

1 Bedeutung von Sprache in medizinischen Aufklärungsgesprächen

Bernd Meyer und Rüdiger Thiesemann

Das vorliegende Buch möchte zu einer Verbesserung der Kommunikation mit älteren Patienten beitragen. Interventionen zur Kommunikationskultur weisen folgende Ansatzpunkte auf (Schulz von Thun 2016):

»Wer zwischenmenschliche Kommunikation verbessern will, kann an drei verschiedenen Stellen ansetzen: 1. Ansatz am Individuum, [...], 2. Ansatz an der Art des Miteinanders [...], 3. Ansatz an den institutionellen/gesellschaftlichen Bedingungen« (ebenda, S. 21 ff).

Zu diesem Zweck sollen in diesem Kapitel neue sprachwissenschaftliche, juristische, medizinische Gegebenheiten zum medizinischen Aufklärungsgespräch im Überblick dargestellt werden.

Aufklärungsgespräche sind ein zentraler und mit weitreichenden medizinischen und juristischen Konsequenzen verbundener Gesprächstyp. Im Jahre 2014 wurden in Deutschland 19,1 Millionen Patientinnen und Patienten vollstationär im Krankenhaus behandelt (Statistisches Bundesamt 2015b). Davon wurden bis zu 16 201 412 Betroffene^{1,2} einer Operation³ unterzogen (Statistisches Bundesamt 2015a), die

1 Im Fallpauschalen-Jargon »Fälle« genannt.

2 Ambulante Operationen in Praxen wurden hierbei noch nicht erfasst.

3 Erfasst wurden hierbei nur »Operationsvorgänge« im epidemiologischen Sinne, die im Kapitel der deutschen Version 2014 der amtlichen Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren (OPS) mit den ICD/OPS-Kodes 5.01. bis 5.99 erfasst wurden (DIMDI 2013a, b). Auch bei anderen medizinischen Maßnahmen sind jedoch Einwilligungen und Aufklärungsgespräche notwendig, die hier nicht erfasst wurden, z. B. bei diagnostischen Maßnahmen, z. B. Biopsie durch Inzisionen, Computertomographie, Nuklearmedizinische-diagnostische Verfahren, Magnetresonanztomographie, nichtoperative Maßnahmen wie z. B.

meist⁴ eines medizinischen Aufklärungsgesprächs bedurfte. Diese Gespräche finden – wenn überhaupt – unter einem hohen Zeitdruck statt und werden auch durch eine zunehmende soziale und ethnische Diversität sowie die Komplexität medizinischer Verfahren erschwert.

1.1 Grundlagen des ärztlichen Gespräches

Aufklärungsgespräche werden mit denjenigen Menschen geführt, die sich in ärztliche Behandlung begeben. Die betroffene Person soll im Zentrum des Geschehens und der Kommunikation stehen. Diese juristische Anforderung entspricht auch den Überlegungen zu einer patientenzentrierten Kommunikation im ärztlichen Bereich, die in ärztlichen psychotherapeutischen Settings (Balint und Hügel 2010; Rogers 1942; Rogers 1972; Balint 1957) seit der Mitte des letzten Jahrhunderts entwickelt wurden. Mit der Diversifizierung der Psychotherapie haben auch andere als psychoanalytische Methoden (Hallberg et al. 2015) ihren Einzug in die Gesprächsführung mit Patienten gehalten (z. B. verhaltenstherapeutische Interventionen in der Schmerztherapie und Systemische Beratung in der Psychiatrie). In der Allgemeinmedizin sind systemische Konzepte jedoch *»nur in Ansätzen beobachtbar«* (Schlippe und Schweitzer 2007), ihre

Applikation von Medikamenten und Nahrung und therapeutische Injektionen, Manipulationen an Verdauungstrakt oder Harntrakt, Therapeutische Katheterisierung, Strahlentherapie, psychosoziale, psychosomatische, neuropsychologische und psychotherapeutische Therapie.

- 4 Die klinische Praxis zeigt, dass nicht für alle sog. »Operationen« immer schriftliche einzelne Einwilligungen erfolgen. Im Bereich der Delegationen von ärztlichen Leistungen werden zum Beispiel Chirurgische Wundtoilette (Wunddebridement) mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut (OPS5-896) z. B. durch ultraschallbasierte Maßnahmen auch durch nicht-ärztliches Personal durchgeführt. Diese Prozeduren werden häufig nicht gesondert einem Einwilligungsverfahren unterzogen, da sie als Folge-Eingriff oder auch nur als »Verband« oder »Wundpflege« verstanden werden.

