

Die Wahrheit am Krankenbett: ethische und deontologische Aspekte **Renzo Pegoraro (Padua)**

1. Einleitung

Das Problem der Kommunikation am Krankenbett ist Bestandteil einer komplexen und engen Beziehung zwischen Arzt und Patienten und stellt einen äußerst wichtigen Aspekt dar. Auch der Krankenpfleger spielt aufgrund seiner Verantwortung für den Patienten und aufgrund des engen Zusammenspiels mit dem Arzt eine äußerst wichtige Rolle.

Das sozio-kulturelle Umfeld beeinflusst heutzutage auf verschiedenen Ebenen und in steigendem Maße das Handeln des Arztes; auch die zunehmende Rücksichtnahme von Würde und Recht des Patienten (seine Autonomie und seine Forderung nach „informed consent“) führt dahin, dass der Patient mit Bezug auf seine Krankheit, auf den Verlauf seiner Krankheit sowie auf die Therapie zur Gänze über alles informiert wird. Nichtsdestotrotz ist es immer noch gang und gäbe, dass der Arzt dem Patienten die volle Wahrheit vorenthält bzw. ihn „manipuliert“, vorwiegend dann, wenn es sich um eine schlimme oder gar verhängnisvolle Prognose (z.B. Tumor) handelt und wenn der Patient große Schwierigkeiten mit der Wahrheit hat und unbedachte Reaktionen zu befürchten sind, die sich negativ auf die Therapie auswirken könnten.

Die Diskussion darüber, welche Haltung in solchen Fällen eingenommen werden soll, ist äußerst komplex und umfasst medizinische, psychologische, rechtliche sowie ethische Aspekte; gerade auf der ethisch-moralischen Ebene werfen sich für den Arzt geradezu dramatische Fragen auf: Welche Wahrheit soll kommuniziert werden? Wie und in welchem Zeitrahmen soll die Wahrheit auf wirksame Art kommuniziert werden? Wie soll sich der Arzt verhalten, wenn seines Erachtens das Schweigen besser ist? Wie soll die Lüge in diesem Zusammenhang gedeutet sprich interpretiert werden? Wo liegt die Wahrheit im Spannungsfeld zwischen einer „objektiven“ Dimension und einer „reaktiven“ Handlung des Patienten?

Der Arzt ist aufgrund seiner persönlichen Gewissenshaltung und des Prestiges, das er als Arzt erfährt sowie aufgrund des Vertrauens und der Wertschätzung, die ihm von Patientenseite und von Seiten der gesamten Gesellschaft entgegen gebracht werden, zutiefst in all das mit einbezogen. Daher kann er sich seiner Verantwortung hinsichtlich der Wahrheit am Krankenbett nicht entziehen, da sich der Patient ihm voll anvertraut.

2. Rechte und Pflichten. Der Arzt (der traditionsgemäß *vir bonus sanandi peritus* genannt wird) hat als Mensch und als jemand, der den Beruf des Arztes ausübt, die schwierige Aufgabe, die Wahrheit nicht nur zu kennen, sondern sie auch zu kommunizieren d.h. er muss im Sagen und Handeln gegenüber „dem anderen“ der leidet und sich ihm in der Auseinandersetzung einer „krisenbetroffenen Situation“ voll anvertraut, wahrhaftig und ehrlich sein. Die gesamte Aufmerksamkeit ist dem Wohlbefinden des kranken Menschen gewidmet, auch was seine Ängste und Unsicherheiten betrifft; es geht also darum zu erkennen, welche Wahrheit den Patienten in seiner ganzen Existenz einnimmt.

