

Wahrheit im Umgang mit kranken Menschen

Drittes Internationales Osnabrücker Symposium Pflegewissenschaft 17./18. November 1994

Irmgard Hofmann

Zusammenfassung: Für viele Pflegekräfte und Ärzte zählt der Bereich wahrheitsgemäßer Information und Aufklärung – insbesondere bei schwerkranken und sterbenden Menschen – zu den am meisten belastenden medizinischen Themen.

Eine umfassende Darstellung der Wahrheitsproblematik aus ethischer Perspektive umfaßt drei wesentliche Aspekte: Erstens die Klärung des Wahrheitsbegriffes aus anthropologischer Sicht in Abgrenzung zu einer eher naturwissenschaftlich orientierten Sachwahrheit. Zweitens der Bereich, der unter dem Stichwort «Wahrheit am Krankenbett» in der medizinischen Fachliteratur behandelt wird, mit seinen Auswirkungen für das Pflegepersonal. Drittens die psychologischen Bedingungen, die bei der Begleitung kranker und/oder sterbender Menschen berücksichtigt werden sollten.

Ziel dieser Arbeit ist es, die drei Teilaspekte, die in der Praxis unabdingbar miteinander verbunden sind, zusammenfassend darzustellen und mögliche Lösungsansätze aufzuzeigen.

Summary: The problem of truthful information in relationship to sick people

One of the most difficult problems for many nurses and physicians is the question of truthful information, especially for seriously ill and dying people. Talking about the problem of truth from an ethical point of view there are three essential aspects to consider: First the concept of truth from an anthropological point of view has to be defined and compared to the truth in the natural sciences, second, how the concept of «Truth at the sick bed» and its effect on nurses are treated in the medical literature, third, the psychological conditions we have to consider in relating to seriously ill and dying people. It is the declared aim of this paper to describe and summarize these three theoretical aspects, which in everyday work are inseparably connected, and to show some possible solutions.

Einführung

Wer sich mit dem Thema «Wahrheit im Umgang mit kranken Menschen» aus ethischer Perspektive beschäftigt, sollte sich darüber im klaren sein, daß hier mehrere Teilaspekte zu berücksichtigen sind. So scheint es sinnvoll, primär den Begriff der «Wahrheit» aus anthropologischer Sicht zu klären. In engem Zusammenhang damit steht die Problematik, die unter dem Stichwort «Wahrheit am Krankenbett» zusammengefaßt ist und die die Aufklärung der Patienten zum zentralen Inhalt hat. Der dritte Teilbereich setzt sich mit den psychologischen Bedingungen auseinander, die be-

achtet werden sollten, wenn von ethisch vertretbarer Begleitung kranker, behinderter und sterbender Menschen die Rede ist. Da diese drei Bereiche nur theoretisch zu trennen sind, in der Praxis aber unabdingbar zusammengehören, sollen sie hier in zusammenfassender Weise dargestellt werden.

1. Was ist Wahrheit?

Einer klassischen philosophischen Tradition zufolge besagt Wahrheit die «Übereinstimmung von Aussage und Wirklichkeit». Dabei wird Wirk-

lichkeit zumeist als etwas Objektives angesehen, das rein rationaler Erkenntnis zugänglich ist. Dies läßt sich insbesondere in den Naturwissenschaften feststellen, zu denen auch die Medizin zählt.

Dagegen zeigen Erkenntnisse aus den Human- und Geisteswissenschaften, daß dem Menschen «die Wahrheit nicht in einer eindeutigen und unzweifelbaren Form zugänglich ist» (Betz, 1989) und «sich nicht einfach beobachten, feststellen und verobjektivieren läßt» (Schwarzwäller, 1983). Zwei verschiedene Sichtweisen, die der näheren Erläuterung bedürfen.

Die Naturwissenschaftler vertreten in der Regel eine beschreibbare Sachwahrheit, deren Richtigkeit sich experimentell belegen läßt. Ein Beispiel hierfür wäre, daß alle Materie auf Erden dem Gesetz der Schwerkraft unterliegt, was jederzeit für jeden Menschen überprüfbar ist und in der Regel keine Probleme verursacht.

