

## **Wahrhaftigkeit im Krankenhaus - Grundsätze und praktische Aspekte für die Krankenhäuser der Stiftung kreuznacher diakonie<sup>1</sup>**

In der einschlägigen Literatur zu Medizin und Pflege im Krankenhaus erscheinen immer wieder Artikel, die auf die Wichtigkeit und Notwendigkeit der sogenannten „sprechenden Medizin“ und „der sprechenden Pflege“ hinweisen.

Es ist die Rede von „der Heilkraft des Vertrauens“ von „Beziehungsmedizin, Beziehungspflege“, von der „therapeutischen Kraft des Gespräches als Herz der Heilkunde“. Wahrhaftigkeit im Krankenhaus ist dabei ein wesentlicher Aspekt. Die Lebenswirklichkeit der Patientinnen und ihr Zugang zur Wahrheit stehen im Mittelpunkt.

**Wahrheit** ist zu verstehen als die inhaltliche Übereinstimmung einer Sache mit der Aussage über diese Sache.

**Wahrhaftigkeit** ist die Haltung, die sich der Wahrheit verpflichtet weiß und der Wahrheit die Ehre gibt. Gegenüber anderen Personen ist die Wahrhaftigkeit dadurch gekennzeichnet, dass die Aussagen, die man ihnen gegenüber macht, im Einklang mit der eigenen Überzeugung stehen.

---

<sup>1</sup>Im Folgenden verwenden wir die weibliche Form, die männliche Form verstehen wir als inbegriffen

## **I. Grundsätzliche Überlegungen**

### **a) Biblisch-theologische Grundlagen**

Die Stiftung kreuznacher diakonie versteht ihre Arbeit als Auftrag aus dem Evangelium von Jesus Christus. Sie ist diesem Auftrag auch und gerade in der wahrhaftigen und ehrlichen Beziehung zum Menschen verpflichtet. Wie ein roter Faden zieht sich das Gebot der Wahrhaftigkeit und die Warnung vor Unwahrhaftigkeit und Lüge durch die biblische Überlieferung.<sup>2</sup> Danach können menschliche Beziehungen und zwischenmenschliche Kommunikation nur dann gelingen, wenn sie in Vertrauen, Aufrichtigkeit und Verlässlichkeit ihr Fundament haben. Vertrauen kann sich ohne Offenheit und Ehrlichkeit nicht entwickeln. Lüge oder das Verschweigen von Wahrheit stehen in der Gefahr, die vertrauensvolle Beziehung und Begegnung von Menschen zu zerstören.

### **b) Wahrhaftigkeit und Würde des Menschen**

Dem Auftrag des Evangeliums weiß sich die Stiftung kreuznacher diakonie auch in der Begründung der Menschenwürde verpflichtet. Diese ist nicht abhängig von empirisch feststellbaren Voraussetzungen wie Bewusstseins- und Entwicklungsstand. Sie gründet in Gottes Schöpferhandeln und der von dort her verliehenen Würde der Gott-Ebenbildlichkeit. Zu dieser von Gott geschenkten und darum unantastbaren Würde gehört das Selbstbestimmungsrecht von Menschen.

---

<sup>2</sup> Zum Beispiel: Sprüche 14, Vers 25:

„Ein wahrer Zeuge rettet manchem das Leben, aber wer Lügen ausspricht, übt Verrat.“

Epheser 4, Vers 25: „Darum legt die Lüge ab und redet die Wahrheit, ein jeder mit seinem Nächsten...“

Um selbstbestimmte und verantwortliche Entscheidungen für eine spezielle Behandlungsalternative oder für das Beenden von Behandlungen treffen zu können, braucht ein Mensch wahrheitsgemäße und ehrliche Auskunft.

**c) Wahrhaftigkeit unter dem Vorbehalt momentaner Erkenntnisse und Erfahrungen**

Die klinische Medizin verfügt nicht über eine absolute Wahrheit. Sie macht Aussagen über Erkenntnisse aus Diagnosen und Erfahrungen mit dem Verlauf von Krankheiten. Eine wahrhaftige Aussage steht darum unter dem Vorbehalt des momentan aktuellen Erkenntnisstandes derjenigen, die eine Auskunft gibt. Ebenso steht sie unter dem Vorbehalt des vermuteten Verlaufs einer Krankheit. Zur Wahrhaftigkeit im Krankenhaus gehört darum auch die Thematisierung dieses Vorbehaltes.