Integration (...) in die »Alltagsmedizin« steht (...) noch am Anfang« (ebenda S. 246). Dieses gilt umso mehr auch in der Altersmedizin, da die medizinische Versorgung von Senioren sowohl gemessen an der Anzahl von universitären Lehrstühlen als auch an der Zahl spezialisierter Praxen für Geriatrie im Vergleich zu anderen medizinischen Disziplinen ein Schattendasein führt.

Das Ziel des medizinischen Aufklärungsgespräches im Allgemeinen ist *»dass Patienten die Behandlung und ihre möglichen Alternativen verstehen«* (Rixen et al. 2015) und auf eine rechtlich wirksame Weise in die Behandlung einwilligen bzw. eine Entscheidung über ihre Einwilligung zur Durchführung einer medizinischen Maßnahme treffen. Aus sprachwissenschaftlicher Sicht kann unter »Verstehen« immer eine Befähigung zum Handeln verstanden werden ((Meyer 2004) S. 4).

1.2 Verstehen als Teil einer sozialen Beziehung

Dieses Zum-Befähigen-Verstehen älterer Menschen kann auch als Funktion einer sozialen Beziehung und sozialer Konstruktion verstanden werden (Kricheldorf et al. 2015). Auf das medizinische Aufklärungsgespräch bezogen, ist Verstehen ein »Vorgang, bei dem ein Hörer anhand bestimmter Indikatoren die zu verstehende Äußerung des Sprechers als Teil einer Gesamthandlung rekonstruiert und dadurch zu einer adäquaten Anschlusshandlung fähig wird« (Rehbein 1977, zit. nach Meyer 2004). Wenn Patienten diese »Indikatoren« bei der »Person gegenüber« nicht mehr wahrnehmen können (sei es aufgrund von Sehstörungen oder weil lediglich Aufklärungsbögen ohne Gespräch verwendet werden) dann kann die Gesamthandlung der Aufklärung nicht mehr rekonstruiert werden und die Anschlusshandlung nicht mehr adäquat informiert erfolgen. Im Klinikalltag aber auch in Pflegeeinrichtungen ist unter »Anschluss-handlung« die vertrauensvolle und voll informierte Entscheidung über die Einwilligung gemeint, die durch die Unterschrift auf dem Aufklärungsbogen rechtlich wirksam dokumentiert wird.

Um dieses Ziel zu erreichen, werden »Gesprächstechniken« im Studium der Humanmedizin und der Facharztweiterbildung stärker als früher und mit anderen Methoden als noch vor 20 Jahren vermittelt. Medizin-Studierende haben im 21. Jahrhundert die Möglichkeit, die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten im »problemorientierten Lernen« (POL) oder im Rollenspiel zu vertiefen (Helmich und Richter 2003) oder visuelle Medien hierzu als Lehrmittel zu benutzen (Richter 2001). Fachartzkandidaten/innen können an jeder Ärztekammer-Akademie Kurse zur »Ärztlichen Gesprächsführung« belegen; für Psychiater, Schmerztherapeuten, Hausärzte oder Ärzte/innen in der Psychosomatischen Grundversorgung« sind diese Kurse mittlerweile Pflicht.

1.3 Alltagsbeobachtungen in Kliniken

Trotz der gesteigerten Bemühungen, Kommunikation als wichtigen Bestandteil ärztlicher Handlungskompetenz in den Ausbildungsgängen zu verankern, berichten Rixen und Mitarbeiter (Rixen et al. 2015) unter Verweis auf (Engel et al. 2009): »Viele [Patienten⁵] wissen weder, welche Maßnahmen durchgeführt wurden, noch wie sie sich in Zukunft verhalten sollen«.

Die zunehmende »Ökonomisierung, Bürokratisierung und Schematisierung der Medizin [droht] die zuwendende Begegnung von Arzt und Patient in den Hintergrund zu drängen, [daher] ist es erforderlich die Kommunikationskompetenz von Ärzten über die Aus-, Weiter-, und Fortbildung als Schlüsselkompetenz zu fördern« (Rixen et al. 2015).

