

**Martin Hein**

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

*Klinikum Kassel, 25. September 2019, Klinikum Kassel*

„Die Wahrheit kennen – die Wahrheit sagen“ – eigentlich müsste es heißen: Die Wahrheit wagen! Aber in der Differenz von „Kennen“ und „Sagen“ schwingen zwei Unterscheidungen mit, die uns helfen können, in die komplizierte Frage nach der Wahrheit eine Schneise zu schlagen.

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 im alltäglichen Umgang damit umgehen können. Konkret: Wie ist es mit der Wahrheit im Arztzimmer oder am Krankenbett bestellt, also mit dem Aussprechen *diagnostischer Wahrheiten*, die zugleich *lebensbestimmende Wahrheiten* sind. Das möchte ich auch in einen theologischen Rahmen einzeichnen, um eine ethische Orientierung zu finden, die weniger eine Regel formuliert, sondern eine Haltung. Dabei ist der Begriff des „Coping“ hilfreich, der die Fähigkeit des Menschen beschreibt, produktiv mit Krisen umzugehen.

Ich stelle eine These voran:

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

**I. Noetische Wahrheit**

„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. Das entspricht dem Wahrheitsbegriff der empirischen Wissenschaften, die durch den Dreischritt Beobachtung – Hypothese – Verifikation zu allgemeingültigen Aussagen über Sachverhalte führt.

In der Medizin zeigt sich die noetische Wahrheit als Diagnose und Prognose: Es sind Sätze, in denen das Gemeinte und das Gesagte möglichst übereinstimmt mit dem, was jeweils der Fall ist.

Damit ist die noetische Wahrheit für unsere Fragestellung aber allenfalls eine *Voraussetzung*.

Die *eigentlich* ethische Frage zeigt sich, wenn wir uns der „existentiellen“ Wahrheit zuwenden und die noetische Wahrheit gegenüber Patienten aussprechen. Denn hier sind *Lüge, Täuschung und Verschleierung* möglich. Hier wird durch das Aussprechen der Wahrheit im eigentlichen Sinn *gehandelt*.

## II. Existentielle Wahrheit

Die existentielle Wahrheit trägt der Tatsache Rechnung, dass eine ausgesprochene Wahrheit unser Leben radikal verändern kann. Eine alte Redensart bringt das auf den Punkt: „Die Wahrheit ist ein seltenes Kraut, noch seltener der, der sie verdaut.“

Diese Wahrheit hat eine sogenannte „pragmatische“ Komponente: „Pragmatisch“ meint im Bereich der Sprachwissenschaften die einfache Einsicht, dass Sprache immer auch eine Handlung ist, die etwas bewirkt. Das Aussprechen eines Satzes ist eine sprachliche Handlung – und keineswegs bloß die Übermittlung eines „Inhalts“. Existentielle Wahrheit

setzt Emotionen frei, weil sie die Wahrheit über eine Lebenssituation ausspricht. Nehmen Sie als Beispiel den Satz: „Ich liebe Dich!“ Als bloße Information wäre das völlig missverstanden. Es ist ein Satz, der wie kaum ein anderer Gefühle auslöst und das eigene Leben verändert, aber auch das Leben des Menschen, dem die Liebe gilt!

Existentielle Wahrheit bewahrheitet sich nicht durch Experiment und Überprüfung, sondern darin, dass ich mein Leben daran ausrichte. Sie verändert das Verständnis meines Lebens. Im günstigen Fall führt sie zu einer Verbesserung meines Lebens – auf die Liebe bezogen: zum Glück!

Darum braucht es für das Aussprechen der Wahrheit in der ärztlichen Beratungssituation Mut: Denn die ärztliche Wahrheit ist immer existentielle Wahrheit! Sie ist Wahrheit in einer bestimmten Situation. Sie *bedeutet* etwas, weil sie etwas *deutet* und nicht nur *erklärt*. Das Aussprechen existentieller Wahrheit erzeugt Verantwortung und verwickelt die Sprechenden und die Hörenden in ein unumkehrbares Geschehen, in eine Beziehung zueinander.

### **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.

Wieder ein einfaches Beispiel – diesmal aus der Alltagswelt: Der scheinbar rein informative Satz „Das Fenster ist auf“ kann auf der anderen Ebene viel mehr meinen - nämlich: „Mir ist kalt. Mich ärgert die Zugluft. Mach bitte das Fenster zu.“ Der Satz ist also mitnichten nur eine bloße Information. Er hat eine noetische und eine existentielle Komponente. Für eine professionelle Kommunikation, wie sie von ärztlichem Personal erwartet werden kann, ist es unerlässlich, sich diese unterschiedlichen Funktionen von Sätzen bewusst zu machen. Das bedeutet, dass der Mitteilung einer Diagnose und eines Therapievorschlages die Klärung der Kommunikationsabsicht, der Kommunikationssituation und des Kommunikationsweges vorausgehen muss.

