

# *Klinisches Ethikkomitee im St.-Marien-Hospital Lünen*

## **Die Wahrheit am Patientenbett**

Wahrheit bedeutet ganz allgemein die inhaltliche Übereinstimmung einer Aussage mit der Wirklichkeit. Wahrhaftigkeit dagegen ist „die Haltung, die sich der Wahrheit verpflichtet weiß“.<sup>1</sup> Einem anderen gegenüber bedeutet das, dass meine Äußerungen im Einklang mit meinen eigenen Überzeugungen stehen. Mir selber gegenüber ist damit gemeint, dass ich mir selbst dabei nichts vormache.<sup>2</sup>

### **Erster Teil: Grundsätzliche Überlegungen**

#### *1. Wahrhaftigkeit und Patientenautonomie*

Der Respekt vor unseren Patienten gebietet es, dass wir wahrhaftig mit ihnen umgehen. Damit schaffen wir die Voraussetzung dafür, dass sie Behandlung und Pflege nicht einfach nur als Objekt erleiden, sondern als Subjekt mittragen. Um ihre Behandlung verstehen zu können und selbstbewusste Entscheidungen für oder gegen eine Behandlung treffen zu können, brauchen die Patienten eine wahrheitsgemäße Aufklärung. Gleichzeitig ist eine solche Aufklärung die Vorbedingung dafür, den Weg der Behandlung in eigener Verantwortung mitzugehen.

Das gilt verstärkt, wenn sich als Folge einer Krankheit die Lebenssituation des Patienten einschneidend verändert oder die Krankheit in absehbarer Zeit zum Tod führt. Ehrliche, wahrheitsgemäße Auskünfte über Prognose und therapeutische Hilfen eröffnen dem Patienten die Möglichkeit, sich mit der veränderten Situation auseinanderzusetzen und ggf. seine letzte Lebensphase auf seine eigene Art und Weise anzugehen.

Ziel ist ein individueller Weg durch die Krankheit, den Behandler und Patient gemeinsam gehen.

Aus ethischer Sicht kann ein Patient zumindest im Grundsatz nicht aus Selbstbestimmung und Eigenverantwortung entlassen werden.

#### *2. Wahrhaftigkeit und vertrauensvolle Beziehung*

Außerdem ist Wahrhaftigkeit auch die Voraussetzung für gelingende Kommunikation, für den Aufbau einer Beziehung. „Vertrauen kann sich ohne Offenheit und Ehrlichkeit nicht entwickeln.“<sup>3</sup> Die Gewissheit, auf Fragen stets eine ehrliche Antwort zu bekommen, ist die Basis für eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung. Dieser Beziehung kommt eine eigene therapeutische Bedeutung zu. Erhält z.B. ein Patient im Angesicht des Todes auf seine

---

<sup>1</sup> Wahrhaftigkeit im Krankenhaus – Grundsätze und praktische Aspekte für die Krankenhäuser der Stiftung Kreuznacher diakonie, 2011, S. 6.

<sup>2</sup> Vgl. Ethische Orientierungshilfe zum Umgang mit Wahrheit und Wahrhaftigkeit gegenüber Patienten und ihren Angehörigen. Empfehlung des Ethikkomitees der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH, 2009, S. 5.

<sup>3</sup> Wie Anm. 1, S. 7.

Fragen gar keine oder nur unzureichende Antworten, wird er in einer entscheidenden Lebenssituation alleingelassen.

