



Wahrhaftigkeit im Krankenhaus

Grundsätze und praktische Aspekte
für das Geschäftsfeld Krankenhäuser und Hospize
der Stiftung kreuznacher diakonie

Stiftung kreuznacher diakonie

Die Stiftung kreuznacher diakonie ist eine gemeinnützige und mildtätige kirchliche Stiftung des öffentlichen Rechts und wurde 1889 in Bad Sobernheim als Diakonissen-Mutterhaus gegründet. Heute hat die Stiftung kreuznacher diakonie ihren Sitz in Bad Kreuznach und ist Träger von Einrichtungen in Rheinland-Pfalz, Saarland und Hessen.

Seit über 125 Jahren nimmt die Stiftung kreuznacher diakonie teil am Auftrag der Kirche, Gottes Liebe zur Welt in Jesus Christus allen Menschen zu bezeugen. Sie weiß sich diesem Auftrag verpflichtet und beteiligt sich seit ihren Anfängen an der Diakonie als Wesens- und Lebensäußerung der Kirche. Die Stiftung nimmt sich besonders Menschen in leiblicher Not, in seelischer Bedrängnis und in sozial benachteiligten Verhältnissen an. Diesen Auftrag fördern in besonderer Weise die Diakonischen Gemeinschaften Diakonissen-Mutterhaus und Paulinum.

Die diakonisch-sozialen Angebote der Stiftung sind in fünf Geschäftsfeldern organisiert:

- **Krankenhäuser und Hospize**
- **Leben mit Behinderung** · Rehabilitation, Förderschulen, Wohnungen und Werkstätten für Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen sowie Integrationsabteilungen
- **Seniorenhilfe** · Betreuungs- und Wohnangebote für Menschen im Alter und Pflegebedürftige
- **Kinder-, Jugend- und Familienhilfe** · Tagesstätten, familienentlastende Dienste und Inobhutnahmen
- **Wohnungslosenhilfe** · dezentrale Wohnangebote, ambulante Hilfen wie Straßensozialarbeit, Tagesaufenthalte und Nachbetreuung

Die Stiftung bietet rund 750 pflegerische, pädagogische und diakonisch-theologische Aus- und Weiterbildungsplätze. Täglich nehmen Tausende von Menschen Dienstleistungen der Stiftung kreuznacher diakonie in Anspruch. Rund 6.700 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben einen Arbeitsplatz bei der Stiftung kreuznacher diakonie.

Die Stiftung kreuznacher diakonie ist auf die Hilfe von Freundinnen und Freunden angewiesen. Sie unterstützen diakonisch-soziale Angebote durch Geld- und Sachzuwendungen, durch Vermächtnisse und Stiftungen. Diese Hilfen kommen direkt den Menschen zugute, die die Dienste der Stiftung in Anspruch nehmen.

Unser Spendenkonto bei der Bank für Kirche und Diakonie eG – KD-Bank
IBAN DE50 1006 1006 1006 40 · BIC GENODED1KDB

Stiftung kreuznacher diakonie

Ringstraße 58 · 55543 Bad Kreuznach

Tel. 0671 / 605-0

E-Mail info@kreuznacherdiakonie.de

www.kreuznacherdiakonie.de

Herausgeber	Stiftung kreuznacher diakonie, Kirchliche Stiftung des öffentlichen Rechts · Ringstraße 58 · 55543 Bad Kreuznach
Verantwortlich	Der Vorstand
Redaktion	Ethikausschuss der Stiftung kreuznacher diakonie
Layout Grafik	Referat Kommunikation · Stiftung kreuznacher diakonie transformdesign
Fotos	Niko Neuwirth
Stand	August 2017

Wahrhaftigkeit im Krankenhaus

Grundsätze und praktische Aspekte
für das Geschäftsfeld Krankenhäuser und Hospize
der Stiftung kreuznacher diakonie

- 6 1. Grundsätzliche Überlegungen
 - a) Biblisch-theologische Grundlagen
 - b) Wahrhaftigkeit und Würde des Menschen
 - c) Wahrhaftigkeit unter dem Vorbehalt momentaner Erkenntnisse und Erfahrungen
 - d) Wahrhaftigkeit im Dialog
 - e) Wahrhaftigkeit und das Gebot der Liebe
- 9 2. Praktische Aspekte
 - a) Vorbemerkungen
 - b) Gesprächsumfeld
 - c) Gesprächsführung
 - d) Besondere Gesprächssituationen
- 14 3. Inkrafttreten
- 14 4. Literatur

» In jedem Menschen
verwirklicht sich
ein Gedanke Gottes.