Eine reine Schilderung eines Sachverhaltes ist nicht möglich: Was Sie als Ärztinnen oder Ärzte sagen, hat *immer* eine Wirkung!

Daraus ergeben sich die ethischen Fragen, wie mit der „Wahrheit am Krankenbett“ umzugehen sei. Hier haben sich in den letzten Jahrzehnten die Einstellungen deutlich verschoben.<sup>1</sup> Das hängt mit unserem modernen Verständnis von Würde und Selbstbestimmung zusammen, das sich ja in der Gesetzgebung niedergeschlagen hat, die Sie zur Information Ihrer Patienten verpflichtet.<sup>2</sup>

Noch vor wenigen Jahrzehnten gab es eher die Tendenz, die volle Wahrheit über eine Krankheit, vor allem wenn es eine Erkrankung mit mutmaßlich letalem Ausgang war, zu verschweigen oder nur teilweise mitzuteilen, um den Patienten vor negativen Emotionen zu schützen und ihn nicht mit

---

<sup>1</sup> 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 (Religion und Aufklärung 18).

<sup>2</sup> Es ist überraschend, bei v. Engelhardt zu lesen, dass die Grundlage für diese Regelungen schon aus der frühen Nachkriegszeit stammt. 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 (Engelhardt, Illusion, 8).

„unnützem Wissen“ zu belasten, wie es hieß. Es galt als relativ ausgemacht, dass solche Emotionen eher abträglich seien.

Diese Einstellung hat sich gewandelt. Schon das Verschweigen der existentiellen Wahrheit – 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. Auch ist zu berücksichtigen, dass es für uns inzwischen ein Leichtes ist, sich aus dem Internet mit unendlich vielen Informationen zu versorgen. Der in einem sehr allgemeinen Sinn „informierte Patient“, der alles Mögliche über seine Krankheit und deren Verlauf zu wissen meint, wird zum Regelfall!

Aber das hebt die Notwendigkeit nicht auf, sondern verschärft sie eher noch, Patienten und Angehörige sachgerecht und umfassend zu informieren. Dieses Erfordernis resultiert, wenn ich recht sehe, vor allem aus der Kommunikationsforschung und der Entwicklung der modernen, auf Transparenz und Partizipation angelegten Gesellschaften.

Zum einen wird die Fähigkeit eines 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, Krisen durch Einstellungsveränderung aktiv zu bewältigen.<sup>3</sup> Er spielt vor allem in der Notfallpsychologie eine große Rolle und ist von dort aus in die anderen Wissenschaften eingewandert.

---

<sup>3</sup> „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 physischen 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“. (Engelhardt, 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 seelsorglichen Handelns übernommen.

Zum anderen gehört zum modernen Verständnis der Menschenwürde die informationelle Selbstbestimmung: Ich habe das Recht, zu entscheiden, was ich wissen will und was nicht. Dafür aber muss ich den Bereich dessen, was ich wissen kann, kennen.

## **b) „Coping“ und die Würde des Menschen**

Ich sagte: Coping meint die Fähigkeit von uns Menschen, Krisensituationen aktiv zu bewältigen und entsprechende Strategien zu entwickeln. Coping rückt den Menschen als *Subjekt*, nicht bloß als *Gegenstand* von Behandlung in die Wahrnehmung. Und darin drückt sich ein vertieftes Verständnis der Menschenwürde aus.

Zur Würde des Menschen gehört, die Wahrheit über sich zu kennen. Und hier kommt die Theologie ins Spiel. Denn für sie zählt zur menschlichen Würde auch, dass wir uns als vergängliche Geschöpfe verstehen lernen und aus der existentiellen Begegnung mit der christlichen Botschaft die Wahrheit über uns in unserer Geschöpflichkeit und unserer Vergänglichkeit annehmen. Denn die Geschichte Jesu von Nazareth ist eine Geschichte von Schmerz und Heilung, von Fragmentarität und Ganzheitlichkeit, von Scheitern und Vergebung, von Kreuz und Auferstehung. In ihr spiegelt sich unsere individuelle Geschichte!

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

Nach christlicher Auffassung wird in Jesus von Nazareth in besonderer und exemplarischer Weise das in seiner Zerbrechlichkeit von Gott gewürdigte Leben sichtbar. Krankheit und Tod sind darum nicht bloße repara-

turbedürftige Defekte, sondern gehören zu condition humaine, zu den Bedingungen unserer irdischen Existenz. Es tangiert überhaupt nicht die Würde des Menschen, krank zu sein oder zu sterben. Aber es gehört ebenso hinzu, sich darauf verlassen zu können, dass auch Krankheit und Sterben von Gott umfungen sind. Dies für uns als existentielle Wahrheit anzunehmen und darauf zu vertrauen, nennen wir „Glauben“. Und der wiederum zeigt sich in der liebevollen Zuwendung zu anderen: in der praktizierten Solidarität der Verletzten, Verwundeten und Versehrten.