Wahrhaftigkeit und vertrauensvolle Beziehung gehören also zusammen. Das bedeutet auch, dass Wahrhaftigkeit kein Selbstzweck sein kann, kein absoluter Wert. Die „nackte“ Wahrheit wird als kalt und brutal, als respekt- und lieblos empfunden. Einen Patienten mit Sachinformationen zu versorgen und ihn dann – weil mündig! – mit seinen Entscheidungen und mit der Bewältigung der Situation alleine zu lassen, gilt zu Recht als kritikwürdiges Vorgehen. „Zur Wahrhaftigkeit gehören darum Sensibilität, Einfühlungsvermögen, Rücksichtnahme auf und Verständnis für den anderen.“<sup>4</sup>

Einen Patienten wahrheitsgemäß aufzuklären, bedeutet deshalb auch keinen Gegensatz zur Fürsorgepflicht des Arztes, sondern gehört zu dieser Fürsorgepflicht. Eine wahrheitsgemäße Aufklärung schließt aus diesem Grund auch nicht aus, dem Patienten einen Rat zu geben und ihn in einer für ihn schwierigen Situation zu helfen und zu führen.

Das hier Gemeinte wird in einer immer wieder zitierten Formulierung von Max Frisch anschaulich: Man solle einem Menschen die Wahrheit nicht wie einen nassen Lappen um die Ohren schlagen, sondern sie ihm wie einen Mantel hinhalten, in den er hineinschlüpfen kann.<sup>5</sup>

### **3. Wahrheit als Prozess**

Das Aufklärungsgespräch zwischen Arzt und Patient ist Teil eines umfassenderen Prozesses, in dessen Verlauf sich der Patient der Wahrheit über seinen gesundheitlichen Zustand annähert und diese Wahrheit im Idealfall auch annimmt.

#### *a) Wahrheit und Verdrängung*

Während dieses Prozesses ist in aller Regel mit dem Phänomen der Verdrängung zu rechnen. Verdrängung darf nicht vorneherein als Defizit verstanden werden, sondern ist eine Form der Krankheitsbewältigung. Auch auf dem Weg der Verdrängung braucht der Patient empathische Begleitung.

#### *b) Existentielle Wahrheit*

Die im Rahmen des Aufklärungsgesprächs mitgeteilten medizinischen Informationen bilden nur einen Teil der Wahrheit, mit der der Patient sich auseinandersetzen muss. Oft ergeben sich aus diesen Informationen Konsequenzen, die z.B. seine soziale Situation betreffen. Letztlich geht es um eine existentielle Wahrheit: die Veränderung des gesundheitlichen Zustandes als Veränderung des Leben in allen seinen Bezügen, als Teil des eigenen Schicksals. Diese Wahrheit ist immer subjektiv, hängt von der Lebenssituation, der Einstellung und dem Charakter des Patienten ab. Und auch diese Wahrheit ist erst im Prozess zu erfassen: „Was das wirklich für mich heißt“, zeigt sich oft erst nach und nach. Dabei ist es nicht nur möglich, sondern wahrscheinlich, dass sich die Einstellung zur Krankheit verändert und einmal getroffene Entscheidungen wieder hinterfragt und modifiziert werden.

---

<sup>4</sup> Wie Anm. 1, S. 9. Theologisch gesprochen: Wahrheit und Liebe gehören zusammen.

<sup>5</sup> Max Frisch, Tagebücher.

### *c) Wahrheit im Dialog*

Was den medizinischen Sachstand angeht, haben die Mitglieder des Behandlungsteams dem Patienten gegenüber einen Informationsvorsprung. Um die daraus resultierende existentielle Wahrheit weiß dagegen nur der Patient selbst. Im Dialog miteinander können beide Seiten miteinander einen individuellen Weg durch die Krankheit gestalten.

Verantwortung als Dialogpartner des Patienten trägt dabei der Arzt, mit ihm zusammen und im Rahmen ihrer Kompetenz aber auch die anderen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen – die Pflegenden, die Mitarbeiter der therapeutischen Dienste, des Sozialdienstes, des psychologischen Dienstes, der Seelsorge. Von Wahrhaftigkeit geprägte Beziehungen können für den Patienten zur Lebenshilfe werden

## **Zweiter Teil: Praktische Aspekte**

Die folgenden Überlegungen sind als Hilfestellung für Begegnungen und Gespräche gedacht, die die Pflege und Behandlung eines Patienten im Krankenhaus begleiten.<sup>6</sup> Schwerpunkt ist nicht die „Aufklärung“ im juristischen Sinn, der die Frage zugrunde liegt, inwiefern ein ärztlicher Eingriff von der Einwilligung des Patienten gedeckt und somit rechtskräftig ist. Informationen für diese Fragestellung finden Sie unter <http://klinikum-luenen.de/patienten-besucher/ethikkomitee/ethische-leitlinien/>.