Eine völlig andere Perspektive ergibt sich dagegen, wenn die sachliche Richtigkeit einer Aussage einen Menschen in seinem existentiellen Dasein trifft. Der Mensch ist nicht ausschließlich durch die Naturgesetze determiniert, sondern hat aufgrund seiner Freiheit die Möglichkeit, die eigene Zukunft – der jeweils eigenen geschichtlichen und psychosozialen Verfaßtheit gemäß – je neu zu entwerfen. Eine richtige Aussage trifft also nur für einen kleinen Ausschnitt menschlichen Daseins zu. Sie wird erst dann zur individuell erfaßten Wahrheit, wenn sie nicht nur gedanklich auf rationaler Ebene, sondern mehr noch im emotional-psychologischen Bereich «verdaut» worden ist. Dies erfordert – insbesondere bei Ereignissen von hoher Tragweite, wie z. B. eine schwere Krankheit – eine längere prozeßhafte Auseinandersetzung. Erst wenn der betroffene Mensch in der Lage ist, eine richtige Sachaussage existentiell zu verarbeiten und daraus Konsequenzen für das eigene Leben zu ziehen, ist diese Aussage für ihn zur Wahrheit geworden, stimmt sie mit seiner ganz persönlichen Wirklichkeit überein (Hofmann, 1992). Die Dauer dieses Prozesses hängt ab von:

- a) der individuellen Verfaßtheit eines Menschen in seinen personalen und sozialen Bezügen und
- b) der Unsicherheit oder Gewißheit der Betroffenen darüber, ob sie bei dieser Auseinandersetzung auch unterstützt werden.

Aus diesen Vorgaben lassen sich zwei Schlußfolgerungen für den wahrheitsgemäßen Umgang mit Patientinnen und Patienten ziehen:

1. Die bloße Mitteilung einer Diagnose und/oder Prognose trifft die Wahrheit eines kranken Menschen in seiner individuellen Situation nicht. Folgendes Beispiel soll dies verdeutlichen: Bei einem Motorradunfall brach sich der Journalist Kürten den 7. Brustwirbel. Diagnose: Querschnittslähmung. Prognose: Leben im Rollstuhl. Nach unserem gängigen Verständnis entspricht dies der Wahrheit. Und was ist seine Wahrheit?

Stellen Sie sich vor:

An einem einzigen Tag Ihres Lebens wird durch einen Unfall entschieden:

Ihre Ehe ist fragwürdig,
denn Sie sind nicht mehr partnerschaftsfähig.
Sie werden fristlos entlassen,
denn Sie sind nicht mehr leistungsfähig.
Ihr Zuhause, Ihre Wohnung wird gekündigt,
denn Sie schaffen die Treppen nicht mehr.
Ihre Zukunftspläne werden annulliert,
denn Sie sind untauglich geworden.
Tanz und Sport gibt es nicht mehr für Sie,
denn Sie sind bewegungsunfähig.
Keine Versicherung nimmt Sie mehr an,
denn es gibt an Ihnen nichts mehr zu versichern.
Ihre Umgebung zieht sich zurück,
denn Unglück steckt an.

Und während Sie dann im Trümmerhaufen Ihres Lebens nach erhaltenswerten Resten suchen, kommt einer und will Ihnen das Rauchen verbieten – wegen Ihrer Gesundheit.

(Kürten, 1987)

In beiden Fällen wird über die gleiche Sache gesprochen, und beides wird mit dem Anspruch auf Wahrheit vertreten. Welche Sicht stimmt nun? Und welche Sicht nehmen die Pflegenden ein?

