

Aus der Reihe:

Dialogversuche: Medizin und Theologie im Gespräch

**Dokumentation der Veranstaltung vom
10. April 2008**

„Die Wahrheit wird euch frei machen ...“

(Joh. 8,32)

aber: wieviel Wahrheit vertragen wir in Zeiten der Krankheit ?

Wer krank ist, hat ein Recht, die Wahrheit über seine Situation zu erfahren. Die moderne Diagnostik ermöglicht sehr detaillierte Erkenntnisse. Zu den Pflichtaufgaben des Arztes gehört es, über Art und Umfang der Erkrankung aufzuklären.

Die Wahrheitsmitteilung ist nicht immer einfach zu gestalten. Nicht jede/r Patient/in verkräftet die ganze Wahrheit, nicht jede/r ist in der Lage, die damit zusammenhängenden Entscheidungen zu treffen.

Welche Chancen, welche Gefahren liegen in einer der Wahrheit verpflichteten Begleitung der Kranken? Wie kann die Mitteilung der Wahrheit patientenorientiert geschehen? Wie kann das Recht auf Nichtwissen gewahrt werden? Wie gestaltet sich die medizinische und seelsorgerische Begleitung der Patienten, die erst lernen müssen, die Wahrheit anzunehmen?

Referenten:

Prof. Dr. Reinhard Schmidt-Rost	Professor für Praktische Theologie an der Evangelischen Fakultät der Universität Bonn
Professor Dr. med. Andreas Hirner	Direktor des Chirurgischen Zentrum an den Universitätskliniken Bonn
Pfarrer Andreas Bieneck	Klinikseelsorger an den Universitätskliniken Bonn
Herr Christian Mowitz	Patient

Moderation: H.-B. Hagedorn - Klinikseelsorger an den Universitätskliniken Bonn

Einführung: Pfr. Walter Koll - Klinikseelsorger an den Universitätskliniken Bonn

Veranstalter: Katholische und Evangelische Klinikseelsorge des Universitätsklinikums Bonn
Evangelisches Forum Bonn und
Katholisches Bildungswerk Bonn

gefördert durch:



des Evangelischen Kirchenkreises Bonn

Einführung Pfr. Walter Koll

Klinikseelsorger
an den Universitätskliniken Bonn

Sehr geehrte Damen und Herren !

Ich heiÙe Sie alle hier im Hörsaal der Universitätsfrauenklinik willkommen und begrÙe Sie im Namen der Veranstalter dieses Dialogabends – das sind die katholische und evangelische Klinikseelsorge des Uniklinikums, die beiden kirchlichen Bildungswerke hier in Bonn und die evangelische Stiftung Krankenhausseelsorge des Kirchenkreises Bonn.

„Was ihn am meisten quälte, war die Lüge – jene aus irgendeinem Grunde von allen anerkannte Lüge, dass er nur krank sei, nicht aber sterbe ... Es quälte ihn, dass man nicht eingestehen wollte, was alle wussten, und was auch er wusste, und dass man ihn über seine entsetzliche Lage belgen und ihn zwingen wollte, an dieser Lüge teilzunehmen.“

Mit diesen Worten bringt Leo Tolstoi in seiner Novelle „Der Tod des Ivan Iljitsch“ ein Thema auf den Punkt, das seit vielen Jahren unter dem Stichwort „Wahrheit am Krankenbett“ immer wieder zwischen Ärzten, Pflegenden, Seelsorgern, Patienten und Angehörigen diskutiert wird.

Wir haben für diesen Abend das Thema so formuliert: „Die Wahrheit wird euch frei machen – aber: wie viel Wahrheit vertragen wir in Zeiten der Krankheit?“.

Damit ist die Spannung ausgedrückt, die mitverantwortlich ist dafür, dass dieses Thema so kontrovers diskutiert wurde und wird. Diese Spannung lässt sich auch so beschreiben: es gibt ein Recht auf Wissen, aber es gibt auch ein Recht auf Nichtwissen. Der Mediziner und Therapeut Artur Jores beschreibt diese Spannung noch einmal anders und sagt: „Der Patient hat Angst vor der Wahrheit und der Arzt hat Angst, die Wahrheit zu sagen.“

Worum geht es bei diesem spannungsvollen Thema der Wahrheitsmitteilung? Ich nenne nur ein paar Überschriften, um den Referenten nichts vorweg zu nehmen:

- es geht um das Arzt – Patienten Verhältnis
- es geht um den Respekt vor der Person des Kranken
- es geht um die Kommunikation zwischen dem Patienten und seinen Angehörigen
- es geht um die Möglichkeit des Kranken, sich mit der Realität der eigenen konkreten Situation auseinandersetzen zu können.

Ich verfolge das Thema schon seit meiner Studienzeit in den Siebziger-Jahren, als ich meine theologische Diplomarbeit über die Krankenhausseelsorge geschrieben habe. Und ich habe erlebt, dass sich die Fragestellung zur „Wahrheit am Krankenbett“ im Laufe dieser Zeit verändert hat. Während in der Vergangenheit die Frage eher lautete, ob dem Patienten die Wahrheit, das heiÙt die ganze Wahrheit über seine Situation, über Ergebnisse der Diagnostik und die daraus resultierende Perspektive mitgeteilt werden kann beziehungsweise soll, scheint sich heute die Frage eher so zu stellen: wie kann dem Kranken die Wahrheit so mitgeteilt werden, dass er sie annehmen und mit ihr leben lernen kann.

Tatsächlich ist zu beobachten, dass Ärzte ihre Patienten sehr umfangreich aufklären, aus rechtlichen Gründen auch aufklären müssen, vor allem über mögliche Risiken und Nebenwirkungen operativer

oder therapeutischer Maßnahmen. Und ich erlebe andererseits in der seelsorglichen Begleitung die Reaktionen der Patienten in der Bandbreite zwischen Schock und Entmutigung auf der einen Seite und Befreiung von quälender Ungewissheit, Bestätigung ihrer Ahnung und Ermöglichung der selbstbestimmten Gestaltung der eigenen Situation auf der anderen Seite.

Ich begrüße nun die Referenten des heutigen Abends, die jeweils aus ihrer Sicht , aus ihrer Rolle zu diesem im wahrsten Sinne des Wortes spannenden Thema Stellung nehmen, und stelle sie kurz vor.

Aus Sicht des Mediziners wird dies Herr Professor Andreas Hirner tun. Er ist der Direktor des chirurgischen Zentrums hier am Universitätsklinikum Bonn. Herzlich willkommen.

Aus Sicht der Theologie spricht Herr Professor Reinhard Schmidt-Rost zu uns. Er ist Professor für praktische Theologie an der Evangelischen Fakultät der Universität Bonn. Herzlich willkommen.

Aus Sicht der Seelsorge spricht Herr Pfarrer Andreas Bieneck über seine Erfahrungen. Er ist evangelischer Seelsorger hier am Uniklinikum Bonn.

Aus Sicht eines Betroffenen, eines Patienten kommt Herr Christian Mowitz heute Abend zu Wort. Herzlich willkommen und ganz herzlichen Dank, dass Sie uns Ihre Zeit und Ihre Erfahrungen zur Verfügung stellen.

Ich wünsche uns allen, die wir in Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft auch von diesem Thema Betroffene sind, einen spannenden Abend.

Vortrag

Prof. Dr. med. A. Hirner

Direktor des Chirurgischen Zentrums
Universitätskliniken Bonn

Co-Autorin: Joanna Korczyk
Assistenzärztin

Verehrte Anwesende,

Violetta Valery, die Titelfigur in Verdi's La Traviata, ist wegen fortschreitender Tuberkulose vom Tod gezeichnet. Der Arzt tröstet sie und spricht sogar von einer baldigen Genesung. Sie erkennt zwar die Unwahrheit, antwortet aber sehr fein: „Nur den Ärzten ist eine fromme Lüge erlaubt“.

Natürlich ist heute klar: Die fromme Lüge ist nicht mehr die regelhafte Grundlage unserer Beziehung zum Patienten, und ganz zweifellos haben wir hier einen Paradigmenwechsel, nämlich, dass mehr Wahrheit am Krankenbett sinnvoll, notwendig, angebracht und wichtig sei.

Lassen Sie mich meine Gedanken in lockerer Reihenfolge darstellen:

1. Früher, aufgrund der Hilflosigkeit der Medizin gegenüber existentiellen Krankheiten, stand das Trösten im Vordergrund, und beim Trösten gab man der Hoffnung breiten Raum. So war das auch bei Violetta, obwohl sie um ihr Schicksal wusste. Wir werden darauf zurückkommen, dass Patienten meist viel mehr erahnen als es Angehörige und medizinisches Personal wahr haben wollen.
2. Die Beziehung von Arzt zu Patient hat sich grundlegend verändert: vom väterlich-autoritären Ansatz hin zum intellektuellen Vermittler zwischen Krankheit und Patient, also die Entwicklung vom Paternalismus zur Patientenautonomie – übrigens ein neues Paradigma in der Medizinethik. Bereits Plato unterscheidet in den Nomoi zwischen dem Sklavenarzt, der wie ein Tyrann seine ärztlichen Anordnungen erlässt, und dem Arzt für Freie, der gemeinsam mit dem Kranken und seiner Familie die Behandlung bespricht. Die beiden Vorgehensweisen sind also nicht neu.
3. Aus dem Tröster in mittelalterlichen christlichen Hospizen sind heute aktive Helfer und Heiler geworden, und zum Helfen und Heilen bedarf es in aller Regel eines aufgeklärten Patienten: Ansonsten kann der Patient nicht mit Nebenwirkungen und Risiken der Behandlung umgehen; und er hat keine Basis für seine Lebensplanung bei lebensverkürzenden Erkrankungen. Leider schießt diese veränderte Arzt-Patienten-Beziehung mancherorts übers Ziel hinaus, und es scheinen dann Begriffe zu dominieren wie Kunde, Dienstleistung oder Ware, die das Verhältnis zwischen Patient und Arzt definieren, und wo Wahrheit am Krankenbett einer knappen und schonungslosen Darstellung der Situation entspricht. In diesem Gedankenfluss ist dann Aufklärung, sprich Wahrheit am Krankenbett, nichts weiter als einerseits juristische Absicherung, andererseits Pseudoentlastung einer nicht mehr vorhandenen ärztlichen Grundhaltung.
4. An diesem Shift, vom tröstenden zum aufklärenden Arzt, ist natürlich ganz wesentlich unsere eigene deutsche Geschichte schuld: Nach dem Bekanntwerden der pervertierten

medizinischen Versuche im Nationalsozialismus wurde das Vertrauen gegenüber allen ärztlichen Handlungen zunehmend hinterfragt. Ab 1957 erprobten die USA tastend und unsicher ein neues Paradigma, den "informed consent", die Einwilligung des Patienten in eine ärztliche Maßnahme. Galt zunächst noch ein ärztlicher Eintrag in der Patientenakte, dass der Arzt mit dem Patienten über alles gesprochen und der Patient alles verstanden habe und die Maßnahme erbete, war in der Folge die Patientenunterschrift auf einem immer größer werdenden Formblatt notwendig. Die ideale Aufklärung führe zu absoluter Patientenzufriedenheit, heißt es, bei vollem Verständnis der Alternativen, im Vollbesitz der Autorität, die Maßnahme auch abzulehnen. In diesem neuen Verständnis sei der Patient Kapitän, der Arzt Steuermann.