Der *Neue italienische deontologische Ärztekodex (3-10-1998)* bestätigt eine vorsichtige Haltung des Arztes, unterstreicht die Verantwortung des Arztes und die Bedeutung des Willens des Patienten. Verglichen mit der vorherigen Fassung des deontologischen Kodex weist der neue *deontologische Ärztekodex* nicht mehr auf die Pflicht hin, den Verwandten die Situation des Patienten mitzuteilen, wenn dessen Reaktionsvermögen beeinträchtigt wird. Unter Art. 30 heißt es: „Der Arzt ist dazu verpflichtet, dem Patienten all jene Informationen mitzuteilen, die mit der Diagnose, der Prognose, den Aussichten und den eventuellen alternativen Diagnosen und Therapien sowie mit den voraussichtlichen Auswirkungen der getroffenen Entscheidungen zusammenhängen. Im Rahmen dieses Informationsflusses muss der Arzt die Auffassungsfähigkeit des Patienten berücksichtigen, um ein Maximum an Einverständnis von Seiten des Patienten für die Diagnose und die Therapie zu erhalten.... Jene Informationen, die sich auf schwere und verhängnisvolle Prognosen beziehen und beim Patienten sorg- und leid-erfüllte Momente hervorrufen könnten, müssen mit Vorsicht und Sensibilität vermittelt werden; dies bedeutet, dass der Arzt im Aufklärungsgespräch mit dem Patienten eine „sanfte“ Wortwahl treffen muss und auch den Weg der Hoffnung nicht ausschließen soll. Eine schriftlich vorliegende Willenserklärung eines Patienten, in der er erklärt, nicht informiert werden zu wollen bzw. jemand anderen dazu zu bevollmächtigen, relevante Informationen zu erhalten, muss vom Arzt respektiert werden.“ Vom Inhalt her haben sich auch die Ehrenkodexe anderer Länder ähnlich wie der italienische ausgesprochen (Vgl. Lega).

Der deontologische Kodex der Krankenpfleger (Februar 1999) bezieht sich u. a. auf die Beziehung und die Kommunikation mit dem Patienten. Bei Art. 4.2 heißt es beispielsweise: „Der Krankenpfleger hört zu, informiert, bezieht die Person in sein Handeln und Tun ein und bewertet gemeinsam mit ihr die Bedürfnisse; dies gilt nicht zuletzt auch hinsichtlich der Pflicht, ein Mindestmaß an Pflege und Fürsorge zu gewährleisten“; Unter Art. 4.5 heißt es: „In der Ausübung der Hilfestellung und der Pfllegetätigkeit gewährleistet der Krankenpfleger den für die Pfllegetätigkeit notwendigen Informationsfluss und passt das Kommunikationsniveau der Auffassungsfähigkeit des Patienten an. Er setzt sich dafür ein, den Patienten umfassend zu informieren, ihm also nicht ausschließlich medizinisch-klinische Informationen zukommen zu lassen und erkennt auch das Recht des Patienten an, nicht informiert werden zu wollen.“ Nichtsdestotrotz gibt es Schwierigkeiten und Probleme in der Handhabung einer konkreten Haltung von Seiten des Krankenpflegers, nämlich dann wenn die Wahrheit „schlimm“ ist und davon auszugehen ist, dass sich der Patient schwer tut, diese Wahrheit anzuerkennen bzw. zu akzeptieren.

Rechtlich gesehen gibt es keine Zweifel: Der Patient hat immer das Recht, die Wahrheit zu erfahren. Dies geht auf den Anspruch des individuellen Rechtes zurück und hängt mit dem persönlichen Recht zusammen, über sich selbst verfügen zu dürfen (Vgl. Art. 32 und 13 *der italienischen Verfassung*; *Empfehlung Nr. 779, 29-1-1976 vom Europarat bezogen auf die Rechte der Kranken und Sterbenden*).

Die Menschenrechtskonvention und die Biomedizin des Europarates (1996) verweist in Art. 10 auf folgende Aussage: „Jeder Mensch hat das Recht, alle Informationen über den eigenen Gesundheitszustand zu erfahren. Nichtsdestotrotz muss der Wille eines Menschen, nicht informiert zu werden, respektiert werden.“ Der Respekt gegenüber der Würde des Menschen unterstützt das individuelle Recht eines jeden Menschen, die gesamte Wahrheit über den eigenen Gesundheitszustand und über die notwendigen Therapien zu erfahren, um über sich selbst und über die eigenen Freiheiten verfügen zu können (Vgl. M. Comporti-G. Lorè).

Doch es gilt auch, weitere Rechte des Patienten (das Streben nach Gesundheit und Wohlbefinden) genauso wie die Verantwortung gegenüber Dritten zu berücksichtigen; daher ist es wichtig und notwendig, den Willen des Kranken angemessen zu interpretieren, wenn es darum geht, ihn über seinen Zustand zu informieren oder ihn nicht zu informieren.