**d) Wahrhaftigkeit im Dialog**

Jede zwischenmenschliche Begegnung und Kommunikation hat die seelisch-geistig-leibliche Einheit des Menschen zu beachten. Die Wahrheit betrifft einen Menschen in allen seinen Lebensbezügen. Die von der Ärztin festgestellte Sachwahrheit ist für den betroffenen Menschen eine existenzielle Wahrheit. Deshalb geht es bei der Wahrhaftigkeit auch nicht um die bloße monologische Mitteilung von Befunden, also auch nicht um eine so genannte „schonungslose Offenheit“, sondern um einen Dialog.

Neben der Sachebene hat die Wahrhaftigkeit eine Beziehungsebene. Ein Dialog schließt sowohl die Frage dessen ein, was auf einen Menschen zukommt, was an Angeboten weiterer Behandlungsmöglichkeiten vorhanden ist und wie weitere Begleitung gestaltet werden kann. Der wahrhaftige Dialog lebt davon, dass die Fragen

nach existenzieller Bedrohung, nach Hoffnung, Ausblick und Unterstützung gemeinsam erörtert werden.<sup>3</sup> Wahrhaftigkeit kann zur Lebenshilfe werden.

### **e) Wahrhaftigkeit und das Gebot der Liebe**

Menschen können die Wahrheit einer Krankheit als kalt, brutal, Angst machend, erbarmungs- und hoffnungslos erleben. Wohl deshalb redet die biblische Tradition von einer notwendigen Verbindung von Wahrhaftigkeit und Liebe. Sie fordert uns auf: „Seid wahrhaftig in der Liebe.“ (Epheser 4,15)

Im biblischen Verständnis meint Liebe, das eigene Sagen und Tun mit Gedanken und Empfindungen des anderen zu verbinden. Zur Wahrhaftigkeit gehören darum Sensibilität, Einfühlungsvermögen, Rücksichtnahme auf und Verständnis für den anderen. „Man sollte dem anderen die Wahrheit wie einen Mantel hinhalten, dass er hineinschlüpfen kann..... und sie ihm nicht wie einen nassen Lappen um die Ohren schlagen.“ (Max Frisch, Tagebücher).

Wahrhaftigkeit im Krankenhaus kann darum ein Prozess sein mit der schrittweisen Vermittlung der Wahrheit.

## **II. Praktische Aspekte**

### **a) Vorbemerkungen**

Aus ethischen und juristischen Gründen hat jeder Mensch das Recht auf Information über seine Erkrankung und Aufklärung hinsichtlich seines gegenwärtigen Gesundheitszustandes und der Prognose. Der Anspruch auf Aufklärung und Wahrheit

---

<sup>3</sup> Die Wahrhaftigkeit im Gespräch mit einem kranken Menschen ist ein „dialogisches Erschließungsgeschehen“ (Martin Buber)

gehört zu den Persönlichkeitsrechten des Menschen, nach denen jeder einzelne das Recht hat, dass offen und ehrlich mit ihm gesprochen wird und dass er selbstbestimmend seine veränderte Lebenssituation oder das Ende seines Lebens gestalten kann.

Gleichzeitig hat jeder Mensch jedoch auch das Recht auf Aufklärungsverzicht, das heißt, dass gegen den Willen des einzelnen eine Aufklärung entweder gar nicht oder nur bis zu einem gewissen Punkt stattfinden darf; die Patientin selbst bestimmt somit den Umfang und das Ende der Information und Aufklärung. Rechtlich festgelegt ist dabei, dass eine fachkompetente Ärztin, die nicht zwingend die Behandelnde sein muss, die Patientin über ihre Diagnose, Therapiemöglichkeiten und Prognose informiert.

Dabei sollte die Ärztin das Gespräch im Sinne von und nach Rücksprache mit dem gesamten Behandlungsteam durchführen, denn nur in Kenntnis der Lebenssituation, der Lebenseinstellung und des Wesens der Patientin ist eine adäquate und individuell ausgerichtete Aufklärung möglich. Die Patientin sollte dabei dort „abgeholt werden, wo sie steht“, das heißt es muss klar sein, was die Patientin bereits über ihre Erkrankung und ihren aktuellen Gesundheitszustand weiß. Formulare und Aufklärungsbögen ersetzen ein solches Gespräch nicht.