5. Hintergrund des "informed consent", und dies ist dabei die Unehrlichkeit, ist heute aber mehr ein Anspruch der Jurisprudenz als eine Sensibilität für die Arzt-Patienten-Beziehung. In praxi zeigt sich nämlich, dass inhaltliche Aufklärung selten zu leisten ist, dass Patienten bei existentiellen Erkrankungen mit dem Rücken an der Wand stehen und dass auch ein wahrhaftiges Sprechen über alle möglichen Risiken häufig doch nur Unsicherheit und Angst auslöst. Es muss kritisch hinterfragt werden, ob nicht vor der schonungslosen Risikoaufklärung die Patientenzufriedenheit Vorrang haben sollte.
6. Die Verwissenschaftlichung und der technologische Fortschritt haben in der Medizin zu einer zunehmenden Arbeitsteilung und Spezialisierung geführt. Medizinische Entscheidungsprozesse werden immer komplexer, wir kommen zum anonymen "Center of Excellence". Ein Spezialist kennt zwar die Krankheit, aber nicht die Persönlichkeitsstruktur des Patienten. Das heißt, der Überbringer der Botschaft sollte prinzipiell der Arzt des Vertrauens sein, nicht der hinzuerbetene Spezialist.
7. Ehrlichkeit ist die Basis für Vertrauensentwicklung, und ein Vertrauensverhältnis ist die Voraussetzung für ein ehrliches Gespräch – Ehrlichkeit und Vertrauen sind also zwei sich gegenseitig bedingende Begriffe, unerlässlich für das Überbringen von medizinischer Wahrheit, von schmerzhafter Wahrheit. Hierzu brauchen wir aber Zeit, sowohl der Patient als auch wir Krankenhausärzte: Und es ist oft sehr schwierig, in einer immer kürzeren Patienten-Verweilzeit ein solches Verhältnis aufzubauen, in welchem schmerzhaftes Wahrheiten überbracht werden können.
8. Auch wir schaffen das nicht immer. Hier ein eigenes Negativbeispiel: Express-Patient-Chefarzt hat Krebspatienten „hinausgeworfen“ – wir haben es nicht geschafft, den Patienten von der Richtigkeit unseres Behandlungsvorschlags zu überzeugen. In den vergangenen 19 Jahren gab es zweimal einen Suizid eines chirurgischen Patienten nach Aufklärung einer bösartigen Erkrankung. Es hat uns jeweils extrem getroffen, und vielleicht waren wir auch hier nicht feinfühlig genug.
9. Nach neuesten Studien wollen 66-100% der Patienten vollständig aufgeklärt werden. Somit ist es unabdingbar notwendig, dass Ärzte auch in dem Bereich der Aufklärung gelehrt werden. Hier gibt es ein dickes Manko! Die Kommunikationsstrategie darf also nicht unterschätzt werden – so sollten auf schlechte Nachrichten immer gute folgen: Bei einem schwer Erkrankten z.B. die Zusicherung einer optimalen Palliativmedizin.
10. Wichtig erscheint mir immer wieder darauf hinzuweisen, dass es in keiner Weise getan ist mit dem sachlichen Mitteilen der Diagnose, also mit einer intellektuellen Aufklärung. Der Patient muss insbesondere bei lebensverändernden Diagnosen spüren, dass wir uns weiter um ihn kümmern. Dem Patienten darf zwar die Wahrheit eines Durchschnittswertes nicht vorenthalten werden, aber man muss ihm auch Hoffnung lassen: Hoffnung auf einen möglicherweise unerwartet positiven Verlauf der Erkrankung. Wir alle schauen nicht in die Zukunft.

11. Wir müssen bei der Aufklärung unheilbarer Erkrankungen vermitteln können, dass man keinen Anspruch auf Gesundheit hat, wohl aber Anspruch auf Hilfe und Pflege, und das ist etwas ganz anderes. Man muss vermitteln können, dass es ein sinnvolles Leben auch mit einer chronischen Krankheit geben kann. Dieses zu vermitteln, entspricht höchstem Anspruch auf Aufklärung. Und wir müssen den Patienten immer spüren lassen, dass wir in seinen Nöten und Ängsten immer für ihn da sind.
12. Natürlich müssen und sollen wir nicht jeden Tag einen Patienten mit der Nase darauf stoßen, dass seine Lebenserwartung begrenzt ist – lassen wir der Verdrängung ihren Raum – die Fähigkeit des Verdrängens ist ein Mosaikstein zu besserer Lebensqualität. Andererseits: Fast alle Patienten mit fortgeschrittener Krankheit und infauster Prognose wissen selbst, wie es um sie steht – erinnern wir uns an Violetta – und ein offenes Gespräch würde die Sicherheit der Selbsteinschätzung erhöhen.
13. Leitbild für unsere Aufrichtigkeit muss das unüberbietbare Arzt-Patient-Verhältnis bleiben. Der Arzt ist Anwalt der Sache des Patienten, und diese ist seine ureigenste Sache selbst. Es sind nicht Begriffe wie Kunde, Dienstleistung oder Ware, die das Verhältnis zwischen Patient und Arzt definieren, sondern es ist nach wie vor das Vertrauensverhältnis, aufgrund dessen wir den Patienten behutsam der Wahrheit immer ein Stück näher bringen.
14. Man hat heute vielleicht allzu oft den Eindruck, dass es nur um die sachliche, um die schnöde Wahrheit geht und dass die Vermittlung einer mit Hoffnung verbundenen Wahrheit zu kurz kommt. Aussichtslose Situationen sollten wir gegenüber dem Patienten häufiger verbalisieren und dann offen umschwenken von einer gezielten hin zu einer supportiven Therapie, wo dann Lebensqualität ganz im Vordergrund steht. Wahrscheinlich finden wir zu selten den Punkt, ab welchem wir durch unser Handeln mehr Leiden produzieren als lindern. Ich bin mir ganz sicher, dass die meisten schwerkranken Patienten in einer solchen Offenheit ruhiger und zufriedener würden. Nur eines müssen wir stets bedenken: Alle Beteiligten, von der Putzfrau bis hin zum Chef, müssen die gleiche Wahrheit mitteilen: Nichts macht den Patienten ängstlicher bzw. unsicherer, als wenn er unterschiedliche Informationen erhält.
15. Ein letzter Einzelgedanke: Je mehr die Medizin heilen kann, desto unmissverständlicher müssen die Wahrheit der Diagnose und die Risiken der Behandlung übergebracht werden. Wir Chirurgen haben es dabei besonders schwer, weil wir den Patienten oft zeitgleich doppelt belasten müssen: einerseits mit der Diagnose als solcher, andererseits mit den Risiken der Therapie. Dabei dürfen wir nie vergessen: die Hoffnung bestehen lassen – die Hoffnung ist eine Lebenskraft.

Zugegeben: Es gibt keinen Königsweg bei der Frage der Wahrheit am Krankenbett – natürlich kann Wahrheit eine schmerzvolle Belastung bedeuten, Betrug ist aber langfristig eine weit größere Belastung.

Letztlich bestimmt der Patient, wieviel Wahrheit er will, wieviel Wahrheit er aber auch verträgt: Dies muss der Betreuende, der Behandelnde spüren. Ausdrücklich möchte ich aber hinzufügen, dass in Einzelfällen - zum Schutz des Patienten - nach wie vor die fromme Lüge erlaubt und geboten ist, und zwar dann, wenn wir Patienten zwingen würden, etwas zu verstehen, wozu ihnen die Kraft fehlt, beispielhaft am psychosozialen Ende eines Lebens.

Und vergessen wir ein Letztes nicht: Was ist denn Wahrheit? Wahrheit ist philosophisch einer der meist diskutierten Begriffe überhaupt, und lassen Sie mich mit der Frage schließen: Ist Wahrheit am Krankenbett immer die Vermittlung der intellektuell fassbaren Realitätseinschätzung? Meine ehrliche Antwort: Ich weiß es nicht.

Vielen Dank!

Vortrag

Prof. Dr. R. Schmidt-Rost

Professor für Praktische Theologie
Evangelische Fakultät der Universität Bonn

Ich bin im Verhältnis zu meinem Podiums-Kollegen ein Außenseiter heute Abend. Dies wurde durch meine Anreise schon deutlich, als ich nicht sofort hierher gefunden habe – da gibt es so viele Baustellen hier auf dem Gelände. Das erinnerte mich an einen Witz aus der Kirche des Mittelalters: Als dem Hl. Dominik während der Bauphase des Klosters in Köln von den Brüdern die Baupläne mit Stolz gezeigt wurden, soll er unter Tränen gesagt haben: „Jetzt geht es mit der Kirche bergab – es wird gebaut!“ Dies mag für geistliche Gebäude eher zutreffen als für Medizinische, aber eines wird auch darin angedeutet: die fortschreitende Spezialisierung, die sich auch baulich bemerkbar macht, modifiziert auch den moralischen Impetus (Violetta – zit. n. Prof. Hirner, meinem Vorredner: „nur den Ärzten ist die fromme Lüge erlaubt“) und erfordert möglicherweise neue Wege.

Ich spreche aus der Außenperspektive, nicht als Arzt oder Pfleger; mehr aus der Sicht eines Patienten oder eines Angehörigen – manchmal als Vertrauter oder Seelsorger. Meine Beschäftigung mit diesem Thema ist schon älter: Mitte der 70-er Jahre schrieb ich in Psychologie mit einem Mitstudenten zusammen über die Einstellung zum Lebensende. Mein Kollege befasste sich mit den Sterbephasen, wie sie von Elisabeth Kübler-Ross beschrieben wurden. Ich habe eher sozusagen aus der Mitte des Lebens heraus auf die Zukunft, auf die Einstellung zum Ende, also auf die Begrenztheit unseres Lebens geblickt. Dies ist auch heute in meinem Beruf meine Perspektive: wir haben unser Leben immer im Wissen um seine Grenze zu gestalten und zu bedenken, dass unser Leben gerade darin auch seinen Wert und seine Besonderheit findet.

