoffnung rauben.“

Aber er schreibt auch:

„Zu oft missverstehen Ärzte Hoffnung allein als Hoffnung auf Heilung und Behandlung.“⁵

Dann fällt schon einmal der eigentlich verhängnisvolle Satz, den Sie sicherlich – von Angehörigen eher als von Patienten – schon oft gehört haben: „Es gibt keine Hoffnung mehr.“ Theologisch muss ich hier Einspruch erheben: Es besteht immer Hoffnung, denn Hoffnung meint mehr als Gesundwerden. Das ist ja sogar als Horizont ärztlichen Handelns zu wenig. Ein solcher Begriff der Hoffnung, der nur auf Heilung aus ist, ist geradezu kontraproduktiv: Mit ihm stellen wir einen Scheck aus, den wir gar nicht einlösen *können*. Heilung im Vollsinn eines wiederhergestellten Lebens ist allein Gottes Werk. Damit sind auch die Grenzen ärztlichen Handelns Teil menschlicher Würde als sterblicher und begrenzter Wesen im Gegenüber zu Gott, der der Herr des Lebens ist.

Die Frage ist, *wie* Menschen sterben und *wie* sie mit Krankheit, allemal mit chronischer Krankheit leben: getröstet oder ungetröstet, verlassen oder in solidarischer Gemeinschaft, perspektivlos oder geborgen. Die Erfahrung aus der Hospizarbeit, aber auch das umfangreiche Schrifttum der „Sterbekunst“, die es seit dem Mittelalter gibt, lehren uns, dass wir Menschen auf eine Hoffnung angelegt sind, die über unsere irdische Existenz hinausgeht und sie umfängt. An sie können wir getrost anknüpfen und auf die Fähigkeit zum Coping vertrauen, ohne sie aber mit brutalem Realismus zu überfordern: Denn die Hoffnung, dass die letzte Wahrheit über unser Leben von Gott gesprochen wird und dass es eine gute, eine versöhnliche und heilsame Wahrheit ist, führt uns in die Nüchternheit, aber auch in die Solidarität der versehrten Geschöpfe. Und das betrifft auch Sie als Ärztinnen und Ärzte. Die Angst vor der Wahrheit am Krankenbett hat oft auch eine tiefsitzende professionelle Komponente, die im Grunde eines eigenen Vortrages würdig wäre: Die Unmöglichkeit der Heilung wird als Schei-

⁵ Zitiert nach: Monika Specht-Tomann / Doris Tropper, Zeit des Abschieds. Sterbe- und Trauerbegleitung, 8. Aufl., Ostfildern 2013, 6.

tern ärztlicher Kunst erlebt und ist damit eine Erfahrung von Kränkung, Scham oder Versagen. Hier bedarf es ganz eigener Bewältigungsstrategien, die aber auch in den Themenkomplex „Wahrheit am Krankenbett“ ihren Ort haben sollten.

Deswegen geht es bei der Frage um die Wahrheit am Krankenbett nicht nur um die Würde der Patienten und der Angehörigen. Es geht auch um Ihre Würde! Sie wollen weder als Lügner und Versager wahrgenommen werden noch als seelenlose Medizintechniker missverstanden werden oder gar als „Todesengel“ in der Erinnerung von Menschen bleiben. Dieses Bild wird in der Öffentlichkeit durchaus immer wieder einmal kolportiert und setzt, wie ich aus seelsorgerlicher Erfahrung weiß, Ihnen als Stand ungeheuer zu. Wir haben ja als Pfarrerinnen und Pfarrer durchaus mit Ähnlichem zu kämpfen.

Ich möchte Sie ermutigen, auch als Menschen einzutreten in den Raum der existentiellen Wahrheit, weil er der Raum von lebensverändernder Wahrheit ist: Die Erfahrung Ihrer professionellen Grenzen kann Sie sensibilisieren für die Grenzerfahrung, die Ihre Patienten machen. Das ist eine mögliche Ebene der Begegnung.

Der Lübecker Wissenschafts- und Medizinhistoriker Dietrich von Engelhardt⁶ konstatiert drei Stufen in der Arzt-Patienten-Beziehung – und Sie haben die Wahl und die Entscheidung, wie weit Sie gehen wollen. Sie sollten sich dieser Stufen als Möglichkeiten bewusst werden, damit Sie für sich ganz persönlich einen Weg finden zwischen Empathie und Nüchternheit im Umgang mit der Wahrheit.