Angesichts der bisher aufgezeigten Ausführungen kann davon ausgegangen werden, dass der Patient offen über seinen Zustand informiert werden soll, vor allem, wenn es sich um gutartige Pathologien handelt; während im Falle von schlimmen Krankheiten, die das zukünftige Leben des Patienten negativ beeinträchtigen oder gar bis zum Tod führen können, reelle Schwierigkeiten und große „Konflikte“ zutage treten. All dem ist zu entnehmen, dass das Problem nicht einfach mit „Rechte und Pflichten“ abgehakt werden kann, sondern sich für beide Seiten (Arzt und Patient) als äußerst schwierig gestaltet; dies gilt insbesondere für den Arzt, der - ohne in väterliche Fürsorge und oberflächliche Verhaltensmuster zu verfallen – gewissenhaft und professionell seine Beziehung mit dem Patienten aufrechterhalten muss und dabei nie das klassische Prinzip „primum non nocere“ aus den Augen verlieren darf. Demzufolge besteht die Notwendigkeit einer zusätzlichen Auseinandersetzung mit dem Thema „Wahrheit“ und mit den verschiedenen Wahrheitsstufen innerhalb des besonderen Verhältnisses zwischen Arzt und Patient.

3. Wahrheit und Wahrhaftigkeit

Die Suche nach *Wahrheit* in ihrer gesamten Mannigfaltigkeit stellt ein Grundbedürfnis sowie eine Grundanforderung des Menschen dar und spiegelt sich in der Beziehung einer jeden Person mit sich selbst, mit den anderen und mit der Realität wider. Unter Berücksichtigung des engmaschigen, facettenreichen Konzeptes von Wahrheit, sei an dieser Stelle an den biblisch-theologischen Ansatz verwiesen, in dem der intime Zusammenhang von Solidarität, Treue und Beständigkeit aufgezeigt wird. Wahrheit bedeutet gleichzeitig auch eine nachhaltige, feste Beziehung und beruht auf einer historisch-existenziellen Grundlage. „Die Wahrheit sagen“, erinnert vor dem biblisch-semanticen Hintergrund (Vgl. den hebräischen Ausdruck „*emeth*“: das was sicher und beständig ist) weniger an das Problem der Exaktheit der Erklärung, sondern vielmehr an die Beständigkeit im Sinne eines Paktes. Und genau diese Auffassung scheint jener in der Arzt-Patient-Beziehung näher zu kommen; demzufolge bedeutet Wahrheit nicht schlichte Vermittlung von „wissenschaftlich fundierten und exakten“ Informationen von Seiten des Arztes, sondern stellt vielmehr einen Bund der Treue dar, den es einzuhalten und zu verwirklichen gilt.

So öffnen sich zahlreiche Perspektiven mit Bezug auf die *Wahrhaftigkeit*, ergo die Gabe, die Wahrheit zu sagen und zu verwirklichen und dabei sich selbst und den anderen stets treu zu bleiben. Dies schafft Vertrauen und macht Kommunikation erst möglich, was wiederum notwendige Grundvoraussetzung für alles ist. Denn nur das Vertrauen gibt dem Gesprächspartner die Möglichkeit, auf angemessene Weise die Worte und Gesten des Empfängers zu deuten, zu verstehen und entsprechend zu handeln. Eine wahrheitstreue Haltung des Arztes wacht über die Richtigkeit des Inhaltes und des Zweckes der dahinter steckenden Wahrheit und berücksichtigt die Umstände, den Ort, die Zeit; vor dem Hintergrund der bestehenden Beziehung zwischen den Gesprächspartnern und zwischen entsprechendem Subjekt und Objekt, kann dank der „Kompetenz“ des Wortes jede Art von Täuschung ausgeschlossen werden. Daher ist die Ablehnung der Lüge nur zu gut verständlich; ihre Legitimierung „in bestimmten Fällen“ stellt immer eine Bedrohung für das Vertrauen und die Stabilität einer Beziehung dar und führt dazu, dass jede Aussage – auch wenn diese effektiv „gut“ ist – als verdächtig angesehen wird.