### **1. Umgebung**

Für die Atmosphäre und den Ertrag eines Gesprächs ist die Umgebung von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Oft kann mit dem Patienten nur im Krankenzimmer gesprochen werden. Dann ist zu überlegen, ob sich der Arzt (oder ein anderer Gesprächspartner) nicht zum Patienten setzt, um zumindest ansatzweise einen geschützten Raum zu schaffen. Gleichzeitig geht er damit zum Patienten „auf Augenhöhe“. Bei Zeitknappheit sollte die zur Verfügung stehende Zeit benannt werden. Gleiches gilt für mögliche Störungen, z.B. durch eingehende Telefonate, die sonst vom Patienten leicht als Desinteresse gewertet werden können.

Gespräche über schwere Erkrankungen mit einschneidenden Folgen für die Lebenssituation des Patienten sollten idealerweise in eigenen Gesprächszimmern stattfinden, wo die Intimität des Patienten geschützt ist und Störungen durch Telefon oder durch Dritte ausgeschaltet sind.

Zu den räumlichen Gegebenheiten treten weitere vertrauensbildende Bedingungen: Der Patient sollte immer namentlich begrüßt werden und auch sein Gesprächspartner sollte sich – zumindest beim Erstkontakt – mit Namen vorstellen. Hilfreich ist es auch, sich vor dem Gespräch die relevanten Informationen noch einmal zu vergegenwärtigen „und dies dem Patienten auch zu sagen“<sup>7</sup>. Der erfährt sich dadurch „als Person ins Zentrum des Gesprächs gerückt“<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Das Folgende orientiert sich im Wesentlichen an dem von W. Baile et al. 2000 entwickelten SPIKES-Protokoll, vorgestellt in: Walter Aulitzky, Alexander Marmé (Hrsg.), Es muss nicht Schweigen herrschen. Gelungene Kommunikation mit Schwerkranken und Sterbenden, o.J.

<sup>7</sup> Wie Anm. 6, S. 16.

<sup>8</sup> Ebd.

Oft ist es möglich und auch wünschenswert, Gespräche mit dem Patienten und seinen Angehörigen zusammen zu führen – vorausgesetzt, der Patient stimmt dem zu. Viele Patienten empfinden die Anwesenheit ihrer Angehörigen als Hilfe. Zugleich ermöglicht ein solches gemeinsames Gespräch auch ein gemeinsames Umgehen mit der veränderten Lebenssituation.

## **2. Kenntnisstand des Patienten**

Gar nicht selten gehen der Patient und sein Gesprächspartner von unterschiedlichen Voraussetzungen aus. „Der Satz des Arztes ‚Sie kommen ja heute zur Aufklärung über die Chemotherapie‘ kann fatale Folgen haben, wenn der Patient darüber noch nicht informiert wurde oder diese Tatsache verdrängt hat.“<sup>9</sup> Andere bringen Vorkenntnissen mit ins Gespräch, die sie sich gezielt erworben haben. Die möglichst offen gestellte Frage an den Patienten, wie denn sein derzeitiger Kenntnisstand sei, kann dem vorbeugen.

Zum Kenntnisstand des Patienten gehört auch, wie er „die vermittelten Dinge emotional einschätzt“<sup>10</sup>, ob er z.B. in seinem sozialen Umfeld Vorerfahrungen positiver oder auch negativer Art mit der Erkrankung gemacht hat.