Es gibt also einen Verbesserungsbedarf innerhalb der Medizin im Prozess der Vermittlung von Informationen, des Verständlich-Machens und der Unterstützung des patientenseitigen Verstehens. Wenn man dieses verbessern will, lohnt sich ein Rückgriff auf die Grundlagen wie sie in der Psychologie (Schulz von Thun 2016) und den Sprach-, Kultur- und Kom-

5 Patienten nach Verlegung von der Notfallstation, Anm. d. Verf.

munikationswissenschaften (Jäger et al. 2016) für zwischenmenschliche Gespräche im allgemeinen beschrieben werden. Dieses umfasst spezifische Erfordernisse auf der individuellen Ebene, der Beziehungsebene von Patienten mit den Aufklärenden und den Systembedingungen.

Im Klinikalltag stehen jedoch häufig institutionelle Abläufen/Notwendigkeiten im Vordergrund. Hierzu zählen auch juristische Vorgaben, die unter Zeitmangel erfüllt werden müssen.

1.4 Die Tragweite des rechtlichen Rahmens eines Aufklärungsgesprächs

Ein wesentliches juristisches Merkmal ist die »Verständlichkeit der Aufklärung«.

Konkret bedeutet dies, dass der Arzt verpflichtet ist, den Patienten »vor der Behandlung umfassend und ordnungsgemäß aufzuklären. Sinn und Zweck der Aufklärung ist es, dem Patienten die wesentlichen Umstände, Risiken und Folgen des erforderlichen Eingriffs zu verdeutlichen und ihm somit die Tragweite seiner Entscheidung für die Behandlung vor Augen zu führen. Da der Patient nur dann wirksam in die Behandlung einwilligen kann, wenn er zuvor ordnungsgemäß aufgeklärt worden ist, hat die Aufklärung im Einzelfall so zu erfolgen, dass der Patient sie auch verstehen kann. Der Arzt hat das Aufklärungsgespräch daher so zu führen und inhaltlich zu gestalten, wie es der individuelle Intellekt des Patienten erfordert und dabei Besonderheiten des jeweiligen Patienten (soziales Umfeld, Beruf, Alter, Mobilität, Wohnort etc.) zu berücksichtigen. Dieser seit jeher in der Rechtsprechung und Rechtsdogmatik entwickelte Grundsatz wurde im Zuge der Kodifikation des Patientenrechtegesetzes in § 630 e) Abs. 2 Satz 3 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) übernommen. Fehlen dem Patienten die Sprachkenntnisse und ist eine Kommunikation

zwischen Arzt und Patient daher nicht möglich, kann naturgemäß auch keine ordnungsgemäße Aufklärung erfolgen mit der Konsequenz, dass eine vom Patienten dennoch erteilte Einwilligung in den Eingriff rechtlich unwirksam wäre.» (zit. nach (Wienke und Sailer 2013), Hervorhebung durch die Verfasser).

Die juristische Vorgabe der verständlichen Aufklärung in einer dem Patienten geläufigen Sprache sind häufig schon bei auch bei sprachlich oder kognitiv nicht eingeschränkten Patienten/innen nicht immer in einem einzigen Gespräch und nicht ohne die Einbeziehung von Familienmitgliedern oder gesetzlichen Betreuern/innen zu erreichen. Ältere Menschen haben zudem häufig noch Einschränkungen der Sinnesfunktionen, die das Verstehen von akustischen oder optischen Informationen erschweren (Tesch-Römer und Wahl 1996; Oswald et al. 2015). Sie benötigen hier oft Hilfsmittel/-personen sowie mehr Zeit und Raum für die Einwilligungsprozesse.

1.5 Kommunikation und Demenz

Die aktuelle Forschung zu ärztlicher Kommunikation mit Menschen mit Demenz oder kognitiven Einschränkungen bringt neue Herausforderungen und Fragen hervor:

Wie können Menschen mit kognitiven Einschränkungen in ihren sozialen und räumlich-dinglichen Rahmenbedingungen unterstützt werden, damit sie eine möglichst hohe Einwilligungsfähigkeit behalten können?

Es gibt Empfehlungen bei Aufklärungsgesprächen zukünftig soziale, räumliche und dingliche Umweltaspekte bei Menschen mit Demenz besser zu berücksichtigen.