Wenn ich das Johanneszitat „Die Wahrheit wird euch frei machen“ in Bezug zur Krankheit setze, drängt sich mir folgende These auf: „Die Wahrheit macht niemals frei.“ Die Wahrheit in Zeiten der Krankheit bindet den Einzelnen an sich selbst, an seinen Körper und dessen Befindlichkeit. Die Psychiater sagen, wenn diese Bindung an die eigene Befindlichkeit Überhand nimmt, sei dies ein Fall von Hyperchondrie.

Die Rede von Wahrheit, die frei macht, meint nicht die Klarheit einer medizinischen Diagnose, über dessen Schwierigkeit Prof. Hirner Deutliches gesagt hat – die Wahrheit, die frei macht, ist überhaupt nicht an die Grenzen einer individuellen menschlichen Existenz gebunden. Sie wird in der liebenden Zuneigung von Menschen zueinander in Liebe, Güte und Vertrauen erfahren – in den Kräften also, die kein Mensch herstellen kann - wir können diese Kräfte bestenfalls hervorrufen. Dazu braucht es Zeit, und eine menschliche Beziehung - weniger Daten und deren Deutung.

Die Wahrheit, von der ich rede, hat durchaus mit unserer Existenz zu tun – sie ist aber nicht herstellbar. Wenn sie uns gegeben wird – oder wie wir im religiösen Kontext sagen würden: wenn sie uns geschenkt wird, können wir sie in anderen Menschen wecken. Dies ist nicht etwas Ungewöhnliches, sondern durchaus etwas Alltägliches. Die Rede von der Wahrheit, die uns frei macht, liegt aller Diagnose, Prognose und Therapie entlastend voraus. Gerade deshalb gehört sie auch ins Krankenhaus und nicht nur in die Kapelle.

Die Wahrheit, die frei macht, sagt vor allem, dass alle Menschen gerade in der Verschiedenheit der Gaben, Kräfte und Leistungen gleich lebenswert und gleich liebeswürdig sind. Denn die Wahrheit, die frei macht, kann man auch anders beschreiben: es ist die Überzeugung, dass das Leben allen gehört und dass niemand dieses Leben sich selbst geben kann. Wenn Sie das vorhin erinnerte Datum aus der griechischen Geschichte über die Unterschiede zwischen Freien und Sklaven und deren

Behandlung bedenken, dann können Sie sich vorstellen, dass diese Gleichheit oder Gleichschätzung ein ungeheurer kultureller Fortschritt ist. Es ist allerdings auch eine große Aufgabe, dass in einer Klinik jede Frau und jeder Mann eine gleiche Behandlung beanspruchen kann. Kritiker werden jetzt auf die Klassenmedizin hinweisen – jedoch vom Ansatz her haben alle Anspruch auf die gleiche Wertschätzung als Person.

Die Wahrheit, die uns frei macht, heißt zweitens, dass sich unter der Voraussetzung der Gleichschätzung aller Menschen ein Vertrauensklima entwickeln kann, dass mit der Zementierung der selbstverständlich gegebenen Unterschiede von vornherein gestört wäre. Die erste Eigenheit dieser Wahrheit produziert diese eher praktische Konsequenz: Das Vertrauensklima als diejenige Beschaffenheit zwischenmenschlichen Lebens, in der die Gleichschätzung aller praktisch zur Geltung kommen kann.

Drittens befreit die Wahrheit, die frei macht, aus der Angst um sich selbst, weil und soweit der Mensch die gütige Vertrauensgemeinschaft derer erfährt, die sich im Geist dieser Wahrheit dem Lebenswert aller Menschen verbunden fühlen.

Dies ist ein Grundsatz christlichen Glaubens, den ich hier in eine praktische Formel zu fassen versucht habe, an dessen Einlösung wir Menschen immer wieder scheitern. Nicht, weil sie als Orientierung ungeeignet wäre, sondern weil die darin gefasste Herausforderung zu groß ist.

Wenn die Situation der Kranken unter diesen Gesichtspunkten gesehen wird (gleich lebenswert und liebeswürdig), so sind Kranke, Ärzte und Pflegende sowie Angehörige und Besucher gemeinsam an einer möglichst tiefen Einsicht in die gesundheitliche Situation des Patienten interessiert. Die moderne Diagnostik und die vielfältigen Therapien sind aus dieser intensiven Bemühung um das wertvolle Leben des Einzelnen überhaupt erst entstanden. Die Medizin hat im Licht der ewigen Wahrheit mit den Unklarheiten unseres Lebens zu tun – mit Unklarheiten, die sie im Bemühen um das wertvolle Leben zunächst erst schaffen mussten. Die Fülle der Spezialisierungen hat nicht darin ihren Grund, etwas vernebeln zu wollen oder etwa auf den falschen Wegen unterwegs zu sein, sondern dass man in einer intensiven Suche analytisch immer schärfer vorhandene Problemlagen ins Auge gefasst hat. Dies hat vielfältigen Segen gebracht. Auf der anderen Seite ist damit auch eine Unübersichtlichkeit gewachsen, die eine große Bedeutung im Zusammenwirken von generalistisch ausgebildeten Ärzten einerseits und Spezialisten andererseits bekommt. So hat ein Spezialist eine hervorragende Sicht auf mögliche Auswirkungen einer Therapie oder eines Eingriffs, die dem Generalisten nicht in dieser Weise zuhanden ist, andererseits hat der Spezialist nur eine eingeschränkte Sicht auf die Gesamtzusammenhänge, in denen der Patient sich befindet. Daraus ergibt sich eine hohe kommunikative Anforderung an den ärztlichen Beruf, der immer neu den Bezug herstellen muß, das Leben des Patienten zu fördern und in seiner tiefsten Bedürftigkeit zu durchschauen und ihm zu helfen.

Ein weiteres: Die moderne Diagnostik und Therapie hat die Aufklärungspflicht des Arztes – die schon immer bestand – enorm ausgeweitet. Nun sind Arzt und Patient oft umringt von einer Vielzahl Verantwortlicher. Schon längst ist es nicht mehr die – gewiss auch nicht – einfach zu handhabende Zweierbeziehung zwischen Arzt und Patient. Ich denke an eigene Erfahrungen in der Suche nach dem autonomen Willen in Bezug auf Pflege und Versorgung alter pflegebedürftiger Menschen. Patientenverfügungen, Pflegevollmachten und vieles mehr sind Ausdruck und Auswirkung auch der medizinischen Erfolge, die zu einer immensen Lebensverlängerung führten und auch die Frage nach der Wahrheit am Krankenbett verändert haben. Möchte eine 93-jährige Patientin, selbst Ärztin, bei hoher Pflegebedürftigkeit noch weiter ernährt werden? Kann sie sich noch äußern? Wer spricht für sie, wenn sie sich selbst nicht mehr äußern kann? Wie wird dies von den betreuenden Ärzten aufgenommen? Inwieweit haben sich Gesamtumstände verändert, so dass auch Therapien neu überdacht werden müssen? Wie zeigt sich dann, dass jeder Mensch lebenswert und liebeswürdig ist?

Ich bin gespannt, was wir unter dem Thema „Wahrheit am Krankenbett“ in 15 Jahren diskutieren werden – „Wahrheit am Krankenbett“ ist kein einheitlicher Sachverhalt, sondern – wie wir etwas

ironisch in der Philosophie sagen – ein „Containerbegriff“ für eine Fülle von Sachaspekten, die wir in diesen „Container“ hineinlegen.

Im Lichte der Wahrheit, die Vertrauen und Leben schafft, wird die Gestaltung der Mitteilung über die Situation des Kranken als eine gemeinsame Aufgabe aller Betroffenen gesehen und nicht als ein „Duell“ zwischen Arzt und Patient, wie es noch in früheren Jahren oft klang, als müsse der Patient dem Arzt die Wahrheit abringen. Heute handelt es sich um eine sehr komplexe soziale Situation, und ich frage mich, wie man es schaffen kann, in einem Komplex einer großen Klinik in relativ einheitlicher Weise zu kommunizieren – eine eher wunderhafte Vorstellung! Denn es besteht kein Zweifel, dass es **die** Klarheit über eine Erkrankung nicht geben kann.

Eugen Roth hat einen Spottvers über die Chirurgie verfasst, den ich gern zur Auflockerung einbringen möchte:

Ja, der Chirurg, der hat es fein.
Er macht mich auf und schaut hinein.
Er macht mich nachher wieder zu.
Auf jeden Fall hast Du jetzt Ruh: ´
wenn mit Erfolg für lange Zeit,
wenn ohne für die Ewigkeit.

Wenn es die Klarheit über eine Situation gäbe, würde niemand nach der Wahrheit, die uns frei macht fragen.

Wir brauchen eine Freiheit, die freimacht

- zu einem verantwortlichen ärztlichen Handeln
- zu gemeinsamer Entscheidungsfindung und
- zum Ertragen möglicher Misserfolge, die trotz Handelns nach bestem Wissen und Gewissen eintreten können.

Eine Klarheit, eine Durchsichtigkeit der Lebensverhältnisse gibt es in keinem Lebensprozess – und man sollte sie selbst nicht bei einer gut funktionierenden Maschine erwarten. Die ärztliche und seelsorgerliche Begleitung kann bestenfalls dazu beitragen, dass die Patienten die „so genannte Wahrheit“ über ihre gesundheitliche Situation von der „wirklichen Wahrheit“ über sich selbst in ihrem Lebenswert zu unterscheiden lernen. Diese Unterscheidung trägt dazu bei, den Kranken davon zu entlasten, sich nur noch über seine Krankheit, sein Alter, seine abnehmende Leistungsfähigkeit und letztlich von seiner letzten Begrenzung, von seinem Tod her zu definieren. Wie das im Einzelnen geschehen kann, dafür braucht es keine weiteren Rezepte. Man muss sich jedoch immer wieder in dieses Bewusstsein hineinversetzen, dass wir – bekenntnishaft religiös gesprochen – aus dieser Wahrheit leben, alle lebenswert zu sein und dass wir alle als Menschen nur in diesen Grenzen unseres Lebens überhaupt unseren Wert erkennen können. Diese Einsicht ist zugleich traurig und tröstlich. Sie wird je nach Lebensumständen trauriger oder tröstlicher sein.