Der Glaube ist gewissermaßen die Coping-Strategie „schlechthin“, denn er ermutigt uns zur Wahrheit, aber zugleich auch zur Solidarität des Ertragens und Aushaltens, um das Leben und gegebenenfalls auch das Sterben zu bewältigen.

### **III. Selbstbestimmung und Freiheit**

Das führt mich zum nächsten Gedanken. „Die Wahrheit wird euch frei machen“, sagt Jesus (Joh 8,32). Er 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 Prüfung, als Reifungsprozess oder als einen Weg zu einem neuen Verständnis des Lebens, dann machen wir eine Erfahrung der Freiheit, die uns in den Stand versetzt, an unserer Heilung oder an unserem Sterben aktiv teilzunehmen und beides als Teil unserer Würde zu erfahren.

Auch diese religiöse Einsicht spiegelt sich im modernen Begriff des Coping und der Würde. Patienten sind nicht Gegenstand ärztlichen Bemühens, sondern eher partnerschaftliches Gegenüber – und das gilt, wie wir immer deutlicher erkennen, für ihr gesamtes Umfeld. Sie haben ein Recht auf informationelle Selbstbestimmung, weil diese es ihnen ermöglicht,

eigene Strategien zum Umgang mit der bedrohlichen Situation zu entwickeln.

Darum trete ich dafür ein, Kranke über ihre Krankheit klar und umfassend aufzuklären – immer unter der Maßgabe, dass Patienten selber äußern dürfen, wie weit sie die Wahrheit hören möchten. 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.“<sup>4</sup>*

Aber ebenso gilt es für Ärztinnen und Ärzte gut abzuwägen, wie sie die Wahrheit Patienten vermitteln. Genau hier liegt die im Titel meines Vortrags angedeutete Spannung zwischen „Nüchternheit“ und „Empathie“. Die Erfahrung zeigt, 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 so zumindest die Chance haben, den Heilungsvorgang oder den Abschiedsprozess mitzugestalten.

Immer geht es darum, dass in der Medizin jede noetische Wahrheit auch eine existentielle ist, die Menschen zueinander in Beziehung setzt.

---

<sup>4</sup> Zitat entnommen aus Wiltrud Hendriks, Mit Sterbenden leben. Verführung zur Barmherzigkeit, Hannover <sup>2</sup>1988, 73.



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

„Die Wahrheit wird euch frei machen“: Ich möchte Ärztinnen und Ärzte dazu ermutigen, persönliche und zugleich 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 Ärztinnen vor allem der noetischen Wahrheit verpflichtet, und das fordert Sie oft schon bis an die eigenen Grenzen der Belastbarkeit heraus. Und jetzt kommt noch der Anspruch dazu, auch für die existentielle Wahrheit verantwortlich zu sein?

Mit diesem Einwand sind Sie 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.“<sup>5</sup>*

Dann fällt manchmal der eigentlich verhängnisvolle Satz, den Sie sicherlich – von Angehörigen eher als von Patienten – schon oft gehört haben:

„Es gibt keine Hoffnung mehr.“

---

<sup>5</sup> Zitiert bei Monika Specht-Tomann / Doris Tropper, Zeit des Abschieds. Sterbe- und Trauerbegleitung, Düsseldorf ©2007, 6.

Theologisch muss ich hier Einspruch erheben: Es besteht immer Hoffnung, denn Hoffnung meint mehr als nur Gesundwerden. Das ist sogar als Horizont ärztlichen Handelns zu wenig. Ein Verständnis von Hoffnung, das nur auf Heilung aus ist, ist geradezu kontraproduktiv: Mit ihm stellen wir einen Scheck aus, den wir gar nicht einlösen *können*. Heilung im Voll-sinn eines wiederhergestellten Lebens lässt sich nicht erzeugen. Damit gehören auch die Grenzen ärztlichen Handelns zur Würde von uns Menschen als sterblichen und begrenzten Wesen.

Die Frage ist dann, *wie* Menschen mit Krankheit, allemal mit chronischer Krankheit, leben oder *wie* sie sterben: getröstet oder ungetröstet, verlassen oder in solidarischer Gemeinschaft, perspektivlos oder geborgen.

Die Erfahrungen aus der Hospizarbeit, aber auch das umfangreiche Schrifttum der „Sterbekunst“, die es seit dem Mittelalter gibt, lehren uns, dass wir Menschen auf Hoffnung angelegt sind, die über unsere irdische Existenz hinausgeht und sie umfängt.

