



BGT online – November 2020

Welche Anforderungen ergeben sich aus §1821 BGB-E für die Gespräche zwischen Betreuer*innen und betreuten Menschen und ggf. einer dritten Person?

(Triaden in der Gesundheitsversorgung)

Dr. rer. medic. Ortrun Kliche, Dipl.-Übersetzerin



Triadische Gesprächssituationen in der Gesundheitsversorgung

Warum Dreier-Konstellation?

Häufig sind Betreuer*innen (BETR) und Betreute Menschen (BM) nicht nur zu zweit, wenn es etwas zu entscheiden gibt -> Dreierkonstellationen (Triaden)

Warum Gesundheitsversorgung?

- Fragen zu Krankheit und Diagnostik, Behandlung und Therapie üblich im Leben eines jeden (also auch betreuten) Menschen,
- Im Kontext Gesundheitsversorgung immer wieder Entscheidungen zu fällen (Einwilligung in Therapieempfehlungen, Medikamentengabe, Operationen oder Untersuchungen nach Aufklärung (informed consent))

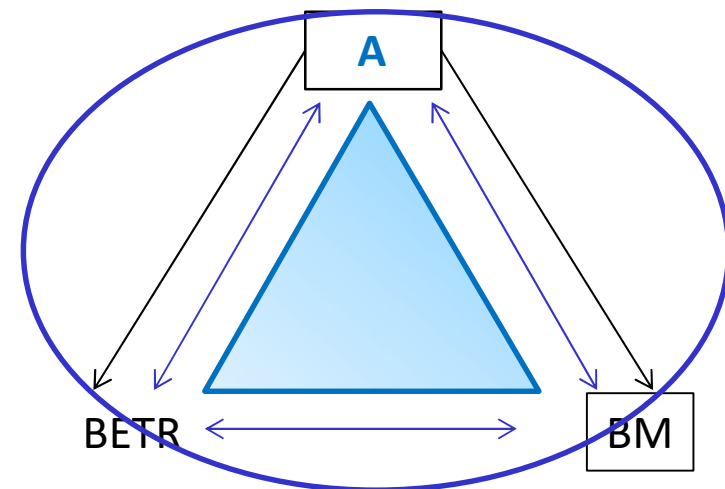
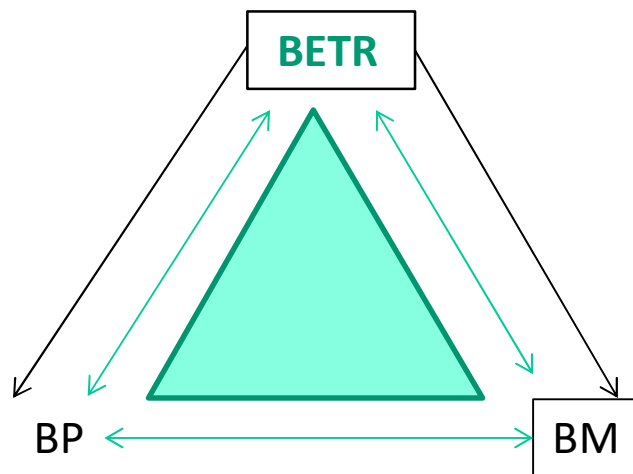
Für die Medizin sind verlässliche, nachvollziehbare und schriftlich festgehaltene Entscheidungen und Zustimmungen (vorschnell verstanden als ERGEBNIS) essentiell - und für die Patient*innen auch (Entscheidungsprozess, Verstehen, Dialog) ...

Triade -> Betreuer*innen zusammen mit Betreuten Menschen und Bezugspersonen

Triade -> Ärzt*innen zusammen mit Betreuten Menschen und Betreuer*innen

Triadische Gesprächssituationen in der Gesundheitsversorgung

BETR nehmen zunächst unterschiedliche Positionen in den Triaden ein.