Bevölkerungsstatistisch erleben wir eine Phase von mehr Trost und weniger Trauer – wir erleben immer mehr Menschen, die sich durchaus auch in höherem Alter eines erfüllten Lebens trösten können, wenn sie denn ihr Leben so schätzen können und weniger darum trauern müssen, dass es mit dem Leben zu Ende geht. Bei vielen Menschen hat sich die Einstellung zum Lebensende durch die höhere Lebenserwartung deutlich verändert. Die Bereitschaft, das Leben auch in hohem Alter staunend als Geschenk zu würdigen, ist deutlich gewachsen.

Ich danke Ihnen !

Vortrag

Herr Christian Mowitz

- Patient -

Ich bin gebeten worden, heute Abend aus meiner Sicht als Patient über das Thema Wahrheit zu sprechen. Meine Erfahrungen der letzten Zeit haben mich zu Fragen geführt, über die ich bis dahin nie nachgedacht habe.

Zunächst kurz zu meiner Geschichte:

Februar 2004: Tumorerkrankung (Weichteil - Sarkom), seitdem 2 Chemotherapien, 2 Bestrahlungen, 22 Krankenhausaufenthalte und 13 Operationen. Die letzte OP vor 4-5 Monaten bei Prof. Hirner. Zu Beginn meiner Erkrankung war ich sehr wahrheitsresistent. Zwar bin ich Naturwissenschaftler und sehe die Dinge sehr pragmatisch und klar - auch ein Röntgenbild kann ich gut deuten. Ich verstehe sehr gut, wenn ein Arzt zu mir sagt, dass ich ziemlich große Knoten im Bauchraum habe. Trotzdem hat es bis zum Erstgespräch mit meinem Onkologen gedauert – und dies war 14 Tage später – bis mir wirklich klar war, dass ich Krebs habe. Obwohl ich schon am ersten Tag wusste, dass da etwas Fremdes in meinem Bauch Platz eingenommen hatte. Diese Zeit der Wahrheitsresistenz eines Patienten kann von niemandem verstanden werden, der nicht selbst schon in dieser Situation war.

Ich möchte von Begebenheiten erzählen, die ich nie wieder so erleben möchte. Das Ergebnis einer Biopsie zu Beginn meiner Behandlung (3 Tage nach dem Gespräch und dem Ultraschall) ließ annähernd 14 Tage auf sich warten – warum? Mein Tumortypus ist äußerst selten.

Ich möchte appellieren, Wahrheit von Prognose zu differenzieren. Wahrheit ist das, was ich für mich erkennen kann. Das ist der Krebs in meinem Bauch, der Tumortyp. Ich bekam einen Befund, der durch den Pathologen mir persönlich und meinem Onkologen zugesandt wurde. Als ich diesen Befund zu Hause öffnete las ich: „Die Prognose ist sehr schlecht, adjuvante Therapien sind bei diesem Tumortyp normalerweise nicht wirksam!“

Bei der Internetrecherche zum Thema „adjuvante Therapien“ stieß ich bei meinem Tumortypus auf Chemotherapien und Bestrahlung, die als wirksam beschrieben wurden. Wieso also schreibt ein Pathologe die Unwahrheit? Warum schreibt ein Pathologe solche Hinweise, wo doch meines Erachtens seine Aufgabe darin besteht, den Typus festzustellen und keine weiteren spekulativen Aussagen zu treffen? Der Onkologe ist der Fachmann für die Therapieentscheidung und vor allem ist er die Person meines Vertrauens, mit dem ich mich gern in einem Gespräch den Therapieaussichten stellen möchte und nicht durch ein Schriftstück, das mich zunächst einmal mit dem Geschriebenen allein lässt. Mir wurde deutlich, dass Wahrheit ein mächtiges Werkzeug ist. Sie können mit Wahrheit motivieren, sie können mit Wahrheit aber auch sehr viel zerstören. Sie können Menschen mit Wahrheiten völlig außer Stande setzen, mit Situationen klar zu kommen. Ich bin Vater von drei Kindern, ich muss nach vorne schauen, was mir als Mitarbeiter in der IT-Branche eine Gewohnheit ist. Ich bin bis 2003 viel auf Reise gewesen. Dass ich so krank werden könnte, war für mich völlig undenkbar – normalerweise passiert so etwas den anderen.

Drei Jahre später hatte ich ein weiteres negatives Erlebnis. Ich hatte eine Tumor - OP im Armgelenk. Ein Stationsarzt klärte mich im Blick auf die OP wegen der notwendigen Einwilligung auf. Zunächst eine rein technische Angelegenheit, die ich gut verstehen konnte: es wird ein Stück entnommen und ein Kunstgelenk eingesetzt (dies hatte ich auch schon im Internet recherchiert). Er sollte mir lediglich erläutern, wie die OP abläuft und über Einschränkungen im Nachhinein aufklären. Das erste, was er mir sagte, nachdem er sich ans Krankbett gesetzt hatte, war: „Also, Herr Mowitz, bei Ihrem Tumortyp ist die Prognose ja im Allgemeinen schlecht!“ Am Liebsten hätte ich ihn in diesem Augenblick aus dem Zimmer geschmissen. Welche Anmaßung, die Aufklärung zur OP mit diesem Satz zu beginnen! Ich will keine Prognose, sondern eine klare Diagnose – eine Di-

agnose kann ich verstehen und mit ihr umgehen. Ein Arzt muss wissen, wie ein Mensch auf eine solche Ansprache hin reagiert. Ich gehe sehr offen mit diesen Dingen um, weil sie ein Teil von mir geworden sind. Bei meinen Kindern spreche ich sehr unterschiedlich von dem, was vor sich geht: Mein 15 jähriger Sohn ist sehr „taff“, er steht im Leben und weiß, wie die Situation aussieht. Er ist über Risiko und Diagnose im Klaren. Meiner kleinen Tochter gegenüber - sie ist 9 Jahre alt – gehe ich anders mit der Situation um und nehme gern auch die „fromme Lüge“ zur Hilfe um sie zu schonen und zu schützen. Warum sollte ich meinem Kind bei alledem, was sie im Augenblick auch noch belastet (Schulwechsel, großer Lehrplan) und bei all ihren vielfältigen Aufgaben und Hobbys die Lebensfreude nehmen? Mein 6-jähriger Sohn, der immer weiß, wann ich ins Krankenhaus gehe und dass ich Krebs habe, kann sich aber eigentlich nicht vorstellen was Krebs bedeutet. Darum spreche ich mit ihm nicht über Prognosen oder Wahrscheinlichkeiten. Er hat sich daran gewöhnt, dass Papa eine „Baustelle“ ist, dass er immer wieder zur „Reparatur“ ins Krankenhaus muss und dann wieder nach Hause kommt. Sicher erleben meine Kinder alle, dass ich unter der Chemo etwas anders aussehe als sonst. Meiner Tochter habe ich z. B. bei der ersten Chemo – da war sie 5 Jahre alt – den Rasierer in die Hand gegeben und gesagt: „Ich bin jetzt in der Chemo und meine Haare fallen nach und nach aus – jetzt rasier’ du mich mal gründlich!“ Sie hat sich nur kurz damit auseinandergesetzt und mir dann eine Glatze rasiert, bevor einzelne Haarbüschel einfach so ausgefallen wären. So habe ich bei ihr z.B. versucht, über das Handeln in Kommunikation zu treten.

Ich habe mir auch anderweitig Hilfe gesucht und bekommen. Zum Beispiel von einer Psychoonkologin während der Therapie im Johanniter-Krankenhaus. Zudem durch den Klinikseelsorger Prof. Eibach, der mich besuchte und im Gespräch über die Möglichkeiten des Umgangs mit meinen Kindern weiterhalf. Dies war zu Beginn ein sehr wesentliches Problem. Meine Frau und ich dagegen sind immer sehr gut mit allen Dingen klar gekommen.

Im Juni 2007 hatte ich ein großes Rezidiv – 5 befallene Orte in meinem Körper. Im Brustbereich, an der Leber, in der Nähe des Pankreas und zwei weitere Stellen im Bauchraum. Hier hatte ich das Aufklärungsgespräch mit Prof. Hirner, der mich bereits (besser von innen als von außen) kannte. Er hatte mich über die Risiken aufgeklärt. Das Gespräch war eigentlich beendet und er verließ mit seinen Kollegen das Zimmer als er sich noch einmal herumdrehte und sagte: „Ich werde Ihnen helfen!“ Er hat nicht gesagt: „Sie stehen im April heute hier vor 80 Leuten und sind gesund“, sondern er hat mir deutlich gemacht, dass er das tut, was ihm möglich ist. Seine Aussage war ein sehr wichtiges Signal und so etwas wie ein Schlüsselerlebnis im Erleben eines Arztes.

Eine Anmerkung zum Internetgebrauch: Das Netz ist mein Medium, beruflich, aber auch privat. Ein Tipp an Sie, liebes Publikum: Lassen Sie die Finger vom Internet in Bezug auf Themen, die sie nicht auch fachmännisch beherrschen. Die Ärzte als Fachleute wissen z.B. sehr genau, welche Internet-Seiten ihnen hilfreich sein können. Meine eigenen Versuche konfrontierten mich gleich zu Beginn meiner Suche mit Mortalitätsraten. In dieser Situation war dies in keiner Weise hilfreich. Zum Einen habe ich keine Lust zu sterben, weiß aber auch, dass ich eines Tages sterben werde. Der Zeitpunkt liegt aber in Gottes Hand und ihm überlasse ich mich. Ich tu alles, dass ich die beste Betreuung erhalte – dazu nutze ich auch das Internet, jedoch nicht, um Informationen zu meiner Krankheit zu erforschen – das brauche ich nicht, da wir dort auf Informationen stoßen, die wir nicht richtig einordnen können und die allzu oft demotivieren. Vielleicht stoßen wir dort auf Wahrheiten, aber niemand betreut sie auf dieser Suche, berät Sie und spricht über Bedenken und Befürchtungen.

Ich bin Gott dankbar dafür, dass sowohl meine lieben Eltern, die beide noch gesund sind, als auch meine liebe Familie und viele Freunde eine Situation schaffen, dass wir die mitgeteilten Wahrheiten ungeschönt und ohne falsche Vertröstungen wie z.B.: „Du kriegst das schon alles wieder hin“ besprechen können.