2. Sollen kranke Menschen imstande sein, mit einer für sie ungünstigen Diagnose und/oder Prognose dennoch ein sinnerfülltes Leben bis zuletzt zu führen, so bedürfen die meisten von ihnen einer Hilfestellung bei der Bewältigung dieser Schockerfahrung. Eine Aufgabe, die dem pflegerischen, ärztlichen und seelsorgerlichen Personal zukommt. Diese Aufgabe ihrerseits aber verlangt, daß die professionellen Helferinnen und Helfer selbst dazu imstande sind, mit der Realität des Versehrtheits, des Sterbens und des Todes umzugehen und dem nötigen Trauerprozeß nicht ausweichen.

2. «Wahrheit am Krankenbett»

Unter diesem Stichwort wird gemeinhin die oft diskutierte Frage verstanden, ob und wieviel ein Patient über seine Krankheit und deren Verlauf erfahren soll, wobei sich dieses Problem in erster Linie bei schwerkranken und/oder sterbenden Menschen stellt. Diskutiert wird das Thema unter zwei Rücksichten: Einerseits muß der betroffene Mensch über Art und Folgen der Erkrankung Bescheid wissen, da er nur so sein Grundrecht auf Selbstbestimmung ausüben kann. Andererseits zeigen Erfahrungen aus dem klinischen Alltag, daß die wahrheitsgemäße Aufklärung mitunter dramatische Folgen hat – bis hin zum Suizidversuch. Dies legt die Vermutung nahe, daß viele Patienten die «Wahrheit» nicht verkraften können. Aus Angst vor einer eventuell nicht kontrollierbaren Wirkung neigen daher immer noch etliche Ärzte zu der Ansicht, es sei besser, dem Patienten so wenig wie möglich mitzuteilen. Raspe (1983) faßt das Ergebnis seiner repräsentativen Studie, bei der 414 Patientinnen und Patienten, 53 Ärztinnen und Ärzte, 119 Krankenschwestern und -pfleger und 233 Medizinstudierende in acht verschiedenen Krankenhäusern über einen Zeitraum von etwa acht Jahren befragt wurden, folgendermaßen zusammen:

«Unsere Befunde weisen auf ein verbreitetes und ausgeprägtes Aufklärungs- und Informationsdefizit bei Akutkrankenhauspatienten hin. Dieses Defizit findet sich bei einem Viertel bis mehr als der Hälfte der Befragten. Alte sowie schwer- und prognostisch infaust erkrankte internistische Patienten haben eine schlechtere Kenntnis ihres Zustandes.» Und das, obwohl sich auch herausstellte, daß mehr als 80 Prozent der untersuchten Krankenhauspatientinnen und -patienten «uneingeschränkt hohe, inhaltlich bestimmte und subjektiv begründete Informationsbedürfnisse» haben.

Vereinfacht dargestellt bedeutet das: Bei rund der Hälfte aller Patienten im Krankenhaus wird deren Grundrecht auf Selbstbestimmung durch unzureichende Information zum Teil erheblich eingeschränkt. Es wird speziell den unheilbar Kranken nicht die Chance eingeräumt, ihre verbleibende Lebenszeit auf ihre individuellen Bedürfnisse hin zu gestalten, was nur möglich ist, wenn sie entsprechend aufgeklärt sind.

Zwar ist diese Studie mittlerweile über zehn

Jahre alt und es gibt verschiedene Anzeichen dafür, daß sich die Aufklärungssituation insgesamt verbessert hat, doch die Klagen des Pflegepersonals in diesem Zusammenhang werden eher lauter. So antworteten einer Studie von Herschbach (1987) zufolge – er ermittelte die Belastungssituation von 299 Ärztinnen und Ärzten sowie von 592 Krankenpflegekräften auf onkologischen und nichtonkologischen Vergleichsstationen in sechs verschiedenen Institutsformen – 97 Prozent der befragten Krankenschwestern und -pfleger, daß sie «zeitweilig von Patienten mit Fragen bedrängt werden, die die Ärzte beantworten sollten» und dies als sehr belastend empfinden. Hält man diese Aussage für gerechtfertigt – wofür einiges spricht –, dann stellt sich allerdings die Frage, wie es zu dieser Diskrepanz kommt. Zwei Möglichkeiten bieten sich an:

1. In der bereits erwähnten Untersuchung von Herschbach klagten 91 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte, daß «Patienten Krankheitserklärungen nicht verstehen». Diese Aussage weist auf ein ausgeprägtes Kommunikations- und Sprachdefizit hin.