## **3. Recht auf Nicht-Wissen**

Oft geht es in Gesprächen mit dem Patienten um Inhalte, die er als notwendige Voraussetzung für seine Behandlung zur Kenntnis nehmen muss. Gleichzeitig hat jeder Patient aber auch das Recht auf Nichtwissen. Wenn er dieses Recht eindeutig und unmissverständlich für sich einfordert, ist das zu respektieren.

Häufiger als mit einem kompletten Verzicht auf Informationen sind die Gesprächspartner eines Patienten allerdings mit der Frage konfrontiert, „wie detailliert der Patient seine Situation erklärt bekommen möchte“<sup>11</sup>. Während für die Einen Befunde im Einzelnen, Bilder und Statistiken bei der Krankheitsbewältigung wichtige Hilfen sind, empfinden Andere Zahlen und Bilder als erschreckend. Solch unterschiedlich ausgeprägten Informationsbedürfnissen sollte Rechnung getragen werden, ohne allerdings wesentliche Inhalte zu verschweigen. Wahrheitsgemäßer Umgang heißt nicht, alles sagen zu müssen. Hilfreich kann es sein, den Patienten Frage stellen zu lassen und die Wissensvermittlung daran auszurichten.

Der individuelle Verarbeitungsmechanismus eines Patienten kann auch die Verwendung von Euphemismen rechtfertigen. So kann es z.B. richtig sein, in einem ersten Schritt davon zu sprechen, ein Tumor sei „nicht gutartig“, ohne schon die Begriffe „bösartig“ oder „Krebs“ zu verwenden. Das kann allerdings nicht bedeuten, dass Inhalte auf die Dauer verharmlost werden dürfen.

---

<sup>9</sup> Wie Anm. 6, S. 17

<sup>10</sup> Ebd.

<sup>11</sup> Ebd.

#### **4. Wissensvermittlung**

Der Patient befindet sich oft in einer emotional belastenden Situation, in der er mit einer Fülle von ihm meist fremden Sachinformationen konfrontiert wird. Um sie zu verstehen, ist er darauf angewiesen, dass sein Gegenüber eine ihm verständliche Sprache spricht. Er braucht Gelegenheit zum Nachfragen. Die erhält er durch Pausen während des Gesprächs, aber auch durch die direkte Frage, ob er das Gesagte verstanden habe. Manchen hilft auch „die Ermunterung ...“, das Gesagte in eigenen Worten nochmals wiederzugeben“<sup>12</sup>.

Außer durch die emotionale Belastung kann die Aufnahmefähigkeit auch durch körperliche Symptome (wie Schmerzen, Übelkeit oder Luftnot) beeinträchtigt sein. Ist der Patient so belastet, „dass er beispielsweise nicht mehr folgen oder die Situation nicht mehr ertragen kann“,<sup>13</sup> sollte ihm angeboten werden, das Gespräch zu unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortzusetzen.

Für den Einsatz eines Dolmetschers existiert in unserem Haus eine Liste mit muttersprachlichen Mitarbeitern. Während des Gesprächs ist es „Ausdruck der Wertschätzung des Patienten, ihn selber und nicht den Dolmetscher direkt anzusprechen“<sup>14</sup>.

Mit Minderjährigen und Patienten, die unter einer gesetzlichen Betreuung stehen, sollte ihrer Situation und ihrer Auffassungsgabe entsprechend gesprochen werden. Das Gespräch mit ihrem gesetzlichen Betreuer macht den direkten Kontakt zu ihnen nicht grundsätzlich überflüssig.