Hinzu kommt, dass ich in meinem starken Glauben viel Vertrauen aufbauen kann, dass die Dinge sich gut weiterentwickeln.

Ihr Thema heute Abend ist höchst individuell und auch äußerst sensibel. Ich bin den Ärzten dankbar, die sich mir gegenüber nicht zu weit aus dem Fenster gelehnt haben, indem sie viel zur Progno-

se aufgezählt haben. Für mich zählen die Diagnose und das klare nächste Ziel. Mein Onkologe des Johanniter-Krankenhauses, Prof. Ko kann mich sehr gut motivieren, mich auf die nächsten 3 Monate zu konzentrieren, wenn ich wieder einmal ein schlechtes CT mitbringe. Schritt für Schritt werden die nächsten Dinge geplant und terminiert. Ich habe aufgehört, über längere Zeiträume als 3 Monate nachzudenken. Im Wissen um die Wahrheit bin ich und meine Familie und Freunde in der Lage, die Zeit, die wir haben, so intensiv zu nutzen, zu leben – Dinge zu klären und ins Reine zu bringen, dass ich nicht eine Sekunde der letzten 4 Jahre missen möchte. Ich bin Gott dankbar dafür, diese Erfahrung machen zu können.

Für mich – und ich spreche hier wirklich nur für mich individuell – ist es sehr wichtig, die Wahrheit zu kennen. Mit der Wahrheit kann ich nach einem guten Weg mit meiner Krankheit suchen. Wenn ich darüber nachdenke, wie wesentlich auch die Form der Mitteilung einer Wahrheit ist, so möchte ich nicht in der Haut der Ärzte stecken, die hier einen guten Weg suchen und finden müssen. Ich mag jetzt hier mutig erscheinen. Wenn ich aber alle drei Monate in meinem Staging in die Klinik unter das CT gehe und das Gespräch zu den Ergebnissen – also zur Wahrheit – habe, sitze ich klappernd auf dem Stuhl. Die drei Monate der Zwischenräume jedoch habe ich bislang immer sehr gut leben können.

Das Wichtigste im Kontakt zu Gott – und da stehen meine Frau und meine Kinder hinter mir – ist mein Gebet darum, keine Angst haben zu müssen. Angst würde mir das Leben schwer machen, würde mich unfähig machen, mit der Wahrheit und der Situation umzugehen. Ganz zu Beginn meiner Krankheit habe ich abends gegen meine Angst gebetet und bin am Morgen aufgewacht - ganz ohne Angst.

Ich kann durch meinen Glauben an Gott, durch die vertrauensvolle Beziehungen zu den Ärzten, durch die liebevolle Familie und die Freunde in aller Offenheit der Wahrheit begegnen – und dies geht nur, wenn nicht Ängste dazwischen stehen. In diesem Sinne danke ich hier heute Abend ganz besonders Prof. Hirner und seinem Team, wie auch meinem Onkologen für die gute Begleitung und Führung. Sie handeln so, wie ich auch als Vater meinen Kindern gegenüber handele: mit Feingefühl einer Situation begegnen, die Kinder nicht überlasten oder überfordern – immer im Blick auf die Wahrheit.

Vielen Dank !

Vortrag

Pfarrer Andreas Bieneck

Krankenhausseelsorger
Universitätskliniken Bonn

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

zum Abschluss dieser „ersten Runde“ sollen Sie auch von mir ein paar Gedanken aus der Sicht des Klinikseelsorgers hören.

„Hoffnung ist nur ein Mangel an Information“ - so hat es der an Krebs erkrankte Dramatiker Heiner Müller ausgedrückt. Trost hat er entschieden abgelehnt.

In der Klinik treffe ich die Patienten oft in der Phase der Unsicherheit. Sie werden aufgenommen zur Abklärung von Beschwerden, es gibt noch keine Diagnose, oft allerdings bei den Betroffenen eine Ahnung. Oder eben die Hoffnung, dass nichts Ernsthaftes vorliegt.

Die Patienten, die ich dann nach längerem Aufenthalt treffe, sind in der Regel sehr gut aufgeklärt. Viele erzählen offen, sie litten an einer Krebserkrankung. Oft wird so etwas sehr nüchtern berichtet. Sind diese informierten Patienten wie Heiner Müller ohne Hoffnung und Trost?

Als ich 1977 am Universitätsklinikum Essen mit meiner Ausbildung zum Krankenpfleger begann, war die Situation noch wesentlich anders. Eine ernsthafte Krankheit, eine Krebserkrankung, so etwas war von einer Aura des Schweigens umgeben und wurde selten klar ausgesprochen. Wie oft hörte ich auf den Visiten das berühmte „Extra muros“, mit dem Ärzte sich darüber verständigten, dass das Eigentliche draußen, außerhalb des Patientenzimmers zu besprechen sei!

Auch als ich 1993 als Krankenhauspfarrer am Bonner Uniklinikum begann, war eine vollständige Aufklärung der Patienten nicht überall die Regel. Viele Diagnosen wurden in verschleierte Weise angedeutet. Auf dem Gebiet der Patientenaufklärung hat sich deshalb bis heute wirklich eine sehr positive Entwicklung vollzogen!

Was ist nun meine Aufgabe als Seelsorger bei derartig gut aufgeklärten Patienten? Es geht mir vor allem darum, sie auf dem Weg zu begleiten, eine sachliche Information des Arztes zur Wahrheit **ihres** Lebens zu machen. Dies ist ein Prozess mit oft sehr emotionalen Achterbahnfahrten zwischen Hoffnung und Verzweiflung, Wut und Trauer, Offenheit und Verslossenheit, Abwehr und innerer Zustimmung.

Diese Patienten befinden sich meist in einem Ausnahmezustand und brauchen sehr oft mehr als **ein** Gespräch mit dem Arzt. Manchmal wird auf einer Station gefragt: „Der ist doch aufgeklärt, warum verhält er sich so? Warum stellt er Fragen, als ob er seine Diagnose nie erfahren hat?“ Bei solchen Patienten ist eine behutsame Begleitung erforderlich, Sie bauen Schutzmechanismen auf, die nur sehr vorsichtig umgangen werden können. Ab einem bestimmten Punkt müssen wir als Begleiter sie sogar bestehen lassen und akzeptieren. „Jeder Patient hat das Recht auf Nichtwissen“, sagt der bekannte Arzt Linus Geisler sinngemäß.

Als Beispiel möchte ich Ihnen erzählen, wie ich einmal spät abends auf eine Station gerufen wurde. Dort lag ein ältere Patientin im Sterben und die Tochter empfing mich mit den verzweifelten Worten: „Sie müssen unbedingt mit ihr reden. Sie begreift immer noch nicht, wie ernst es um sie steht!“

Im Gespräch mit der Patientin merkte ich bald, dass sie durchaus auf der Ebene ihres Unbewussten Klarheit über ihren nahen Tod hatte. So sprach sie zum Beispiel in einer Art und Weise von „Zuhause“, dass dies wohl schon eine weiter gefasste religiöse Bedeutung hatte. Es wäre nicht nur lieblos, sondern auch unnützlich gewesen, dieser Frau zu sagen: „Sie können nicht mehr nach Hause. Sie werden hier in der Klinik versterben.“ Diese Art von Auskunft hätte sie nicht erreicht, da sie in ihrem inneren Prozess schon viel weiter war. So habe ich nach dem Gespräch mit ihr gebetet, dass Gott ihr Leben und Ergehen in seine Hände nehmen möge, das Vaterunser mit ihr gesprochen und sie gesegnet. Ihrer Tochter konnte ich sagen, dass ihre Mutter nach meinem Eindruck dabei sei, sich innerlich auf das Sterben vorzubereiten.

Dieses Beispiel zeigt, dass jeder Mensch eine ganz eigene Art hat, mit der Wahrheit seines Sterbens umzugehen. Oft sagen Bilder, Symbole oder Träume, die Patienten uns erzählen, viel mehr über diesen inneren Prozess aus als äußere Verhaltensweisen wie Abwehr oder Verleugnung.

Wichtig ist es sicher, **wie** Ärzte einem Patienten die Wahrheit einer unheilbaren Krankheit sagen. Ist diese Information ummantelt von einer Haltung der Zuwendung und verbunden mit dem Angebot medizinischer, pflegerischer und seelsorgerlicher Betreuung, so kann ein Patient sie leichter annehmen und ertragen. Das Wort „Palliativ“ kommt ja vom lateinischen „Pallium“ = Mantel. Von der Palliativbewegung können wir sehr viel lernen für den Umgang mit Sterbenden. Sterbende Menschen im Umgang mit der Wahrheit in einen Mantel der Fürsorge zu hüllen und gleichzeitig offen zu sein für ihre Wünsche und Bedürfnisse, das ist sicher ein guter Weg.

„Hoffnung ist nur ein Mangel an Information“ hat Heiner Müller gesagt. Jeglichen Trost hat er bis zu seinem Tod abgelehnt. Als Seelsorger versuche ich, den Patienten zu helfen bei der Suche nach einer Hoffnung, die nicht trügt. Dies kann die Hoffnung sein auf noch qualitativ gut gefüllte Zeit im Diesseits oder es kann die Hoffnung sein auf das Leben bei Gott, im Jenseits. Hoffnung übersteigt den Horizont dieser Zeit und Welt, und oft entdecken schwer-krank oder sterbende Patienten ihre verschütteten Quellen der Hoffnung und des Glaubens.

Ein Patient erzählte mir, dass er nur noch etwa ein Jahr zu leben habe. Er habe sich von seinen Ärzten verabschiedet und reise jetzt nach Indien. Dort gebe es einen Ashram, in dem er schon öfter war und wo ihm vertraute Menschen lebten. Dort gäbe es auch Pflege und medizinische Versorgung, wenn dies erforderlich wäre. Dieser Patient strahlte Frieden und eine große Klarheit aus. Er hatte die Wahrheit seiner Situation angenommen und einen Weg gefunden, die ihm verbleibende Zeit gut gefüllt und in Geborgenheit zu gestalten. Dieser bestens informierte Mann war getröstet und hoffnungsvoll und damit ein Beleg dafür, dass sich Hoffnung und Wahrheit nicht nur nicht ausschließen, sondern sogar verbinden können. Solche Beispiele machen auch mir als Seelsorger immer wieder Mut, den ich an Schwerkranken oder Sterbende weitergeben kann.