2. Es gibt immer noch einen erheblichen Anteil innerhalb der Ärzteschaft, der eine umfassende Aufklärung der Patientinnen und Patienten – insbesondere bei schwerster Erkrankung – nicht für sinnvoll hält. Ein Indiz könnte sein, daß mit 67 Prozent eine unvermutet niedrige Zahl der befragten Ärztinnen und Ärzte eine «Unsicherheit vor der Diagnoseeröffnung» verspüren und der Belastungsfaktor als eher gering eingestuft wird (ebd.). Verteidigt wird die Überzeugung der möglichst geringfügigen Aufklärung – wo sie noch vertreten wird – traditionell mit fünf Argumenten. Da ich aus meiner Unterrichtstätigkeit weiß, daß diese Gründe auch heute noch relativ häufig angeführt werden, möchte ich kurz darauf eingehen (vgl. ausführlicher Ansohn, 1965).

Gründe, die gegen eine weitreichende Aufklärung zu sprechen scheinen

a) *Um den Patienten zu schonen*

Dieses Argument bringt schon Hippokrates: «Von dem, was eintreten wird und dem Kranken droht, lasse man nichts merken. Denn schon viele sind

dadurch zum Äußersten (Suizid) getrieben worden.» (zit. nach Raspe, 1983).

Kübler-Ross (1975), die bekannte Sterbeforscherin, sagt dagegen:

«Bei über 800 todkranken Patienten haben wir außerordentlich selten einen Selbstmordversuch erlebt... Viele Ärzte haben große Bedenken, die Patienten über den Ernst ihrer Erkrankung zu informieren, weil sie fürchten, der Patient könne an Selbstmord denken, wenn er die Wahrheit erfährt. Wir können aber diese Vermutung nicht bestätigen.»

b) Der Patient will die Wahrheit nicht wissen

Diese Meinung basiert auf zwei Tatsachen: Erstens, daß viele Patientinnen und Patienten nie konkret nach ihrer Diagnose oder Prognose fragen. Dies wird häufig dahingehend interpretiert, daß die Patienten von ihrem Recht auf Nichtwissen Gebrauch machen wollen. Nach Raspe traf dies auf etwa 4 Prozent der befragten Kranken zu. Die Zahl derjenigen, die nicht konkret fragen, ist aber erheblich höher. Daraufhin angesprochen, warum denn die Patienten nicht mehr auf die Beantwortung ihrer Fragen dringen, wurden folgende Gründe genannt: «Ich möchte gern, aber der Doktor hat Schweigepflicht mir gegenüber.» oder: «Die Ärzte haben schon genug zu tun» oder: «Der Doktor würde mir mit Rücksicht auf mich sowieso nichts sagen.» (Raspe, 1983).

Der zweite Punkt ist, daß manche Patientinnen und Patienten zwar ausdrücklich fragen, indirekt aber signalisieren, daß sie nur die «gute» Wahrheit zu hören wünschen. Nach Sporcken (1977) geschieht dies in einer Zeit großer Unsicherheit: Einerseits spürt der Kranke, daß es schlimm um ihn steht, andererseits hofft er auf harmlose Erklärungen. In diesem Stadium ist äußerste Behutsamkeit geboten, bis der Kranke soweit ist, daß ihm die Wahrheit lieber ist als die quälende Unsicherheit. Dann allerdings darf man ihm nicht mehr ausweichen.

c) Die Hoffnung darf nicht zerstört werden

Dieses Motiv taucht in praktisch allen Stellungnahmen zum Thema «Wahrheit am Krankenbett» auf, wobei speziell von ärztlicher Seite – aber auch von vielen Pflegenden – unter Hoffnung in der Regel die Erwartung des Patienten auf Heilung verstanden wird. Diese würde bei entsprechender Prognose durch Aufklärung zerstört wer-

den. Doch wie in der Sterbeforschung immer wieder betont wird, gibt es noch eine andere Hoffnung, nämlich die auf ein sinnerfülltes Leben bis zuletzt, wo der/die Betroffene sich selbst bestimmend auf seine/ihre Versehrtheit bzw. sein/ihr Sterben einläßt.