Hierzu werden folgende Verbesserungsvorschläge diskutiert (modifiziert nach Oswald et al. 2017):

- Vermeiden von Unterbrechungen durch Dritte,
- Berücksichtigung der Beziehung anwesender Personen zueinander,

- Anwesenheit der Vertrauensperson,
- Begrenzung der Anzahl anwesender Personen,
- ausreichende und indirekte Beleuchtung,
- Sitzen bei Tisch und nicht in Rückenlage im Bett,
- das Interaktionssetting: Tisch in Blickrichtung, gegenüber, nebeneinander, im Kreis,
- ausreichende Belüftung vorher, Vermeidung von Zugluft,
- Temperatur (Vermeidung von Kälte und Hitze),
- keine Ablenkung durch akustische Außenreize (Musik, Telefon),
- keine Ablenkung durch visuelle Außenreize (Ausblick, Bilder),
- keine Ablenkung durch olfaktorische Außenreize (Essensgeruch, Ausscheidungen, Parfüm),
- angemessene dingliche Umweltaspekte z. B. zum Gespräch »passende« Kleidung des anwesenden professionellen Personals.

Zu diesen Aspekten sollen interdisziplinär Antworten oder Wege gefunden werden (Oswald et al. 2017), die jedoch zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vollumfänglich vorliegen, da sie in einem aufwendigen AWMF-Leitlinienprozess entwickelt werden⁶. Wir verweisen ersatzweise auf (Haberstroh et al. 2015; Mueller et al. 2017; Franzmann et al. 2016; Knebel et al. 2016).

1.6 Mehrsprachigkeit in Aufklärungsgesprächen

Eine zunehmende Herausforderung sind Situationen, in denen Patienten/innen oder Ärzte/innen nicht in vollem Umfang der deutschen Sprache

6 AWMF-Leitlinien-Prozess Registernummer 108-101, siehe auch: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/1/108-001.html>, (Zugriff 25.08.2017)

mächtig sind. Wenn man sich die hausärztliche Praxis wie auch die Klinikstrukturen heute anschaut, kann man feststellen, dass erhebliche Hürden insbesondere für nicht-deutschsprachige Patienten/innen bestehen. Trotz der Relevanz dieses Phänomens gibt es bis heute keine Erhebungen dazu wie häufig, andere Sprachen im Rahmen der Patientenaufklärung verwendet werden müss(t)en. Geht man jedoch von einem Anteil von 4 % an Personen mit geringen Deutschkenntnissen an der Gesamtbevölkerung aus (Meyer 2004), dann müssten von geschätzt 16 Mio. Aufklärungsgesprächen rund 640 000 Gespräche mit Personen geführt worden sein, die auf Deutsch nicht rechtlich wirksam in die Behandlung einwilligen konnten. Bei diesen Patienten/innen ist aus rechtlicher Sicht die Beiziehung einer sprachkundigen Person erforderlich, die als Dolmetscher/in fungiert (Erlinger 2003). Tatsächlich wird jedoch nur ein Teil dieser Gespräche in anderen Sprachen oder unter Zuhilfenahme von Sprachmittlern stattgefunden haben. Es ist davon auszugehen, dass nichtdeutschsprachige Patienten/innen häufig auf Deutsch aufgeklärt werden und die Aufklärungsgespräche damit nicht die rechtlichen Vorgaben erfüllen. Festzuhalten ist, *»(...) dass Millionen von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen andere Sprachen besser beherrschen als die deutsche und ihnen aufgrund eingeschränkter Deutschkenntnisse grundlegende Leistungen der Krankenkassen, wie etwa das ärztliche Anamnesegespräch oder die Risikoaufklärung, nicht in gleichem Umfang zugänglich sind wie deutschsprachigen Patienten«* (Meyer und Thiesemann 2017). Trotzdem werden Sprachbarrieren bis heute meist durch Improvisation überwunden, in dem Angestellte oder Angehörige mit entsprechenden Sprachkenntnissen als Mittler eingesetzt werden, oder indem man die Verstehensprobleme der Patienten/innen stillschweigend ignoriert.

Dass diese Aussage kein bloßes theoretisches Konstrukt ist, zeigt der Fall eines türkischstämmigen Patienten mit einer OP zum Hüftgelenkersatz, der in einer viel diskutierten Entscheidung des Oberlandesgerichts Köln vom 09.12.2015 behandelt wurde (Az. U 184/14): ein Arzt kann *»sich nicht darauf verlassen kann, dass ein Angehöriger das Aufklärungsgespräch korrekt und vollständig übersetzt. Vielmehr muss sich der Arzt immer auch von der Fähigkeit des Dolmetschers und der dem Patienten vermittelten Inhalte des Aufklärungsgesprächs überzeugen. Tut er dies nicht und bestehen Zweifel, ob der fremdsprachige Patient die*