#### **5. Emotionen**

Gerade bei der Vermittlung schlechter Nachrichten ist mit einer emotionalen Reaktion des Patienten zu rechnen. Dabei handelt es sich um eine notwendige und konstruktive Form der Verarbeitung solcher Nachrichten. Trotzdem wird „der Umgang mit aufbrechenden Emotionen ... meist als schwierig empfunden. Emotionale Patienten scheinen außer Kontrolle zu sein und machen damit Angst.“<sup>15</sup> Bleibt man solchen Patienten gegenüber auf der Informations- oder Sachebene, führt das dazu, „dass der Patient sich in seiner Emotionalität nicht wahrgenommen und nicht verstanden fühlt“<sup>16</sup>. Eine Entlastung erfolgt nur, wenn Emotionen Raum erhalten, wenn sie wahrgenommen, zugelassen und wenn möglich auch benannt werden. Für den Gesprächspartner bedeutet das bspw., Weinen zuzulassen oder Schweigen auszuhalten.

Oft zeigen sich Emotionen nur versteckt. „Der Patient wird schweigsam, vielleicht auch fordernd oder aggressiv.“<sup>17</sup> Offene Frage seitens des Gesprächspartners können helfen, die dahinterstehenden Emotionen zu erkennen, sie nach Möglichkeit auch zu benennen und damit „dem Patienten die Möglichkeit zu geben, offen über sie zu sprechen“<sup>18</sup>.

---

<sup>12</sup> Wie Anm. 6, S. 18.

<sup>13</sup> Wie Anm. 1, S. 11.

<sup>14</sup> Wie Anm. 1, S. 13.

<sup>15</sup> Wie Anm. 6, S. 19.

<sup>16</sup> Ebd.

<sup>17</sup> Ebd.

<sup>18</sup> Ebd.

Viele Patienten schämen sich für ihre Emotionen. Es kann für sie befreiend sein, vermittelt zu bekommen, dass diese Emotionen verständlich sind und entlastend wirken.

## **6. Ausblick**

Am Ende eines Gesprächs sollte eine Zusammenfassung der wichtigsten Punkte stehen. Darüber hinaus „muss ein für den Patienten lebbarer Ausblick vermittelt werden“<sup>19</sup>. Das wird nicht immer schon ein fertiges Behandlungs- bzw. Betreuungskonzept sein können, sondern oft die konkret anstehenden nächsten Schritte. Dazu können z.B. auch ein Gespräch mit den Angehörigen oder das Einholen einer zweiten Meinung gehören.

Wichtig ist in den meisten Fällen die Aussicht auf ein Folgegespräch, idealerweise mit einem festen Ansprechpartner und wenn möglich mit einer festen Zeitangabe. Darüber hinaus kann es für den Patienten besonders entlastend sein, sich bei Bedarf von sich aus melden zu können.

Zum „lebberen Ausblick“ gehört es schließlich auch, dem Patienten Hoffnung zu lassen, so begrenzt und subjektiv diese Hoffnung auch immer sein mag.

## **7. Dokumentation und Kommunikation**

Gespräche zu dokumentieren und sie innerhalb des Behandlungsteams zu kommunizieren (z.B. im Rahmen von Übergaben), macht nicht nur aus juristischer Sicht Sinn. Dadurch wird eine Zusammenarbeit aller den Patienten begleitenden Berufsgruppen möglich. Jeder, der mit dem Patienten Kontakt aufnimmt, kann so wissen, welche Informationen er bereits besitzt und welche Hilfsangebote er schon erhalten hat, vielleicht auch, wie er bislang damit umgeht. Das macht es möglich, ihn adäquat und individuell anzusprechen. Nur einem Team, das miteinander spricht und keine Informationen verloren gehen lässt, wird der Patienten vertrauen. Schließlich wird auf diese Weise verhindert, dass Verantwortung unter den verschiedenen Gesprächspartnern hin und her geschoben wird: Jeder kann im Rahmen seiner Kompetenz dem Patienten Hilfestellung leisten.

*Einstimmig angenommen in der Sitzung vom 2. Dezember 2014*

*Lünen, den 8. Dezember 2014*

*Dr. Hermann Opgen-Rhein*  
(Vorsitzender)

*Dr. Susanne Karl-Wollweber*  
(stellvertretende Vorsitzende)

---

<sup>19</sup> Wie Anm. 6, S. 20.