d) Die Unsicherheit der Prognose

Bei diesem Punkt ist Vorsicht geboten. Er bezieht sich praktisch immer auf zeitliche Angaben. Zeitliche Angaben aber basieren auf Durchschnittswerten – mit entsprechenden Abweichungen im individuellen Bereich. Um unnötig belastende Irrtümer zu vermeiden, sollte daher grundsätzlich auf Zeitangaben verzichtet werden.

e) Die Sicherung des leichten Sterbens

Die meisten Menschen möchten von ihrem Sterben am liebsten nichts mitbekommen; das beste Sterben ist ein leichtes, unbewußtes aus der Welt scheiden. Diese Vorstellung kommt auch den professionellen Helferinnen und Helfern entgegen, weil sie bei ruhigen (oder ruhiggestellten) Patientinnen und Patienten am wenigsten mit ihren eigenen Ängsten konfrontiert werden.

Ein sechstes Argument möchte ich noch anfügen, das allerdings selten diskutiert wird: *Die Befürchtung mancher Ärztinnen und Ärzte vor der Nicht-Einwilligung des Patienten in Therapie und Diagnostik.* Es gibt inzwischen eine ganze Reihe von Autobiographien, in denen betroffene Patienten schildern, daß sie in viele Maßnahmen nicht eingewilligt hätten, wenn sie genau gewußt hätten, was sie erwartet (vgl. etwa Tausch, 1985). Auch das Pflegepersonal äußert Vermutungen in dieser Richtung. Das aber widerspricht den gängigen Vorstellungen, wonach – aus medizinisch-technischer Sicht gesehen – alles Menschenmögliche unternommen werden muß, um den Kranken zu helfen. Dagegen wird das Menschenmögliche aus ganzheitlicher Sicht manchmal vernachlässigt.

Gemeinsam ist all diesen Argumenten, daß sie von der «Wahrheit» als der «Übereinstimmung von Aussage und Wirklichkeit» im naturwissenschaftlichen Sinne ausgehen. Die sehr schmerzhaft individuelle Auseinandersetzung, die sich aus der existentiellen Betroffenheit des einzelnen Menschen ergibt, soll den Patienten und/oder den Helfenden offensichtlich erspart werden. Doch der Preis dafür ist hoch; es bleiben sowohl das

Recht auf Selbstbestimmung als auch die Möglichkeit des bewußten Abschiednehmens auf der Strecke.

Auswirkungen auf das Pflegepersonal

Unabhängig davon, ob die kranken Menschen nun wegen der vorhandenen Kommunikationsbarrieren oder der möglichen Nicht-Aufklärung seitens des ärztlichen Personals zu wenig über ihre Erkrankung und deren Folgen erfahren: Die Konsequenzen für das Pflegepersonal bleiben die gleichen. Da das Pflegepersonal kein eigenes Aufklärungsrecht hat und nach Brenner/Adelhardt (1983) Aussagen eines Arztes höchstens «verdeutlichen», nicht aber «interpretieren» oder «ergänzen» darf, ist es in seinem Gesprächsverhalten weitgehend von der Aufklärungs- und Informationsbereitschaft der Ärztinnen und Ärzte abhängig. Dies führt in allen Fällen ungenügender Zusammenarbeit zu erheblichen Konflikten, da Pflegekräfte zwar in erster Linie den Patienten verpflichtet sind, aber nicht über die dazu erforderliche Gesprächsautonomie verfügen. So stehen sie oftmals vor der Entscheidung, entweder den Fragen der Kranken auszuweichen, oder die rechtlichen Bestimmungen zu mißachten.