Doch es ist notwendig, an dieser Stelle den moralischen Sinn der Lüge zu verstehen, wobei eine „objektivistische“ Auffassung der Lüge überwunden werden und an deren Stelle eine etwas abgeschattete Vision treten muss, welche sich mehr auf den anthropologischen Aspekt der Kommunikation konzentriert (Motivation – Intention - Folgerungen ...). Im Besonderen scheint es sinnvoll, der gesamten Wahrhaftigkeit des Subjektes in seiner Beziehung mit dem anderen die Entscheidung für extreme Situationen und einer entsprechend schwierigen Kommunikation zu überlassen.

4. Empfehlungen für einen ethischen Ansatz des Problems

Auch die katholische Lehre unter Pius XII hatte in diesem Zusammenhang ethische Empfehlungen ausgesprochen: „Es gibt Situationen und Fälle, in denen der Arzt auch auf eine punktuelle gestellte Frage hin nicht die nackte Wahrheit sagen darf, auch wenn er im positiven Sinn nichts Falsches sagt; dies gilt vor allem dann, wenn er weiß, dass der Patient nicht die Kraft hätte, die Wahrheit zu ertragen. Doch es gibt andere Fälle, in denen der Arzt zweifelsohne die Pflicht hat, ganz offen und ehrlich zu sein: eine Pflicht, vor der jegliche medizinische oder humanitäre Überlegung an Bedeutung verliert“ (*Allokution der Italienischen Vereinigung der Biologischen Medizin „San Luca, 12-11-1944*). Vor diesem Hintergrund werden nachstehend einige Leitlinien aufgezeigt, die für eine verantwortungsvolle Kommunikation am Krankenbett unumgänglich sind.

1. Es bedarf eines kontinuierlichen intellektuellen Engagements, *um die Wahrheit zu erkennen, die kommuniziert werden muss*. Der Arzt muss auf der Grundlage seiner klinischen Erfahrung in erster Linie die verschiedenen respektiven Wahrheitselemente kennen und diese so gut und genau wie möglich bewerten; dabei sei hervorgehoben, dass diese aus medizinischer Sicht und unter Berücksichtigung der einzelnen Patienten nicht immer klar definiert sind. Zudem stellt sich die Frage, ob die Wahrheit, die kommuniziert wird „neutral“ ist oder die Existenz des Patienten in seiner Gesamtheit umfasst und wie dies auch den Arzt selbst im Sinne von moralischer Energie und Zeitaufwand betrifft.

2. An dieser Stelle muss sich die Frage gestellt werden, welche *Art von Beziehung mit dem Patienten* besteht. Ist sie eine rein technische und demnach „kalte“ Beziehung, bei der die Person als Ganzes übersehen wird? Oder aber bedeutet die Beziehung ein zu großes Maß an emotionaler Einbindung und führt demnach zu anderen Schwierigkeiten? Wie soll eine wirkliche therapeutische Beziehung aussehen? Die Antwort auf all diese Fragen heißt „wissenschaftliche Kompetenz“, aber auch Diskretion gekoppelt mit einem Höchstmaß an Ehrlichkeit und Offenheit. Der Arzt versucht so zu handeln, dass die Information klar und angemessen vermittelt wird und „teilt“ so mit dem Patienten jene Wahrheit, die er kennt. Doch: Kann es nicht auch sinnvoll oder dringend notwendig sein zu schweigen oder die Wahrheit für eine bestimmte Zeit zu verdecken? Wie kann die Wahrhaftigkeit seiner selbst und der Kommunikation respektiert werden und die so genannte „mitleidvolle Lüge“ vermieden werden?

3. Wie ist es um die *Aufnahmefähigkeit des Patienten* bestellt? Es ist notwendig, seinen physischen und spirituellen Zustand zu bewerten und dabei zu berücksichtigen, dass die psychologische und moralische Last, die durch die Mitteilung der Wahrheit frei gegeben werden kann, eine große Rolle spielt. Vielleicht hat der Patient eine Erfahrung hinter sich, die auf illusorischen Aussagen und Lebenslügen beruht. Vielleicht war seine Lebensentscheidung, die konkret in Taten und Aktionen umgesetzt wurde, nie überschattet von schmerzhaften desillusionierenden Momenten und Reifungsprozessen.