Aufklärung verstanden hat, geht dies zu seinen Lasten« (Wienke et al. 2017). »Bei dem präoperativen Aufklärungsgespräch war auch die Ehefrau des Patienten anwesend. Da ihr Mann der deutschen Sprache nicht mächtig war, fungierte die Ehefrau als Übersetzerin. Der Arzt vermerkte im Aufklärungsbogen »Frau als Dolmetscherin anwesend«. Infolge der Operation kam es später zu einer Ischiadicusparesse. Zur Ausräumung eines Hämatoms musste der Patient erneut operiert werden. Der türkischstämmige Patient erhob Klage und rügte neben Behandlungsfehlern auch eine mangelhafte Aufklärung. Zur Begründung führte er an, dass auch seine Ehefrau nur bruchstückhaft Deutsch sprechen würde, weshalb beim Aufklärungsgespräch ein Dolmetscher hätte hinzugezogen werden müssen.« (Wienke et al. 2017)

Über sprachliche Implikationen hinausgehende weitere Herausforderungen werden in diesem Buch noch behandelt werden (► Kap. 6) (Meyer und Evrin 2018).

Die Anpassung der Arbeitsprozesse im Gesundheitswesen an die Herausforderungen, die durch Migration und Diversität gestellt werden, ist offenbar schwierig (Klingler und Marckmann 2017; Kathmann 2017).

1.7 Ziel dieses Buches

Es kann angenommen werden, dass ältere Menschen sowie Menschen mit nicht primär deutschsprachiger Sozialisation besonders von speziell auf sie zugeschnittenen, patientenzentrierten Kommunikationsformen profitieren würden. Die amerikanische Gerontologische Gesellschaft (GSA) veröffentlichte daher eine Reihe von evidenzbasierten Empfehlungen, die in diesem Buch als Übersetzung unter dem Titel »Kommunikation mit älteren Menschen« (The Gerontological Society of America 2013) vorgelegt werden. Da die US-amerikanischen Empfehlungen sich auf die Verfahren und Realitäten des dortigen Gesundheitswesens beziehen, wurden sie im Zuge der Übersetzung sprachlich wie auch gerontologisch-geriatrisch überarbeitet, um sie einer deutschsprachigen Leserschaft zugänglich

zu machen. Die Übersetzung und Einzelheiten zur den Anpassungen folgen in den nächsten Kapiteln.

1.8 Weiterführende Literatur

- Balint M (1957) *The doctor, his patient and the illness*. Pitman, London.
- Balint M, Hügel K (2010) *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit (The Doctor, his patient and the illness)*. 11. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart.
- DIMDI (2013a) ICD-10-Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. In., 10.Revision-German Modification, 2014 Aufl., Köln.
- DIMDI (2013b) *Operationen- und Prozedurenschlüssel Version 2014 -amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen im stationären Bereich*, Köln.
- Engel KG, Heisler M, Smith DM, Robinson CH, Forman JH, Ubel PA (2009) Patient comprehension of emergency department care and instructions: are patients aware of when they do not understand? *Annals of emergency medicine* 53 (4):454-461.
- Erlinger R (2003) Die Aufklärung nicht Deutsch sprechender Patienten. Drei neue Urteile zu einem alten Thema. *Der Urologe* Ausg A 42 (9):1255-1260.
- Franzmann J, Haberstroh J, Pantel J (2016) Train the trainer in dementia care. A program to foster communication skills in nursing home staff caring for dementia patients. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 49 (3):209-215.
- Haberstroh J, Neumeyer K, Pantel J, Pfeiffer T (2015) *Kommunikation bei Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende*. J. Haberstroh; K. Neumeyer; J. Pantel. Unter Mitarb. von Tina Pfeiffer. 2. Auflage Springer, Berlin.
- Hallberg SC, Lisboa CS, Souza DB, Mester A, Braga AZ, Strey AM, Silva CS (2015) Systematic review of research investigating psychotherapy and information and communication technologies. *Trends in psychiatry and psychotherapy* 37 (3):118-125.
- Helmich P, Richter K (2003) 50 Rollenspiele als Kommunikationstraining für das Arzt-Patienten-Gespräch. VAS, Frankfurt am Main.
- Jäger L, Krapp P, Holly W, Weber S, Heekeren S (2016) *Sprache - Kultur - Kommunikation. Ein internationales Handbuch zu Linguistik als Kulturwissenschaft Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft / Handbooks of Linguistics and Communication Science (HSK) ; 43*.
- Kathmann W (2017) Kultur oder Sprache als Hürde ? - Schmerztherapie ausländischer Patienten. *Schmerzmedizin* 33 (1):8.