Ein letzter Gedanke. Wahrhaftigkeit ist ein Beziehungsgeschehen. Für alle Bezugspersonen eines Sterbenden ist der wahrhaftige Umgang so wichtig, weil sonst ein Schatten auf die Beziehung zu ihm fällt. Ob Angehöriger, Krankenschwester, Arzt oder Seelsorger: Im Nachhinein kann es sehr belastend sein, wenn man nicht offen zu dem Verstorbenen war. Deshalb ist die Wahrheit am Kranken- und Sterbebett nicht nur für die betroffenen Patienten, sondern auch für uns, die wir sie begleiten wollen, von so großer Wichtigkeit.

Dialog im Podium und mit dem Publikum

Frage von Prof. Schmidt-Rost an Prof. Hirner:

Wie haben Sie es gemeint, als Sie von einer „frommen Lüge“ sprachen? Meinten Sie damit, dass evtl. nicht die ganze Wahrheit vermittelt wird oder war es eher so gemeint, dass bewusst Sachverhalte positiver dargestellt werden, als sie sind?

Prof. Hirner: Das Vorenthalten von schlimmen Inhalten war ein Extrembeispiel aus der Oper La Traviata. Lügen sollte man überhaupt nicht. Fromme Lüge bedeutet für mich, dass ich nicht unbedingt immer wieder eine brutale Wahrheit mitteilen muss. Die häufigste Frage der Patienten betrifft die Prognose. Sie, lieber Herr Movitz mochten eher keine.

Herr Mowitz: Eine harte Prognose kann auch verhindern, dass Betroffene angesichts einer Prognose mit nur noch kurzer Lebenserwartung auch mit einem Genussaspekt am Leben teilnehmen können. Es besteht die Gefahr, sich zu sehr in sich selbst zu kehren, schlecht zu schlafen und zu träumen. Dies wäre ohne eine harte Prognosemitteilung nicht nötig. Anders sehe ich dies im Fall eines Menschen, der prognostisch auf eine Dialyseabhängigkeit zusteuert. Hier muss gesagt werden, dass sich das Leben deutlich verändern wird. Ohne eine Prognose in diesen Fällen wäre eine Möglichkeit zur Lebenseinstellungsveränderung nicht möglich. Ich selbst habe nie nach Prognosen gefragt. Ich will wohl wissen, was jetzt ist und was jetzt an Behandlungen geplant wird. Alles andere ist dann Teil des Prozesses und der Begleitung vor allem von meiner Familie, von den Ärzten und auch durch die Seelsorge.

Frage der Moderation an Herrn Mowitz:

Hat sich im Verlauf der vielen Behandlungen und OP's Ihre Einstellung zu dieser Frage verändert ?

Herr Mowitz: Ich wollte von Beginn an wissen, was getan wird, wo Risiken liegen. Dies sind m.E. keine Prognoseinhalte – ich weiß dann jedoch, was mich erwartet und wie ich mein Leben einrichten kann.

Frage von Prof. Schmidt-Rost an Prof. Hirner:

Schon aus Kostengründen können Sie im medizinischen System nicht jedem Patienten alle Behandlungsmöglichkeiten zukommen lassen und müssen insofern die Menschen unterschiedlich behandeln. Sehen Sie da eine Entwicklung der Inhalte von Wahrheit vor sich, die sie aus ethischer Hinsicht noch mehr belasten würde ?

Prof. Hirner: In Deutschland ist dies Gott sei Dank noch kein Problem. Die oft benannte Klassenmedizin hat ja eher organisatorische Inhalte. Es ist durchaus vorstellbar, dass in einigen Jahren nicht mehr für alle Menschen das medizinisch Mögliche auch getan werden kann. Wir werden die Verteilungsgerechtigkeit neu überdenken. Das ist eine große Herausforderung der Zukunft.

Papst Pius hat vor einem Ärztekongress 1955 gesprochen. Es gab damals durch die neuen Möglichkeiten der Intensivmedizin die Entwicklung, dass sich enorme personelle und auch enorme finanzielle Ressourcen auf einen Patienten konzentrieren mussten. Man konnte sich nicht vorstellen, wie diese Anforderungen durch das Gesundheitssystem, getragen werden könnten. Papst Pius hat sehr weise gesprochen: „Sofern durch die Maßnahmen für Einzelne nicht die Allgemeinheit leidet, sind intensivmedizinische Maßnahmen sozial vertretbar und auch zu fordern.“ Dies deutet an, dass uns die Frage der Verteilungsgerechtigkeit in Vergangenheit und auch in Zukunft beschäftigen wird. Ich habe im Augenblick darauf noch keine Antwort.

Frage der Moderation an Prof. Hirner:

Von Herrn Mowitz war gesagt worden, dass er viel investiert hat, seine Ängste in den Griff zu bekommen. Spüren Sie als Arzt diese Ängste, wenn Sie lebensbedrohliche Diagnosen mitteilen müssen und wie können Sie diesen Ängsten begegnen ?

Prof. Hirner: Das Schlimmste für Chirurgen ist, wenn ein Patient aufgrund der Diagnose mit Angst in eine große Operation geht. Hier liegt eine Doppelbelastung für uns vor: die Diagnosevermittlung und das Trauma der OP mit all ihren Risiken. Dies können wir nur durch Gespräche auffangen – unterstützt durch psychoonkologische KollegInnen und auch die Seelsorge. Als ich mit meinem Dienst 1989 begann, habe ich in meinen Berufungsverhandlungen mit dem Kanzler und dem Verwaltungschef eingefordert, dass eine neue Stelle für einen Psychologen eingerichtet wird und dieser ein Teil der Mannschaft werden sollte. Er sollte den belasteten Patienten zur Seite stehen, uns Ärzte entlasten, denn das können wir auch von der Ausbildung her nicht. Da ist man für die Unterstützung im Bemühen, eine Angst unter Kontrolle zu bekommen, sehr dankbar. Die Verarbeitung der Prognose ist für mich eine zentrale Frage innerhalb aller Behandlung. Dabei wissen wir auch um immer wieder eintretende überraschend gute Entwicklungen, so dass wir auch die Hoffnungen bestehen lassen müssen. Was auch benannt werden muss, ist manchmal auch die Möglichkeit, mit einem Antidepressivum gegen die Ängste anzugehen.

Herr Movitz: Ich weiß ganz klar, dass ich – wenn ich eine solche Angst hätte – nicht so einfach damit klar käme. Auch weiß ich nicht, ob mir psychologische Hilfe von außen helfen könnte. Mir hilft die Situation, in der ich lebe: meine wunderbare Familie ist das Wichtigste für mich. Solche Situationen kommen ja oft sehr schnell und ob ich so schnell Vertrauen zu einem Psychologen aufbauen könnte, weiß ich nicht. Therapien gegen eine Angst sind auch längere Prozesse. Für mich war es immer so, dass ich Prognosen gar nicht wissen wollte. Für mich ist es wichtig, zu wissen, was ist und was getan wird. Alles andere sind eher Erfahrungswerte, die nur bedingt auf mich zutreffen müssen.

Frage der Moderation an Prof. Hirner:

Herr Movitz hat sein soziales und therapeutisches Netzwerk dargestellt, durch das er getragen wird. Seine Frau, die Kinder, durch das Vertrauensverhältnis zu den Ärzten, zur Seelsorge und den MitarbeiterInnen der Pflege, die ja sehr viel Zeit an der Seite der Patienten verbringen. Wenn wir das therapeutische Team über den Arzt, die Psychologen und Seelsorger hinaus auch auf das Netz der Angehörigen und Freunde ausdehnen, ergibt sich eine Vielzahl an Begleitern, die Ängste erleben und in den Begegnungen be- und verarbeiten helfen können. Sehen Sie dies auch als wichtige Resource?

Prof. Hirner: Schön wär's! Patientenangehörige sind in diesen Zusammenhängen schwer zu führen. Es ist meine Erfahrung, dass sich eine Wahrheit viel leichter mit den Patienten selbst als mit ihren Angehörigen besprechen lässt. Ein wenig scherzhaft: Ein Krankenhaus ohne Angehörige wäre oft sehr viel einfacher.

Frage der Moderation an Prof. Hirner:

Wie beziehen Sie bei einer Diagnosemitteilung die Angehörigen mit ein ? Wenn Sie dies tun, hätten Sie doch einen Einblick in die evtl. vorhandenen Ressourcen bzw. die möglichen Problemlagen, die das System des Patienten betrifft – beides wirkt in die Behandlung hinein.

Prof. Hirner: Ich würde es andersherum sagen: Eine Diagnose bespreche ich niemals zunächst nur mit den Angehörigen, immer aber mit den Patienten; und wenn diese es wünschen und die Angehörigen dabei sein möchten, dann selbstverständlich auch mit ihnen – aber niemals ohne den Patienten. Es ist manchmal schwierig, Angehörige davon zu überzeugen, dass ich nicht vor der Tür des Patienten mit ihnen sprechen werde.

Frage von Prof. Schmidt Rost in die Runde:

Wer gestaltet eigentlich den Umkreis ? Für Herrn Movitz ist es die Familie und sein Glaube. Wir leben in einer säkularen Institution Krankenhaus, die vom Gegenüber Arzt und Patient unter den medizinisch wissenschaftlichen Prämissen geprägt ist. Wie geht da eine Vermittlung der Grundwahrheit, von der ich gesprochen habe? Sehen Sie sich in der Seelsorge als Teil des Systems, als Außenseiter oder als neben den medizinischen Vorgängen herlaufenden Part ? Wo geschieht weltanschauliche Grundierung, um es einmal neutral zu formulieren?

Herr Movitz: Ich hatte früher die laienhafte Meinung, dass im Krankenhaus auch gestorben wird und dass dort die Kirche ihren Platz in der Begleitung hat. Krankenhaus und Kirche waren für mich zwei nebeneinander stehende Institutionen. Als ich dann selbst Patient wurde, war ich überrascht, dass ich besucht wurde von der Psychoonkologin, die sehr nett war, und auch von der Seelsorge. Das war ein Automatismus, den ich gern angenommen habe ohne danach gefragt zu haben. Wir sind vorher auch zur Kirche gegangen, aber jetzt habe ich eine Funktion der Kirche wahrgenommen, die ich noch nicht kannte.

Pfarrer Bieneck: Zum Glück gibt es sehr viele Mitarbeiter im ärztlichen und pflegerischen Dienst, die unser Anliegen unterstützen und Bedürfnisse der Patienten in spiritueller Hinsicht erkennen können. Auch werden wir großzügig durch die Klinikleitung unterstützt. Wir empfinden uns nicht als Einzelkämpfer. Auch durch unsere Präsenz und Erfahrung werden die sozialen und spirituellen Anliegen neben den somatischen Gegebenheiten im Blick gehalten.