Ein Leben, in dem man immer vor sich selbst wegläuft und die Unmöglichkeit, Leiden auf sich zu nehmen, stellen ein seriöses, großes Hindernis in der Beziehung zum Arzt dar.

4. Die *möglichen Auswirkungen* auf den Patienten, die durch die Mitteilung der Wahrheit ausgelöst werden, müssen berücksichtigt werden. Die Wahrheit könnte nämlich schroff abgelehnt werden, zu weiteren Ängsten führen und den therapeutischen Eingriff beeinträchtigen. Andererseits könnte sie aber auch mit einer gewissen Ruhe angenommen werden und im Leben des Patienten neue Perspektiven öffnen sowie seine Beziehung mit den anderen, in primis mit dem Arzt positiv beeinflussen. Letzterer darf sich jedoch nicht seiner Verantwortung entziehen, sondern muss alles genauestens bewerten und überprüfen und sich fragen, ob er unter Berücksichtigung der gegebenen Umstände und im Respekt des Patienten alles in seiner Macht stehende getan hat.

5. Die möglichen *Konfliktboten* müssen berücksichtigt werden: das Recht auf Wahrheit des Patienten, die Anerkennung seines Leidens, die Wirksamkeit des therapeutischen Eingriffs, die Aufrechterhaltung der persönlichen und öffentlichen Wertschätzung des Arztes, die Interessen Dritter. Ein oftmals schwieriges und leidgeprüftes Abwägen ist dringlich und erforderlich.

6. Es gilt, ein *angemessenes Klima* zu schaffen, das die Kommunikation der Wahrheit erleichtert, auf gegenseitigem Vertrauen beruht und angemessene Bedingungen schafft. Eine äußerst wichtige Rolle übernehmen das Pflegepersonal, die Familienmitglieder und all jene Personen, die auf verschiedene Art und Weise dem Patienten beistehen. Der Patient selbst muss aktiv in den Prozess aufgenommen sprich Teil davon werden, um persönliche Hürden hin zu einer wahren Kommunikation zu überwinden.

Zusammenfassend geht es also darum, das „umfassende Wohlbefinden“ des Patienten immer vor Augen zu haben; denn er ist es letzten Endes, der uns den Weg hin zur „Art“ der Kommunikation ob der Wahrheit sowie des „Inhalts“ zeigt.

5. Eine authentische und graduelle Entscheidung.

Ausgangssituation ist eine Arzt-Patient-Beziehung, die als *Allianz* zu verstehen ist, die von Personen geschaffen wurde; eine Allianz zwischen dem „Gewissen“ und dem „Vertrauen“, beruhend wiederum auf dem gegenseitigen Respekt füreinander. Innerhalb dieser Allianz ist eine wirkliche und offene Kommunikation möglich, welche jeder einzelnen Information Sinn verleiht. Daraus hervor geht wiederum eine ethische Verantwortlichkeit für eine *authentische Beziehung*, die sowohl Arzt als auch Patient anstreben und in der Worte sowie Gesten ihren Sinn finden. „Die Bedeutung des zum Ausdruck gebrachten Wortes hängt von der Intention des Sprechers sowie von der Fähigkeit des Zuhörers ab, d.h. vom Lebensumfeld, in dem das Wort Platz findet und als hermeneutischer Schlüssel angesehen wird“ (Demmer, 8).

Es scheint nicht notwendig zu sein, stereotype sowie standardisierte Verhaltensregeln festzulegen; es geht vielmehr darum, in jedem einzelnen Fall mit Vorsicht und Sensibilität zu handeln und jegliche Art von Routine absolut zu vermeiden. Es geht also um moralische Pflicht genauso wie um die Gabe wahrhaftig zu sein. Beide sind unanfechtbarer Bestandteil in der ethisch-professionellen Haltung eines Arztes, durch die er je nach Situation und Schritt für Schritt jene Wahrheit äußern kann, die ein Mensch braucht, um positiv allen Herausforderungen der Krankheit entgegenwirken zu können.