Aus dem Leitbild der Stiftung kreuznacher diakonie

In der einschlägigen Literatur zu Medizin und Pflege im Krankenhaus erscheinen immer wieder Artikel, die auf die Wichtigkeit und Notwendigkeit der „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 oder des Patienten und ihr Zugang zur Wahrheit stehen im Mittelpunkt.

In seiner Stellungnahme „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“ vom 5. April 2016 empfiehlt der Deutsche Ethikrat unter anderem, eine bessere Kommunikation im Krankenhaus sicherzustellen. Dazu gehöre die Förderung der kommunikativen Kompetenz aller im Krankenhaus Tätigen. Diesbezüglich sollten Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote entwickelt werden. Zudem sollten der zeitliche und organisatorische Aufwand bei den Vorgaben für die Vergütung innerhalb des DRG-Systems berücksichtigt werden. Dies betreffe laut Deutschem Ethikrat sowohl die Kommunikation mit der Patientin oder dem Patienten als auch die interprofessionelle Kommunikation.

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. ■

1. 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 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.¹ 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 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 verliehener Würde der Gottebenbildlichkeit. Zu dieser von Gott geschenkten und darum unantastbaren Würde gehört das Selbstbestimmungsrecht von Menschen.

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.

1) 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...“

c) Wahrhaftigkeit unter dem Vorbehalt und Erfahrungen momentaner Erkenntnisse

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 oder dem Arzt 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 „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.²

Wahrhaftigkeit kann zur Lebenshilfe werden.

2) Die Wahrhaftigkeit im Gespräch mit einem kranken Menschen ist ein „dialogisches Erschließungsgeschehen“ (Martin Buber)

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 oder die Andere.

„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. ■

» Wir achten das Recht auf Selbstbestimmung.

Aus dem Leitbild der Stiftung kreuznacher diakonie

2. 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 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 oder der Patient selbst bestimmt somit den Umfang und das Ende der Information und Aufklärung. Rechtlich festgelegt ist dabei, dass eine fachkompetente Ärztin oder ein fachkompetenter Arzt, die oder der nicht zwingend die oder der Behandelnde sein muss, die Patientin oder den Patienten über ihre oder seine Diagnose, Therapiemöglichkeiten und Prognose informiert.

Dabei sollte die Ärztin oder der Arzt 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 oder des Patienten ist eine adäquate und individuell ausgerichtete Aufklärung möglich. Die Patientin oder der Patient sollte dabei dort „abgeholt werden, wo sie oder er steht“, das heißt, es muss klar sein, was die Patientin oder der Patient bereits über ihre oder seine Erkrankung und den aktuellen Gesundheitszustand weiß. Formulare und Aufklärungsbögen ersetzen ein solches Gespräch nicht, sondern dienen der rechtlich notwendigen Dokumentation.

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 Gesprächspartner 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 oder den Patienten ist, unangenehme und ihr oder sein Leben verändernde Informationen zu bekommen, so ist diese Situation auch für die Ärztin oder den Arzt belastend, da sie oder er hier unter Umständen von der „aktiven Fachperson“ zur „passiven Begleiterin“ oder „passiven Begleiter“ ihrer Patientin oder ihres Patienten werden, somit einen Rollenwechsel erleben. Vor dem Gespräch sollte die Ärztin oder der Arzt deshalb ausreichend Zeit haben, sich zu sammeln, einen „klaren Kopf zu bekommen“, die Gesamtsituation nochmals zu überdenken und somit auch ihrer Patientin oder ihres Patienten gerecht zu werden. E. Bucka-Lassen nennt diese Zeit der Ärztin oder des Arztes vor einem sogenannten „schweren Gespräch“ bezeichnenderweise das „mentale Händewaschen“, in Analogie zur Chirurgin oder zum Chirurgen, die sich vor einer Operation „die Hände wäscht“ und dabei Zeit hat, sich auf die vor ihr oder ihm liegende Situation einzustellen.