Zum einen gibt es nach von Engelhardt die „Elementar-sympathetische Beziehung der Anteilnahme“, die wir modern „Empathie“ nennen. Sie nähern sich ihr ganz einfach, wenn Sie sich fragen: Was würde ich jetzt gern hören? Was würde ich jetzt brauchen? Daraus können Strategien entwickelt werden, diese Frage auch den Patienten und seinen Angehörigen zu stellen. Das senkt die Gefahr, den Patienten zu überfordern, indem er mit einer Fülle von Informationen konfrontiert wird, die er nicht verarbeiten kann, ihn aber auch nicht alleinzulassen mit seinen Fragen und Ängsten.

Die zweite Ebene ist die der „Neutralen Entfremdung in Diagnostik und Therapie“. Die ist überlebensnotwendig, wenn Sie sich die Fähigkeit erhalten wollen, nüchtern und kontrolliert zu handeln und der noetischen Wahrheit auf der Spur zu bleiben. Hier ist der Raum für Ihre

⁶ Engelhardt, Illusion, 15. Die folgende Unterscheidung geht auf die älteren Forschungen Viktor Emil von Gebssattels zurück.

medizinische Professionalität, auf die Sie sich berufen können und müssen und auf die Sie sich, wenn es zu bedrängend wird, auch zurückziehen dürfen.

Und schließlich die Ebene der „Partnerschaft oder der personalen Beziehung“ – das ist der Ort der Wahrhaftigkeit, der es gelingen kann, den Patienten und seine Angehörigen zu Verbündeten zu machen, die Ihnen nicht nur, wie man es immer wieder erlebt, als kritischforderndes Gegenüber begegnen, sondern zutiefst bereit sind, dass Ihre zu tun, wenn man ihnen nur hilft, es zu finden. Dabei entscheiden Sie als Ärztinnen und Ärzte, wie weit Sie gehen und welche Handlungsräume Ihnen Ihre Würde öffnet. Auch Sie haben ein Recht, sich zu schützen!

V. Die Wahrheit kennen – die Wahrheit sagen

Der Mut zur Wahrheit findet darin seinen Lohn, dass er Begegnung öffnet, Würde wahrt und Freiheit freisetzt.

Man kann es lernen, Menschen zur Wahrheit zu führen. Sie können sich Unterstützung holen, wenn Sie unsicher sind oder Ihnen diese Erfahrungen zusetzen. Es gibt Gesprächstechniken und relativ einfache Strategien für solche Situationen, die man tatsächlich wie ein Handwerk lernen kann. Wir mussten es auch in der Kirche lernen, als wir begriffen, dass Seelsorge mehr sein muss, als formelhaft billigen Trost zu spenden, sondern Menschen in eine Bewegung der Hoffnung mitzunehmen! In der Ausbildung der Klinikseelsorger, aber auch der anderen Pfarrerinnen und Pfarrer spielen solche Techniken des Gespräches eine große Rolle, und wir haben gute Erfahrungen damit gemacht.

Das soll keine weitere professionelle Zumutung für Sie sein. Aber Sie sind nicht allein! Für all das stehen Ihnen die Seelsorger und Seelsorgerinnen der Kirche zur Seite, aber auch Einrichtungen und Institute, die aus der Palliativmedizin, der Hospizarbeit, der sozialpsychologischen Beratung und der psychotherapeutischen Behandlung heraus Methoden und Formen entwickelt haben, mit existentieller Wahrheit umzugehen und entsprechende Fort- und Weiterbildungen anbieten. In Form der Balint-Gruppen ist dies in der klinischen Praxis schon lange etabliert, wenn ich auch nicht weiß, wie weit und wie verpflichtend.

Und schließlich: Je nachdem, wie es um ihre persönliche Frömmigkeit bestellt ist, können Sie auf die Kraft des Gebets vertrauen. Beten führt Sie in den Raum der existentiellen Wahrheit. Wer betet, unterstellt der sich der existentiellen Wahrheit unserer Begrenztheit und stellt