Dieses Dilemma kann nur gelöst werden, wenn die Pflegenden immer wieder die Teilnahme an Aufklärungsgesprächen bzw. eine entsprechende detaillierte Information darüber von den Ärztinnen und Ärzten einfordern. Begründen läßt sich dieser Anspruch damit, daß die Pflege und wahrhaftige Begleitung kranker, behinderter und sterbender Menschen – die auch das offene Gespräch umfaßt – zu den elementaren Aufgaben der Krankenschwestern und -pfleger zählt.

Von daher ist es auch berufsethisch nicht gerechtfertigt, wenn das Pflegepersonal wartet, bis das ärztliche Personal von sich aus die Bereitschaft zum Austausch von Informationen signalisiert; vielmehr ist es dazu aufgefordert, sich selbsttätig für die Verwirklichung der eigenen Berufsinhalte und deren Voraussetzungen einzusetzen.

3. Psychologische Vorbedingung für die Begleitung kranker und sterbender Menschen

Nach Herschbach gehört das «Miterleben von langen Krankheitsprozessen» sowohl auf pflegerischer (95%) wie auch auf ärztlicher Seite (96%) zu den überdurchschnittlich belastenden Arbeitsfaktoren. Als besonders schwierig wird dabei der Umgang mit den sogenannten «unbequemen» Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen erlebt, worunter jene verstanden werden, die als mißtrauisch, ablehnend, unkooperativ oder aggressiv gelten; alles Reaktionsweisen, die im Rahmen des Abschiednehmens von der eigenen Gesundheit und/oder vom Leben als «normal» gelten können und wesentlicher Bestandteil des Trauerprozesses sind.

Nun gehört zumindest in der Krankenpflege die Sterbebegleitung seit vielen Jahren zur Standardausbildung; dennoch fühlen sich die meisten Pflegekräfte in der Praxis damit offensichtlich überfordert. Überforderte Helfende sind aber in der Regel «hilflose Helfende», das heißt, sie erleichtern den Patienten und Angehörigen den Abschied nicht nur nicht, sondern sie erschweren ihn womöglich noch.

Die Ursachen hierfür sind vielfältiger Art; an erster Stelle sind hier die strukturellen Bedingungen zu nennen, wie die Organisation der meisten Krankenhäuser als funktionelle Einheiten, der oft beklagte Zeitmangel sowie der quantitative und vor allem qualitative Pflegenotstand. Diese Fehlentwicklungen sind nur langfristig zu lösen und bedürfen der aktiven Mitarbeit der Pflegenden in den entsprechenden Organisationen.

An zweiter Stelle und nicht minder wichtig steht die Auseinandersetzung der Helferinnen und Helfer mit der eigenen Einstellung zu Krankheit, Leid und Sterben. Die Erkenntnisse der Sterbeforschung – die vor allem durch die Hospiz-Bewegung gewonnen wurden – zeigen, daß ein nur kognitives Wissen über die Sterbephasen und die verschiedenen Bewußtheitskontexte nicht ausreicht. Ohne eine intensive persönliche Bearbeitung der eigenen Ängste, die möglichst unter professioneller Begleitung stattfinden sollte, ist es nur wenigen Menschen möglich, die «Wahrheit des Krankseins und Sterbenmüssens» (Thielicke, 1979) anzuerkennen. Doch wer dies für sich selbst nicht anzunehmen vermag, sieht sich dem Pro-

blem ausgesetzt, wie er/sie einem kranken Menschen ohne die Aussicht auf Gesundung noch aufrichtig begegnen kann. «Wahrheit im Umgang mit kranken Menschen» umfaßt also auch den ehrlichen Umgang mit sich selbst, der die Bereitschaft zur eigenen Psychohygiene mit einschließt.

Zusammenfassung

Das Thema «Wahrheit im Umgang mit kranken Menschen» umfaßt aus ethischer Perspektive drei Teilbereiche:

1. Wahrheit als «Übereinstimmung von Aussage und Wirklichkeit», wie sie in den Naturwissenschaften vertreten wird, greift im Verhältnis zum Menschen zu kurz. Eine sachlich richtige Aussage wird für einen existentiell betroffenen Menschen erst dann zur Wahrheit, wenn er/sie auch emotional in der Lage ist, daraus neue Perspektiven zu entwickeln. Dies geschieht prozeßhaft und kann durch entsprechende Begleitung behutsam unterstützt werden.