An sie können wir aus christlicher Perspektive anknüpfen und auf die Fähigkeit zum Coping vertrauen, ohne sie 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 Solidarität der versehrten Geschöpfe.

Und das betrifft auch Ärztinnen und Ärzte. Die Angst vor der Wahrheit im Sprechzimmer oder am Krankenbett hat oft auch eine tiefsitzende professionelle Komponente: Die Unmöglichkeit der Heilung wird als Scheitern ärztlicher Kunst erlebt und ist damit eine Erfahrung von Kränkung, Scham oder Versagen.

Deswegen geht es bei der Frage um die Wahrheit am Krankenbett nie allein um die Würde der Patienten und der Angehörigen. Es geht auch um ärztliche Würde! Als Ärztinnen und Ärzte treten Sie unwillkürlich in den Raum der existentiellen Wahrheit ein, weil er der Raum lebensverändernder Wahrheit ist: Die Erfahrung Ihrer professionellen Grenzen kann Sie sensibilisieren für die Grenzerfahrung, die Ihre Patienten machen. Das ermöglicht Begegnung.

Im Anschluss an den Mediziner Viktor Emil von Gebattel<sup>6</sup> lassen sich drei Stufen in der Arzt-Patienten-Beziehung konstatieren. Ärztinnen und Ärzte sollten sich dieser Stufen als Möglichkeiten bewusst werden, damit sie für sich persönlich einen Weg im jeweiligen Umgang mit der Wahrheit finden.

Zunächst nennt von Gebattel die „unmittelbare Sympathie und Anteilnahme“, modern gesagt: die „Empathie“. Ihr nähern Sie sich ihr ganz einfach, indem Sie sich fragen: Was würde ich jetzt gern hören? Was würde ich jetzt brauchen? Daraus können Strategien entwickelt werden, sich diese Frage auch im Blick auf Patienten und Angehörige zu stellen. Das mindert die Gefahr, die Betroffenen dadurch zu überfordern, dass sie mit einer Fülle von Informationen konfrontiert werden, die sie nicht verarbeiten können, sie aber auch nicht alleinzulassen mit ihren Fragen und Ängsten.

Die zweite Ebene ist die der „Neutralität in Diagnostik und Therapie“. Sie ist überlebensnotwendig, wenn Sie sich die Fähigkeit erhalten wollen, kontrolliert zu handeln und der noetischen Wahrheit auf der Spur zu bleiben. Da ist medizinische Professionalität gefragt, auf die Sie sich berufen müssen und auf die sie sich, wenn es allzu bedrängend wird, auch zurückziehen dürfen.

---

<sup>6</sup> Vgl. Engelhardt, Illusion, 15.

Und drittens beschreibt von Gebattel die Ebene der „personalen Verbundenheit“: Das ist der Ort der Wahrhaftigkeit, wo es gelingen kann, Patienten und Angehörige zu Verbündeten zu machen, die Ihnen nicht nur als kritisch-forderndes Gegenüber begegnen, sondern zutiefst bereit sind, das Ihre beizutragen, wenn man ihnen nur hilft, es zu finden. Dabei entscheiden Sie als Ärztinnen und Ärzte, wie weit Sie gehen und welche Handlungsräume Ihnen Ihre eigene Würde öffnet. Denn auch Sie haben ein Recht, sich zu schützen!

## **V. Die Wahrheit kennen – die Wahrheit sagen**

Der Mut zur Wahrheit findet darin sein Ziel, dass er Begegnung öffnet, Würde wahrt und Freiheit ermöglicht.

Man kann es lernen, Menschen zur Wahrheit zu führen. Ärztinnen und Ärzte, aber auch Pflegepersonal können sich Unterstützung holen, wenn man unsicher ist oder einem diese Erfahrungen zusetzen. Es gibt Gesprächstechniken und relativ einfache Strategien für solche Situationen, die man tatsächlich wie ein Handwerk lernen kann.

Aber das alles soll keine weitere professionelle Zumutung sein, eher eine Ermutigung. Für all das stehen Klinikseelsorger und -seelsorgerinnen bereit, 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 Gestalt der Balint-Gruppen ist dies in der klinischen Praxis schon lange etabliert.

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

sich zugleich in den Raum der Liebe Gottes. Viel mehr Menschen, als wir meinen, beten – gerade im Krankenhaus. Vielen öffnet sich der Raum der Hoffnung gerade dann, wenn Türen des Lebens zugehen. Darin liegt eine große Kraftquelle!

Zum Schluss, nach all dem Gewichtigen, eine ganz einfache Coping-Strategie: Eine ältere Ärztin, so wird erzählt, sagte zu einem jüngeren Kollegen, der angesichts all des Leides und seiner eigenen Ohnmacht innerlich am Verzweifeln war: „Komm, wir gehen mal in den ersten Stock.“

Da war die Geburtsstation. Auch das ist existentielle Wahrheit!