Prof. Hirner: Ihre Frage wird jeder Chef einer somatischen Klinik anders beantworten. Ich selbst säße nicht hier, wenn ich dies nicht integrieren möchte. Ich möchte das ganze Spektrum des Lebens auf der Station integriert wissen. Auch möchte ich, dass wir aktiv die Anliegen Sterbender beachten und Hilfen anbieten, diese Phase gut zu gestalten. In machen extremen Situationen brauchen Arzt und Seelsorge sich gegenseitig.

Prof. Schmidt-Rost: Hier sehe ich eine Entwicklung wieder mehr in die Richtung Integration. Als ich 1967 mit meinem Studium in Bonn begann, waren die ersten 10 Jahre davon geprägt, dass sich die Bereiche Medizin und Seelsorge immer weiter auseinanderdifferenzierten. Das Bewusstsein, dass Menschen in schwierigen Lebenssituationen diese beiden Bereiche zusammengenommen zur Bewältigung brauchen, hat sich in den letzten 10 Jahren wieder mehr ausgeprägt.

Moderation: Dazu braucht es auch die aktiven Bemühungen unter den Professionen, aufeinander zuzugehen und die jeweiligen Möglichkeiten zur Kooperation für den Patienten nutzbringend einzusetzen.

Publikumsfrage an Prof. Hirner:

Sie haben gesagt, dass es keinen Anspruch auf Gesundheit, jedoch auf Hilfe gibt. Sie sagten aber auch, dass man auch der Verdrängung Raum geben solle. Wohin aber soll ich verdrängen, wenn ich erfahre, dass ich sehr schwer erkrankt bin? Selbst das in unser Unterbewusstsein Verdrängte schafft sich wieder Raum im Bewussten.

Prof. Hirner: Ich denke, dass wir uns einig sind, dass es keinen Anspruch auf Gesundheit geben kann, wohl aber zur Hilfe. Ich selbst kann zum Verdrängungsmechanismus als Nichtpsychologe nur wenig sagen, weiß aber, dass es oft sehr gut tun kann, Probleme auch mal zur Seite zu schieben – auch mal nach Mallorca zu fliegen, trotz großer gesundheitlicher Problematik. Ich hoffe, dass vom Alltag her betrachtet deutlich wird, was ich sagen wollte.

Prof. Schmidt-Rost: Tiefenpsychologisch bleibt die Situation natürlich in der Seele wirksam – dennoch hat – lerntheoretisch betrachtet – ein Nichtbeachten durchaus seinen Sinn um einen Dauereindruck zu mindern. Vielleicht ist der Begriff „Verdrängung“ in diesem Zusammenhang umstritten, aber eine Nichtbeachtung kann relativierende und durchaus gesundheitsfördernde Wirkung haben – wenn es denn dem Patienten gelingt.

Herr Movitz: Ich habe mir zu Beginn meiner Erkrankung einen Mechanismus angewöhnt, der damals wichtig für mich war – heute brauche ich ihn nicht mehr: 18 Uhr ist das Zeitlimit, bis zu dem über dieses Thema gesprochen wird. Wenn Freunde später anriefen und das Thema ansprechen wollten, dann habe ich diesen Wunsch klar zur Sprache gebracht. Es hätte mich die Nachtruhe gekostet und schlechte Träume bewirkt. Verdrängung funktioniert dann, wenn man sich gewisse Regeln und Klarheiten auferlegt.

Publikumsfrage:

Sie haben nicht verdrängt, sondern haben sich einen Rahmen gegeben, innerhalb dessen Sie bereit waren, über Ihre Erkrankung zu sprechen. Verdrängtes nehmen wir überall mit hin und egal wo wir sind, wird es wieder ans Tageslicht stoßen. Sie haben jedoch viel mit anderen gesprochen und insofern innerhalb des von Ihnen gesetzten Rahmens auch die Ängste bewältigen können.

Prof. Hirner: Ich möchte da widersprechen. Ich habe oft erlebt, was ein Fall verdeutlichen soll: 5 Jahre lebte ein Patient nach erfolgreicher Darmkrebs-OP in Gesundheit. Dann wird aber eine Lebermetastase diagnostiziert und er weiß wirklich nicht mehr, dass es vor 5 Jahren diese Darm-OP gab. Das ist Verdrängung. Diese für mich oft überraschende Alltagserfahrung zeigt, dass Menschen verdrängen und vergessen können.

Herr Movitz: Ich möchte ein anderes Beispiel einbringen: Die Situation einer Geburt hinterlässt bei den Eltern oft den Eindruck eines Gemetzels – wenn wir diese Erfahrung nicht vergessen könnten, wenn wir nicht verdrängen würden, hätten wir alle höchstens nur ein Kind ...

Moderation: Wenn wir an dieser Stelle Frau Kübler-Ross einbinden, so hat innerhalb der Sterbephasen der Aspekt der Verdrängung vor allem einen positiven Aspekt: ein Mensch baut mit der zeitweiligen Verdrängung einen Schutz auf, der ihm dabei hilft, sich schrittweise dem Schrecken einer Wahrheit zu nähern. Die Arbeit an der Wahrheit beginnt somit bei vielen Menschen mit dem vorläufigen Schritt der Verdrängung mit dem Ziel, Zeit und Abstand zu gewinnen, aber eine Begegnung mit der Wahrheit vorzubereiten – das Verdrängte ist damit nicht aufgehoben.

Publikumsfrage:

Machen Sie Unterschiede in der Mitteilung der Wahrheit zwischen jungen und alten Patienten? Es sind ja deutlich andere Lebensumstände zwischen Generationen.

Pfarrer Bieneck: Um eine Patentantwort zu geben, sind die Patienten zu unterschiedlich. Heute sagte ein älterer Herr zu mir: „Dies ist vielleicht mein letzter Krankenhausaufenthalt, so ernst ist mein Zustand. Trotz dieser Wahrheit haben wir viel gelacht – ermöglicht war dies durch seinen Humor und die Möglichkeit, zu seiner Lage auf Abstand gehen zu können. Ähnliches erlebe ich genauso bei jüngeren Patienten. Unsere Aufgabe ist es, unabhängig vom Alter die jeweilige Situation und Lage des Patienten anzunehmen – egal, in welcher Stimmungslage er sich in Bezug zu seiner Erkrankung im Augenblick befindet.“

Moderator: Wenn ein junger Patient in schwieriger Situation sagt: „Ich möchte nicht mehr leben“ oder wenn ein älterer Patient nach längerer Krankheit dasselbe äußert – ist da nicht doch ein Unterschied zumindest in der eigenen Position den Patienten gegenüber?

Pfarrer Bieneck: Natürlich macht es mich mehr betroffen, wenn ein junger Mensch einer harten Wahrheit gegenüber steht.

Prof. Hirner: Im Prinzip hat es mit dem numerischen Alter nichts zu tun, wie wahrhaftig ich mich an einem Krankenbett verhalte. Es hat etwas mit der nach der Mitteilung verbleibenden psychosozialen Stabilität zu tun. Manche Gespräche bei einem jungen Menschen können sehr viel sanfter verlaufen, als bei einem vitalen Menschen im Alter von 70 Jahren. Beide fühlen sich aus der Mitte des Lebens herausgerissen, wenn sie von einer tödlichen Krankheit betroffen sind. Das Alter bedingt für mich keinen anderen Umgang mit den Menschen.

Publikumsfrage an Prof. Hirner:

Sie sprachen auch vom Mangel in der Ausbildung in Bezug zur Kommunikation. Das weiß man doch schon sehr lange, woran scheitert dies aber dennoch nach Ihrer Ansicht?

Prof. Hirner: Eine schwierige Frage, auf die ich keine Antwort habe. Gut zunächst, wenn ein Mangel überhaupt erst einmal definiert ist – dies öffnet die Möglichkeit, z.B. eine Approbationsordnung zu reformieren. Manche werden vielleicht sagen, dass man den Umgang mit den Menschen einfach können muss.

Moderation: Sie sagten auch, dass der Arzt spüren würde, wie von der Wahrheit gesprochen werden muss – ist damit angedeutet, dass es weniger um Lehrinhalte als um Lebenserfahrung geht?

Prof. Hirner: Vieles kann man im Medizinstudium nicht lernen, sondern nur in der Begleitung erfahren.

Publikumsfrage:

Wir wissen doch alle, dass es hilfreiche Gesprächsführungstechniken gibt, die man den jungen Menschen an die Hand geben könnte. Warum geschieht das so wenig?

Prof. Hirner: Ich gebe Ihnen Recht.

Herr Movitz: Ich habe neben ein paar Negativerfahrungen auch viel Positives erlebt. Es ist für die jungen Mediziner wichtig, gemeinsam mit erfahrenen Ärzten Gespräche zu erleben und im Tun zu lernen. Auch durch mich und meine Art mit Krankheit umzugehen, haben Ärzte gelernt. Ein Arzt ist Handwerker, der seine Arbeit gut tun soll – da sind Emotionen manchmal nicht gefragt. In der Begleitung von Patienten werden Erfahrungen gemacht und führen zu Lernerfolgen, die im Studium so nicht vermittelt werden können.

Moderation: Die Motivation von angehenden Ärzten, etwas für eine verbesserte Kommunikation zu tun, ist nach meinem Erleben durchaus gegeben. Die hohe Intensität der Einbindung im Stationsalltag und die knappe Zeit sind jedoch wesentliche Haupthindernisse, mehr Zeit in Fortbildungen in zur Kommunikation zu investieren. Daneben gibt es auch den Bereich des Lernens voneinander. So gab es eine Zeitlang ein Gesprächsforum in der onkologischen Ambulanz der Dermatologie, eine s.g. Balint-Gruppe, in der Ärzte, Pflegende und Sekretariatsmitarbeitende daran gearbeitet haben, problemreiche Begegnungen mit Patienten aufzuarbeiten. Diese kollegiale Beratung, hat manche Veränderung mit sich gebracht. Eine Motivation zu solchen Lerngruppen basiert jedoch auf hohem Leidensdruck und der Überzeugung, dass im kollegialen Miteinander neue Handlungs- und Gesprächsweisen entwickeln werden können.