2. Die Problemstellung, die unter dem Stichwort «Wahrheit am Krankenbett» diskutiert wird, basiert auf der Vorstellung, daß die bloße Mitteilung der Diagnose und/oder Prognose schon der Wahrheit entspreche.

Die Angst vor unkontrollierten Reaktionen und die oft vorhandene Unfähigkeit, damit adäquat umzugehen, verleitet immer noch einige Ärztinnen und Ärzte dazu, die Patienten möglichst wenig aufzuklären – und sie damit implizit zu entmündigen.

Die Schwierigkeit, die sich daraus für das Pflegepersonal ergibt, besteht darin, daß es in seinem Gesprächsverhalten von der Aufklärungs- und Informationsbereitschaft der Ärztinnen und Ärzte abhängig ist. Da die Pflegenden aber gerade mit Schwerkranken und Sterbenden sehr viel Zeit ver-

bringen und sich dabei viele Gesprächsmöglichkeiten ergeben, geraten sie oftmals in schwere Gewissenskonflikte.

3. Nur wer in der Lage ist, mit sich selbst wahrhaftig umzugehen und sich den eigenen Ängsten zu stellen, wird fähig zum wahrhaftigen Umgang mit kranken Menschen. Dazu zählt auch die Bereitschaft anzuerkennen, daß professionelle Helfende – neben einem profunden kognitiven Wissen – selbst Unterstützung bei der emotionalen Bewältigung des täglich erlebten Leids brauchen. Nur so kann es gelingen, auch langfristig die überwiegend als sehr belastend empfundene Begleitung kranker, versehrter und sterbender Menschen nicht nur auszuhalten, sondern vielleicht sogar als bereichernd zu erfahren.

Literatur

- Ansohn, E.: Die Wahrheit am Krankenbett. Grundfragen einer ärztlichen Sterbehilfe. München, 1965.
- Betz, O.: Ringen um Wahrhaftigkeit. In: Christophorus Hospiz Verein (Hrsg.): Pflegen bis zuletzt. München, 1989, 115–120.
- Brenner, G.; Adelhardt, M.: Rechtskunde für das Krankenpflegepersonal. Stuttgart, 1983².
- Herschbach, P.: Psychische Belastung von Ärzten und Krankenpflegekräften. Weinheim, 1991.
- Hofmann, I.: Wahrheit am Krankenbett. Zur ethischen Problematik der Pflegeberufe. Deutsche Krankenpflegezeitung 46, 1993, Beilage.
- Kübler-Ross, E.: Was können wir noch tun? Antworten auf Fragen nach Sterben und Tod. Stuttgart, 1975².
- Kürten, C.: Patienten-Wirklichkeit. München, 1987.
- Raspe, H.-H.: Aufklärung und Information im Krankenhaus. Göttingen, 1983.
- Sporcken, P.: Die Sorge um den kranken Menschen. Grundlagen einer neuen medizinischen Ethik. Düsseldorf, 1977.
- Schwarzwäller, K.: Inhalt und Umfang ärztlicher Aufklärung. Ethischer Kommentar. In: Troschke, J. von; Schmitt, H. (Hrsg.): Ärztliche Entscheidungskonflikte. Falldiskussionen aus rechtlicher, ethischer und medizinischer Sicht. Stuttgart, 1983.
- Tausch, A.; Tausch, R.: Sanftes Sterben. Was der Tod für das Leben bedeutet. Reinbek, 1985.
- Thielicke, H.: Wer darf sterben? Freiburg, 1979.

Irmgard Hofmann Philosophin M. A., Krankenschwester, freiberufliche Ethik-Dozentin, Lehrbeauftragte an der Kath. Stiftungshochschule München (Pflegemanagement), Terofalstraße 5, D-80689 München