Die Gesprächsführung obliegt zwar der Ärztin oder dem Arzt, den Gesprächsverlauf bestimmt aber die Patientin oder der den Patienten 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 oder der Patient unterbrechen oder abbrechen und damit den Informationsgehalt selbst festlegen.

Da Patientinnen oder Patienten dies oft nonverbal tun, ist es seitens der Ärztin oder des Arztes notwendig, Schritt für Schritt vorzugehen, eine klare und verständliche Sprache zu wählen, die Wortwahl auf die Patientin oder den Patienten abzustimmen, sie genau zu beobachten und ihre oder seine Reaktionen zu erfassen.

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

Angehörige versuchen häufig, die Patientin oder den Patienten 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 oder des Patienten 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 oder den Arzt angesichts der Betroffenheit der Patientin oder des Patienten authentisch zu bleiben, realistische Hoffnungen zu geben und für die Patientin oder den Patienten als „passive Begleitperson“ 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 oder dem Arzt, mindern ihre oder seine Glaubwürdigkeit und fachliche Kompetenz; die Patientin oder der Patient 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 oder der Patient so, dass das Aussprechen realistischer Hoffnungen unpassend erscheint, liegt sie oder er nur schweigend da, wird sie oder er 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 oder den Patienten halten, usw.) die Fürsorge der Ärztin oder des Arztes 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 oder der Arzt auch für die Zukunft ihr oder sein weiteres „Da-Sein“ bekunden und eventuell praktische Hilfsmöglichkeiten anbieten (zum Beispiel kurzfristige Gesprächstermine benennen, oder der Vorschlag, Vertreter des Fachkollegiums, der Krankenhausesseelsorge oder Mitarbeitende des Sozialdienstes zu kontaktieren usw.), um dadurch bei der Patientin oder dem Patienten das Gefühl von Gleichgültigkeit, Distanz und Alleingelassenwerden seitens der Behandelnden gar nicht erst aufkommen zu lassen. Dies gilt umso mehr, wenn die Patientin oder der Patient sich anders entscheidet oder verhält, als es sich die Ärztin, der Arzt oder Angehörige vorgestellt haben; vor dem Hintergrund ihres oder seines Selbstbestimmungsrechtes ist die Entscheidung der mündigen Patientin oder des mündigen Patienten, wie sie oder er das ihr oder ihm verbleibende Leben gestalten möchte, zu respektieren. Bei diskrepanten Vorstellungen von Patientin oder Patient und Angehörigen sollte die Ärztin oder der Arzt deshalb nicht Stellung beziehen, sondern als Moderierende zur Entscheidungsfindung beitragen.

d) Besondere Gesprächssituationen

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

Bei Kindern gilt es, die Eltern und ggf. auch die gesetzlichen Vertreter 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 Patientinnen oder Patienten mit Migrationshintergrund und der Notwendigkeit eines Dolmetschenden sollte diese wie die aufklärende Ärztin oder der aufklärende Arzt im Voraus durch das Behandlungsteam über die Gesamtsituation informiert sein und muss auf ihre oder seine Schweigepflicht schriftlich hingewiesen werden. Im Gespräch ist es Ausdruck der Wertschätzung der Patientin oder des Patienten, diese oder diesen und nicht den Dolmetschenden direkt anzusprechen und diese primären, unverständlichen Botschaften durch angemessene Mimik, Gestik und Intonation zu überbringen. Während der Übersetzung durch den Dolmetschenden kann die Ärztin oder der Arzt ihre bzw. seine 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. Das Gespräch sollte gemeinsam mit einer vertrauten, im Alltag betreuenden Person geführt werden, gesetzliche Vertreter sind hinzuzuziehen. 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. ■

3. Inkrafttreten

Diese Grundsätze wurden zuletzt überarbeitet 2011 und revidiert 2017 und treten in revidierter Fassung mit sofortiger Wirkung in Kraft.

Bad Kreuznach, den 16. August 2017

Stiftung kreuznacher diakonie
Der Vorstand



Dr. Frank Rippel



Pfr. Christian Schucht (komm.)

4. 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
- „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“, Stellungnahme des Deutschen Ethikrats (2016) ■