Prof. Hirner: Zwei Dinge möchte ich dazu sagen: Eine befreundete Familie hat 4 Kinder. Von einem der Kinder kann ich klar sagen: er kann mit Menschen umgehen, er kann zuhören und wird akzeptiert. Bei einem anderen ist das eher schwierig. Es muss m. E. etwas Vorbestehendes geben, um mit Menschen gute Gespräche führen zu können - zu einem großen Teil ist dies nicht erlernbar. Und ein Zweites, was ich nicht für lernbar halte, das ist die Emotion, die wir in die Gespräche mit einbringen müssen. Wenn wir Visite gemacht haben - 15 Patientenbegegnungen mit schweren Diagnosen und Erkrankungen - dann sind wir hinterher psychisch ziemlich fertig. In jedem Zimmer müssen wir Kraft aufbringen, Anteil zu nehmen. Das kann - so glaube ich - niemand lernen. Das Mitfühlen und ein guter Umgang auch mit der notwendigen Distanz steht bei Techniken der Gesprächsführung nicht im Vordergrund und ist dennoch das Wesentliche für ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Dies sind zwei Gedanken dazu, dass eine gute Kommunikation nicht nur erlernbar ist.

Prof. Schmidt-Rost: Soweit ich weiß, ist medizinische Psychologie seit Mitte der 70er Jahre ein im Studium integrierter Bestandteil. Dies stellt eine persönliche Ausrüstung dar, von der noch nicht gesagt werden kann, dass diese auch umgesetzt wird. Eine Umsetzung in die Praxis hängt m.E. stark davon ab, wie der Arztberuf aufgefasst wird: als kommunikativer oder eher technischer Beruf – was nicht gleich auch falsch wäre. Zudem hängt eine kommunikative Struktur auch von Teams ab, die diesen Faktor fördern und damit eine zeitaufwändige psychologische Abstützung des Patienten wollen. Dies können auch Balint-Gruppen leisten. Es gibt Kliniken – und hier sind es vor allem Kinderonkologische Abteilungen – die versuchen, ein Großteam vorzuhalten, das gemeinsam psychologische Problemlagen bearbeitet.

Publikumsfrage an Prof. Hirner:

Es gibt Erkrankungen, bei denen es gut ist, eine Prognose zu erhalten, um Entscheidungen treffen zu können, wie z.B. eine Behandlung weitergehen soll. Zum Internet muss ich sagen: dort erhalten wir oft sehr niederschmetternde Informationen, wenn wir z.B. von dort benannten Lebenserwartungen lesen.

Prof. Hirner: Das Halbwissen ist das schlimmste Wissen. Wenn von „Lebenserwartungszeit“ im Internet gesprochen wird, so wird oft vergessen, dass dort von „mittlerer Lebenserwartung“ geschrieben wird. Es gibt eine Gaußsche Verteilungskurve, die für den Einzelnen nicht hilfreich ist. Eine Information auf dieser Basis verunsichert Patienten und deren Angehörigen eher. Ein Beispiel für die Relativität von Zahlen: Unter „Gallenblasen-OP“ steht für die Uniklinik eine Sterblichkeitsrate von 2%, andere Kliniken haben dort den Wert von 0,2 % stehen – diese haben aber viel weniger OP's an weniger kompliziert erkrankten Patienten. Diese Zahl sagt also für den einzelnen Patienten nichts aus. Ich halte Daten aus dem Internet für zweifelhaft.

Publikumsfrage an Prof. Hirner:

Zur Problemlage der Wahrheit und den Angehörigen. In den 70-er Jahren wurden oft nur die Angehörigen über das Krankheitsbild und die Prognose informiert. Heute im Zuge der Autonomie erfährt nur der Kranke etwas und die Angehörigen, wenn dies vom Patienten gewünscht ist. Auch wenn das Familiensystem intakt ist, ist nicht gleich auch eine Kommunikation über die Folgen einer Krankheit zu erwarten. Ich erfahre gerade in diesen Zusammenhängen oft eine große Unfähigkeit der Kommunikation in den Familiensystemen. Dies ist sehr bedrückend. Was kann da der Arzt leisten ?

Prof. Hirner: Wir sind sicher nicht Therapeuten für eine geschichtslose Beziehung, die wir - und vor allem die Pflegenden - immer häufiger im Klinikalltag erfahren. Da hilft nur, wenn wir gemeinsam mit Patienten und Angehörigen über die Wahrheit sprechen und sie dann allein lassen in der Hoffnung, dass dort ein Prozess in Gang kommt, der eine offene Kommunikation ermöglicht. Übrigens ist bei arabischen Patienten kein Wissen um die Krankheit erwünscht – selbst Dolmetscher übersetzen dann nicht wahrheitsgemäß. Sie wollen es nicht wissen und sind dennoch zufrieden.

Prof. Schmidt-Rost: Es gibt bei Goethe ein Zitat, das dies untermauert. Ein Muslim sagt dort: wofür ich Allah danke, dass er Leiden und Wissen getrennt. Verzweifeln müsste jeder Kranke, das Übel kennend, wie der Arzt es kennt.“

Publikumsfrage:

Ich denke an die Krankheit Alzheimer, die heute schon sehr früh als Möglichkeit erkannt werden kann, aber zu der es keinerlei medizinische Einwirkung gibt. Was helfen dann Prognosen, wenn medizinisch nichts getan werden kann?

Prof. Hirner: Dies ist eine Frage, die häufig an Humangenetiker gestellt wird. Genetische Veränderungen sind erkennbar und Prognosen sind ableitbar, nach denen in vielleicht 20 Jahren mit unklarer Wahrscheinlichkeit ein Ausbruch der Krankheit erfolgen kann. Will man das wissen? Letztlich eine persönliche Entscheidung, die besprochen werden muss. Ich selbst wollte es nicht wissen und frage, ob es dann angebracht ist, eine Untersuchung durchführen zu lassen. Es gibt auch das Recht auf Nichtwissen.

Publikumsfrage an Prof. Hirner:

Sie sagten, dass es keinen Königsweg der Wahrheit am Krankenbett gibt und dass eine „fromme Lüge“ manchmal hilfreich sei. ich kenne den Begriff „Notlüge“ – was bedeutet dann „fromme Lüge“?

Prof. Hirner: „Fromme Lüge“ ist eine Übersetzung aus La Traviata. Dennoch: manche Lügen sind auch im christlichen Sinne eine gute Tat. Notlüge ist nur ein anders Wort. Ich habe dies dann in Situationen eingesetzt, wenn Menschen überfordert gewesen wären, hätten sie die volle Wahrheit

erfahren. Die ganze Wahrheit zu sagen kann auch zum Schaden sein. Wenn ich das Gefühl habe, dass ich jemandem Schaden zufüge, wenn ich die volle Wahrheit sage, dann kann man auch etwas verschweigen, wenn nicht nachgefragt wird. – sicher nicht für immer, aber in diesem Augenblick.

Pfarrer Bieneck: Im christlich-theologischen Sinn ist nicht die Wahrheit das höchste Gut, sondern die Liebe. Es gibt Wahrheiten, die zumindest unnützlich, aber manchmal auch zum Schaden für Menschen sein können. Richtschnur meines Handelns sollte immer sein, das zu tun, was dem anderen gut tut.

Publikum: Aber auch aus Liebe die Wahrheit sagen !

Fazit des Abends:

Pfarrer Bieneck: Mir ist neu bewusst geworden, dass wir in unseren verschiedenen Bezügen zu den Patienten der Klinik doch sehr ähnliche Ziele verfolgen, das hat mich ermutigt. Und ich habe wieder deutlich vor Augen, dass Wahrheit ein Beziehungsgeschehen ist, das auf eine gute Kooperation der verschiedenen Professionen baut.

Prof. Hirner: Das ist wichtig: am Aufbau eines Beziehungsgeflechtes zu arbeiten, in dem der Patient und der Arzt die wichtigsten Partner sind – Bauen an einem System, an dem alle mitwirken. Aber auch etwas Betrüblinges nehme ich mit: Die Finanzierung des Gesundheitssystems spricht da eine ganz andere Sprache: Wie wird denn die Zeit, die wir in den Aufbau einer Beziehung mit unseren Patienten investieren, honoriert? In keinem Budgetierungsmodell spielt der Faktor „Zeit“ eine Rolle – dies wird in Zukunft ein noch schärferes Problem darstellen. Wie soll es weitergehen, wenn wir in Zukunft für die wesentlichsten Probleme des Lebens – die Fragen rund um das Sterben – keine Zeit mehr haben?

Herr Movitz: Mich hat das breite Interesse an dieser Fragestellung sehr gefreut und dass dieses Thema hier aufgegriffen wurde. Ich hoffe, dass durch diesen Abend auch Veränderungen im eigenen Umgang mit erkrankten Menschen angestoßen wurden, dass wir nicht nur davon ausgehen, was wir selbst für uns als richtig ansehen.

Prof. Schmidt-Rost: Als ich zu diesem Abend eingeladen wurde, dachte ich, dass dieses Thema doch sehr abgegriffen sei und war gespannt, was wir uns Neues zu sagen haben könnten.

Im Vergleich zur arabischen Kultur, wo der Mensch aus der Familie heraus etwas gilt, haben wir einen langen Weg der Individualisierung hinter uns. Dieser Weg ist einhergegangen mit der Ausdifferenzierung nicht nur der Medizin. Die Finanzierungshintergründe kommen hier noch hinzu, so dass ich manchmal denke, dass die klassische Arzt-Patienten-Vertrauensbeziehung ein altes, nicht mehr wahres Bild ist. Heute Abend nehme ich den Eindruck mit, dass das Interesse an der Beziehungsarbeit durchaus da ist – und dass Sie alle mit daran knüpfen wollen.

Dennoch müssen wir wahrnehmen, dass wir in den vergangenen 200 Jahren mehr und mehr vereinzelte Individuen geworden sind – auch durch den medizinischen Zugriff auf uns Menschen – und dies auch mit dem Ergebnis, dass sich Beziehungsgeflechte aufgelöst haben. Sicher, im tiefsten Wollen, das Leben zu wahren, war und ist die Medizin unterwegs. Wir müssen durch neue Formen der Kommunikation und in der Wertschätzung dessen gegen die starke Individualisierung steuern und erfinderisch sein, wie Beziehungsgeflechte auch in den Kliniken ausgebaut werden können. Die Beteiligten bedeuten zum einen qua Mensch etwas und sie brauchen zum Anderen ein Beziehungsnetz, das sie nicht mehr unbedingt in ihren Familien finden.

Heute hat mir gut getan, dass nicht so sehr auf Fehler fokussiert wurde, sondern auch deutlich wurde, wo etwas gelingt, wo etwas geschieht und wenn Sie mit dazu beitragen, Zusammenhänge auszubauen und Vertrauen zu wecken, dann hat der Abend einiges gebracht.