In diesem Zusammenhang kann vom *Gesetz der Gradualität* gesprochen werden, sprich von einer progressiven Bekanntgabe der gesamten Wahrheit, die begleitet wird von Erfahrungen wie Akzeptanz, Solidarität und Konfrontation, was wiederum eine persönliche, mit Hoffnung verbundenen Verarbeitung der eigenen Situation ermöglicht. Der Arzt wird nicht nur aufgrund seiner kommunikativen Kompetenz (Wahl von Zeiten, Termini usw. ...) hinzugezogen, sondern auch aufgrund seiner Fähigkeit, alle Personen, die dem Patienten vor allem psychologisch und religiös zur Seite stehen auf angemessene Weise mit einzubeziehen. Es ist daher notwendig, ein authentisches „sich um den Kranken kümmern“ zutage treten zu lassen, was auch bedeutet, dass vor und nach der „Bekanntgabe“ der Wahrheit über den Zustand des Patienten Letzterer von treuen und vertrauenswürdigen Menschen umgeben ist. Es geht daher um einen Weg in Richtung mehr oder minder expliziter Bewusstseinsbildung der „Wahrheit“ das eigene Leben betreffend, und zwar im hier und jetzt; dies ist dank der Konfrontation mit der biologischen Realität sowie der Perspektive einer eigenen religiösen Vision möglich.

Konkret heißt das, dass sich der Arzt jenen Grenzen stellen muss, die der menschlichen Kommunikation innewohnen, genauso wie jenen, die sich aufgrund eigener oder vom Patienten selbst getroffener „negativer“ Entscheidungen ergeben haben, um letztendlich die „guten sprich richtigen Schritte“ abzuwägen; dabei sollte die oftmals unausweichliche Diskrepanz sprich die Loslösung von Gedanke und Ausdruck als „nicht moralisches“ Übel angesehen werden.

Große Bedeutung kommt der Zusammenarbeit des gesamten Pflorgeteams zu; dabei muss die Rolle des Krankenpflegers und gegebenenfalls des Psychologen anerkannt und aufgewertet werden. Gerade der Krankenpfleger spielt eine essenzielle Rolle in der Schaffung einer auf Vertrauen beruhenden Beziehung, was wiederum für den Patienten wichtig ist, da er so den Mut aufbringt, all das zu fragen, was er wissen möchte. Genauso wichtig und wertvoll sind auch die Nähe, die Unterstützung und die Vermittlerfunktion hin zur „Mitteilung der Wahrheit“. Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren ermöglicht eine bessere Definition der Sichtweise des einzelnen Patienten; nur so können konkrete Hilfestellungen geleistet werden hin zu „jener Wahrheit, die der Patient braucht“, um den pflegenden Maßnahmen zuzustimmen und/oder seinem Lebensende entgegenzutreten.

Diese Zusammenarbeit, die auch die Familienmitglieder im Rahmen einer angemessenen Synergie mit einbeziehen kann, entzieht den Arzt nicht von seiner Pflicht und Aufgabe, als erster und wichtigster Ansprechpartner des Patienten zu fungieren; von ihm muss der Patient letztendlich auch die Wahrheit erfahren.

Die ärztliche Pflicht und Berufung wird bis zum Schluss in Anspruch genommen. N. Cousins meinte, dass „die Fähigkeit, eine genaue Diagnose zu stellen, ein wichtiges Zeichen ärztlicher Kompetenz darstellt; dass aber die Fähigkeit, dem Patienten das mitzuteilen, was er wissen muss, der beste Beweis medizinischer Kunst ist“ (Iandolo, 11).

6. Einige typische Situationen. Wenn der Patient ausdrücklich darum bittet, Auskunft über sein Krankheitsbild zu erhalten (auch wenn dieses schlimm ist), muss der Arzt ihm dazu verhelfen, die Wahrheit zu erfahren; dabei muss er sich jedoch überlegen wann und in welchem Modus er eine angemessene, klare und wenn nötig graduelle Aufklärung vornimmt.