Vor allem bei bedeutsamen Veränderungen der bisherigen Lebenssituation, bei unheilbaren Erkrankungen und am Ende des Lebens müssen der Gesprächssituation und dem Gesprächsverlauf besondere Aufmerksamkeit zukommen.

## **b) Gesprächsumfeld**

Für einen guten Gesprächsverlauf und ein optimales Ergebnis sind die Rahmenbedingungen, unter denen das Aufklärungsgespräch stattfindet, von erheblicher Bedeutung: der Gesprächsraum sollte hinsichtlich Größe und Ausstattung angemessen sein, die Gesprächspartnerinnen sollten auf gleicher Ebene und in angenehmer Distanz

zueinander sitzen; die Umgebung sollte ruhig sein und Störungen wie zum Beispiel durch Telefon, Handy, elektronische Geräte oder dritte Personen sollten vermieden werden. Der Gesprächstermin sollte so festgesetzt werden, dass eventuell erforderliche Folgegespräche zeitnah stattfinden können. Ein Freitagnachmittag für das Erstgespräch erscheint somit eher unpassend. Der zeitliche Rahmen sollte von vorneherein großzügig bemessen sein, mit der Möglichkeit, das Gespräch, falls erforderlich, auszudehnen.

### **c) Gesprächsführung**

So schwer es für die Patientin ist, unangenehme und ihr Leben verändernde Informationen zu bekommen, so ist diese Situation auch für die Ärztin belastend, da sie hier unter Umständen von der „aktiven Fachfrau“ zur „passiven Begleiterin“ ihrer Patientin wird, somit einen Rollenwechsel erlebt. Vor dem Gespräch sollte die Ärztin deshalb ausreichend Zeit haben, sich zu sammeln, einen „klaren Kopf zu bekommen“, die Gesamtsituation nochmals zu überdenken und somit auch ihrer Patientin gerecht zu werden. E. Bucka-Lassen nennt diese Zeit der Ärztin vor einem sogenannten „schweren Gespräch“ bezeichnenderweise das „mentale Händewaschen“, in Analogie zur Chirurgen, die sich vor einer Operation „die Hände wäscht“ und dabei Zeit hat, sich auf die vor ihm liegende Situation einzustellen.

Die Gesprächsführung obliegt zwar der Ärztin, den Gesprächsverlauf bestimmt aber die Patientin sowohl verbal als auch nonverbal durch Mimik und Gestik oder einfach Schweigen. An jeder Stelle des Gesprächs, das beispielsweise gegliedert ist in einzelne Punkte wie Diagnose, Therapiemöglichkeiten, Risiken der Therapie und Prognose kann die Patientin unterbrechen oder abbrechen und damit den Informationsgehalt selbst festlegen. Da Patientinnen dies oft nonverbal tun, ist es seitens der Ärztin notwendig, Schritt für Schritt vorzugehen, eine klare und verständliche Sprache zu wählen, die Wortwahl auf die Patientin abzustimmen, sie genau zu beobachten und ihre Reaktionen zu erfassen.

Signalisiert die Patientin, dass sie beispielsweise nicht mehr folgen oder die Situation nicht mehr ertragen kann, so sollte die Ärztin das Gespräch unterbrechen, der Patientin Zeit zum Nachdenken einräumen, sie fragen, ob sie alles verstanden hat oder anbieten, das Gespräch zu beenden und an einem anderen Termin fortzusetzen. An erster Stelle steht hier, das Selbstbestimmungsrecht der Patientin zu achten: die Patientin erhält soviel an Aufklärung, wie sie selbst wünscht.

Angehörige versuchen häufig die Patientin zu schonen und wirken limitierend auf das Gespräch ein; hier sollte versucht werden, bereits im Vorfeld die Angehörigen von der Wichtigkeit einer Aufklärung und Offenheit der Patientin gegenüber zu überzeugen, da erfahrungsgemäß die negativen Folgen einer Aufklärung gegenüber der Nichtaufklärung geringer sind.