Wenn der Patient keinerlei Informationen über seinen Zustand haben und sich nicht mit dem Thema konfrontieren will, den vorgeschlagenen Therapien jedoch zustimmt und mit den Ärzten und Pflegern zusammenarbeitet, darf der Arzt den Patienten nicht anderweitig beeinflussen und muss seinen Willen, nicht über seinen Zustand informiert zu werden, respektieren.

Wenn der Patient nichts fragt und Schwierigkeiten hat, die Dinge zu verstehen und im Rahmen der Therapien zusammen zu arbeiten, sich also nicht bewusst ist, in welcher Lage er sich befindet und sich sowie andere in Gefahr bringen könnte, muss der Arzt ihn vorsichtig mit der Wahrheit konfrontieren.

Im Rahmen einer guten Zusammenarbeit mit allen in die Situation mit einbezogenen Personen (Pflegepersonal, Patient, Familienmitglieder usw.) besteht die Möglichkeit, Wörter und Gesten zu verwenden, die zur oftmals schwer akzeptablen, jedoch auch befreienden Wahrheit führen; eine „schlimme Wahrheit“, die gemeinsam getragen und geteilt wird, die anstrengend ist und über Leben und Tod entscheidet, birgt manchmal aber auch Hoffnung in sich.

Bibliographie

AA.VV. *Il diritto di sapere e la scelta di una morte serena* in: "Prospettive nel mondo" 75/76 (1982) 33-79 - AA.VV., *Wahrheit am Krankenbett*, in: «Arzt und Christ» 38 (1992), 3-55 - A. BERETTA ANGUSSOLA, *Bisogna dire la verità all'ammalato? La posizione del medico*, in: "Medicina e Morale" 15 (1965) 153-162 - P. BOLECH - J. HUBER, *La verità al capezzale dell'infermo*, in "Res Medicae" 24 (1978) 287-291 - M. COMPORTI - C. LORÉ, *Decisione medica e diritti del malato: l'informazione e il consenso*, in: «Federazione Medica» 37 (1984) 606-613 - K. DEMMER, *Si deve dire la verità al malato? Il sacerdote cattolico*, in: "Federazione Medica" 36 (1983) 8 -10 - C. GEETS, *Vérité et mensonge dans la relation au malade*, in: "Revue Théologique de Louvain" 15 (1984) 331-345 - L. GOLDIE, *The ethics of telling the Patient*, in: "Journal of Medical Ethics" 8 (1982) 128-133 - B. HÄ RING, *Etica Medica*, Paoline, Roma 1979 - C. IANDOLO, *Parlare col malato*, Armando, Roma 1983 - C. LEGA, *Il diritto del malato alla verità*, in: "Giurisprudenza italiana" 1 (1985) 5-11 - C.M. MARTINI, *Quale verità al malato: chi, come, perché*, in: «Anime e Corpi» 24 (1986) 671-686 - L. MILLET, *Vérité sincérité, authenticité dans la relation médecin-malade*, in: "Le Supplément" 117 (1976) 151-164 - R. PEGORARO, *Comunicazione della verità al paziente. Riflessioni etico-teologiche*, in: "Medicina e Morale" 41 (1991) 959-986; 42(1992)425-146 - R. PEGORARO, *Verità al malato*, in S. LEONE, S. PRIVITERA (a cura di), *Dizionario di bioetica*, Città Nuova, Roma - ISB Istituto Siciliano di Bioetica, Acireale (CT) 2004, pp. 1235-1239 - G. PERICO, *Il diritto del malato a sapere*, in: «Aggiornamenti Sociali» 34 (1983) 171-180 - A. SANTOSUOSSO - M. TAMBURINI, *Dire la verità al paziente. Alcuni motivi psicologici e giuridici*, in: "Federazione Medica" 43 (1990) 503-507 - I.SCHINELLA, *Condivisione della verità all' ammalato*, in: "Rassegna di Teologia" 31 (1990) 407-501 - S. SPINSANTI, *L'Alleanza terapeutica*, Città nuova. Roma 1988 - D. THOMASMA, *Telling the truth to patients: a clinical ethics exploration*, in "Cambridge Quarterly HealthcareEthics" 3 (1994) 375-382 - F. TOSCANI, *Ancora sul dire la verità ai malati*, in "Bioetica" 3 (2001) pp. 510-521.