Sind Diagnose und Prognose ausgesprochen, gilt es für die Ärztin angesichts der Betroffenheit der Patientin authentisch zu bleiben, realistische Hoffnungen zu geben und für die Patientin als „passive Begleiterin“ da zu sein. Unrealistische Krankheitsverläufe zu schildern und falsche Erwartungen zu wecken oder Floskeln wie „Es wird schon wieder“ führen zu Misstrauen gegenüber der Ärztin, mindern ihre Glaubwürdigkeit und ihre fachliche Kompetenz; die Patientin fühlt sich allein gelassen. Besser ist es, persönliche Perspektiven zu erörtern. Darüber hinaus sollte eine angemessene Weiterbehandlung, zum Beispiel palliative Maßnahmen, besprochen werden.

Reagiert die Patientin so, dass das Aussprechen realistischer Hoffnungen unpassend erscheint, liegt sie nur schweigend da, wird sie aggressiv und beleidigend, dann können Schweigen und „pures Da-Sein“ mit angemessener Gestik und Mimik oder aufmerksames Zuhören und kleine Gesten (wie zum Beispiel ein Taschentuch reichen, die Hand der Patientin halten, usw.) die Fürsorge der Ärztin ausdrücken. E. Bucka-Lassen beschreibt diese Situation treffend mit „In diesen Minuten liegt mehr Empathie im Schweigen als im Reden, mehr Verständnis im Sein als im Tun.“

Beim Gesprächsende sollte die Ärztin auch für die Zukunft ihr weiteres „Da-Sein“ bekunden und eventuell praktische Hilfsmöglichkeiten anbieten (zum Beispiel kurzfristige Gesprächstermine benennen, oder der Vorschlag, Fachkolleginnen, Krankenhausseelsorgerinnen oder Mitarbeitende des Sozialdienstes zu kontaktieren usw.), um dadurch bei der Patientin das Gefühl von Gleichgültigkeit, Distanz und Alleingelassenwerden seitens der Behandelnden gar nicht erst aufkommen zu lassen. Dies gilt umso mehr, wenn die Patientin sich anders entscheidet oder verhält, als es sich Ärztin oder Angehörige vorgestellt haben; vor dem Hintergrund ihres Selbstbestimmungsrechtes ist die Entscheidung der mündigen Patientin, wie sie das ihr verbleibende Leben gestalten möchte, zu respektieren. Bei diskrepanten Vorstellungen von Patientin und Angehörigen sollte die Ärztin deshalb nicht Stellung beziehen, sondern als Moderatorin zur Entscheidungsfindung beitragen.

#### **d) Besondere Gesprächssituationen**

Besondere Situationen stellen so genannte „schwere Gespräche“ z.B. mit Kindern, ausländischen Patientinnen und Patientinnen mit Behinderungen dar.

Bei Kindern gilt es, die Eltern aufzuklären. Je nach Alter und geistigem Stand sollte auch das Kind anwesend sein, wobei dann die „Sprache des Kindes“ gewählt und dieses direkt angesprochen werden sollte.

Bei ausländischen Patientinnen und der Notwendigkeit einer Dolmetscherin sollte diese wie die aufklärende Ärztin im Voraus durch das Behandlungsteam über die Gesamtsituation informiert sein. Im Gespräch ist es Ausdruck der Wertschätzung der Patientin, diese und nicht die Dolmetscherin direkt anzusprechen und die ihr primär unverständliche Botschaft durch angemessene Mimik, Gestik und Intonation zu überbringen. Während der Übersetzung durch die Dolmetscherin kann die Ärztin ihre Fürsorge durch Nähe und Blickkontakt demonstrieren.

Bei Menschen mit Behinderungen steht möglicherweise die nonverbale Kommunikation mit Gestik, Mimik und visuellen Hilfsmitteln (Skizzen, Zeichnungen und Bildmaterial) im Vordergrund. Die Rahmenbedingungen dieser besonderen Gesprächssituation sollten sich von denen der verbalen Gesprächsführung nicht unterscheiden.

Diese grundsätzlichen Überlegungen und praktischen Aspekte der Gesprächsführung gelten auch für Gespräche mit Angehörigen

**Literatur:**

Bucka-Lassen E. (2005): Das schwere Gespräch. Einschneidende Diagnosen menschlich vermitteln. Deutscher Ärzte-Verlag

Gestrich R. (2006): Gespräche mit Schwerkranken. Krisenbewältigung durch das Pflegepersonal. W. Kohlhammer GmbH Stuttgart