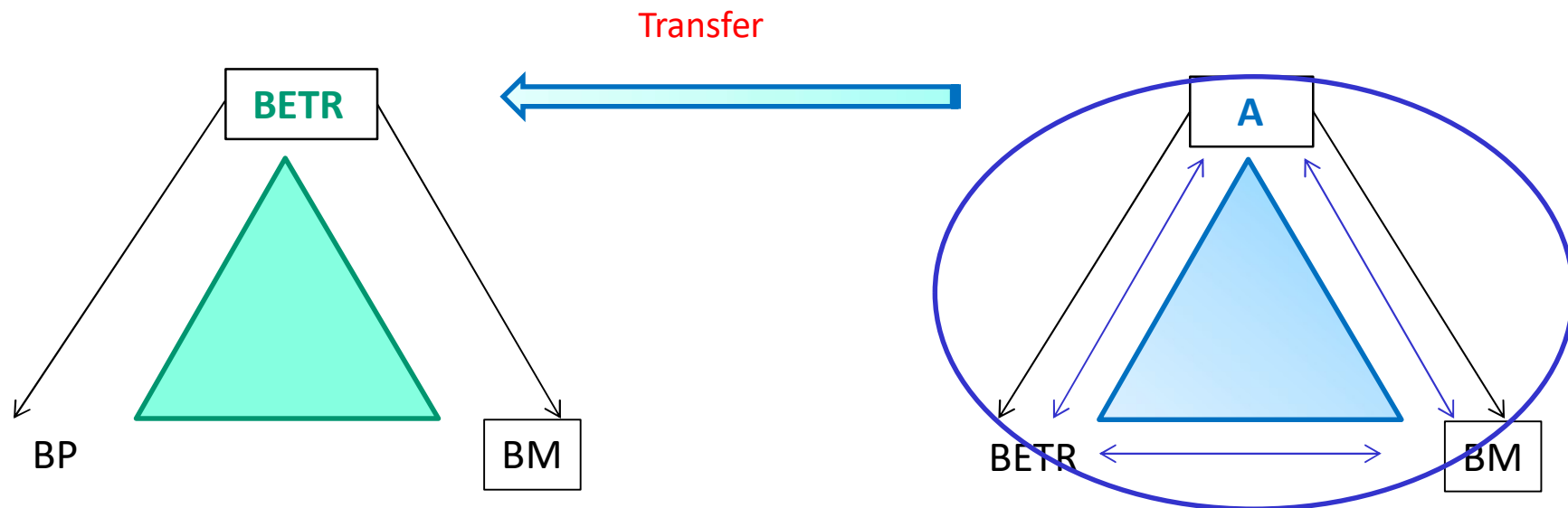


BETR zunächst unterschiedliche Positionen – Gesprächsführende*r, (Rand-)Beteiligte*r

BETR unterschiedliche Rollen, unterschiedlicher Gestaltungsspielraum

Triadische Komm. ist dynamisch: Im Gespräch wird etabliert, welche Beteiligungsrollen und -rechte jemand hat, wer mit wem, wer für wen redet, zumeist dyadisch; Schulterchlüsse

Triadische Gesprächssituationen in der Gesundheitsversorgung



BETR zunächst unterschiedliche Positionen – Gesprächsführende*r, (Rand-)Beteiligte*r

BETR unterschiedliche Rollen, unterschiedlicher Gestaltungsspielraum

Triadische Komm. ist dynamisch: Im Gespräch wird etabliert, welche Beteiligungsrollen und -rechte jemand hat, wer mit wem, wer für wen redet, zumeist dyadisch; Schulterchlüsse



Triadische Gesprächssituationen in der Gesundheitsversorgung

Es ist bekannt:

Ärzt*innen greifen GERNE auf Begleitpersonen (Angehörige, Dolmetschende, Betreuer*innen) zurück, wenn sich Kommunikation mit eigentlichen Patient*innen schwierig gestaltet

- um die für sie wichtigen Informationen (vermeintlich) gezielt herauszufinden
- um die gesetzlich geregelte Pflicht zur „Verständlichkeit der Aufklärung“ (§ 630e (2) 3. BGB) über den Umweg der Betreuer*innen zu erfüllen
- aus Zeitdruck

- aber auch: aus UNWISSEN in Bezug auf Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungskompetenz von Betreuten
- weil sie glauben, dass die Betreuer*innen das meiste wissen und entscheiden



Triadische Gesprächssituationen in der Gesundheitsversorgung

Berufsbetreuer*innen machen folgende Beobachtungen in Bezug auf Triaden mit Ärzt*innen oder Behördenmitarbeiter*innen (siehe Studie von Matta/Engels/Brose et al. 2018. Qualität in der rechtlichen Betreuung):

Beispiel: Perspektive BETR Frau H (S. 427)

„Und das ist manchmal auch bisschen blöd, weil von Externen der Betreuer für den Vormund gehalten wird, der bestimmt, aber ich begleite (Frau H) halt, um ihre Interessen zu vertreten. (...) Und ich mache dann auch deutlich, dass sie eigentlich gefragt werden sollte.“ (BH)

„Externe“, z.B. Ärzte und Ärztinnen, halten BETR für „Vormund“.



Triadische Gesprächssituationen in der Gesundheitspflege

Umgekehrt wird von ärztlicher Seite auch die Erfahrung gemacht, dass BETR die Patient*innen bevormunden:

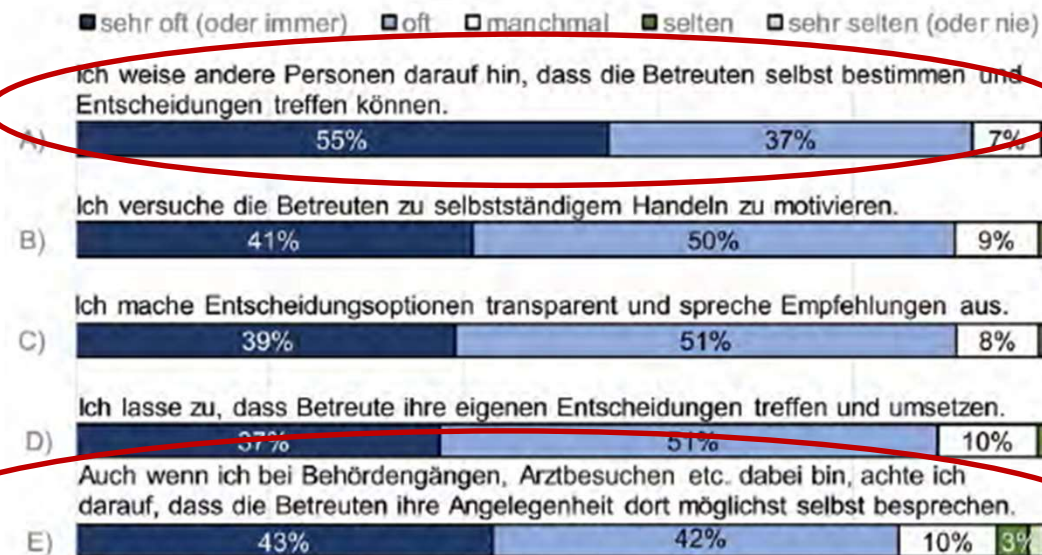
„Alles, was der Betreute versteht, überblickt und deshalb rechtswirksam entscheiden kann, darf er allein entscheiden, daran darf ihn der gesetzliche Betreuer nicht hindern. Dies kann von der Sache her nur der behandelnde Arzt entscheiden. Nicht alle Betreuer wissen das.“

(Seidel, Michael. Die ärztliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung – was wir dabei lernen können. Vortrag ÄK Nordrhein 2017)

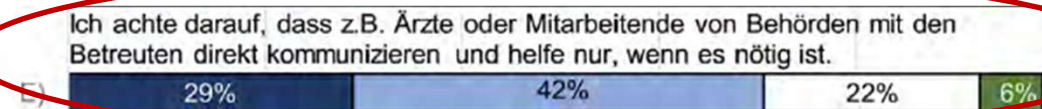
Triadische Gesprächssituationen in der Gesundheitsversorgung

Befragung Berufsbetreuer, Studie Qualität in der rechtlichen Betreuung (s.o.),
Abb. 227, S. 287, und Abb. 228, S. 289

„Wie stärken Sie die Autonomie und Selbstbestimmung der Betreuten, bei denen Sie eine solche Stärkung grundsätzlich für möglich halten?“



„Wie oft wenden Sie folgende Methoden/Verfahrensweisen an?“





Triadische Gesprächssituationen in der Gesundheitspflege

Wie sehen Betroffene Menschen das? Zwei Stimmen von Betroffenen

Beispiele: Perspektive E (S. 428) und Perspektive G (S. 427) (Studie s.o.)

Der Betroffene Herr E nimmt Arztbesuche und -gespräche so wahr, er „sitzt da so bei“ und der Arzt

„redet mit der Mama (...) sind ja meine Termine, ich muss ja dabei sein“. (E)

Bei Arztterminen redet der Arzt nach Einschätzung von Herrn G mit ihm und mit Herrn AG. So äußert er:

„Ja, also ich und der Papa.“ (G)

Allerdings antwortet er auf die Frage, ob er nachfragen kann: „nicht so“ (G), und bekräftigt, dass manche Sachen beim Arzt schon „schwierig“ (G) seien,

„aber Mama und Papa sagt mir Bescheid, und dann weiß ich das.“ (G)



Kommunikative Probleme in Triaden der Gesundheitsversorgung

Menschen mit Behinderung nehmen Ärzt*innen in Konsultationen wie folgt wahr:

- sie schreien
- sie reden über sie [Patient*innen mit Behinderung], als ob sie nicht da wären,
- sie erklären nicht, was passiert,
- sie behandeln die Patient*innen, als ob sie blöd wären,
- sie hören nicht auf das, was Patient*innen versuchen zu sagen,
- sie tun so, als würden sie verstehen, wenn sie es offensichtlich nicht tun,
- sie planen nicht ausreichend Zeit für die Konsultation ein.

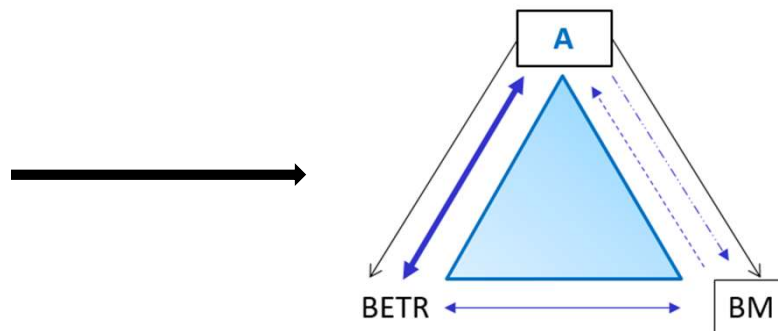
(Burbidge 1999. How to communicate with your patient, S. 3 (eigene Übersetzung))

Kommunikative Probleme in Triaden der Gesundheitsversorgung

Menschen mit Behinderung nehmen Ärzt/innen in Konsultationen wie folgt wahr:

- sie schreien
- sie reden über sie [Patient*innen mit Behinderung], als ob sie nicht da wären,
- sie erklären nicht, was passiert,
- sie behandeln die Patient*innen, als ob sie blöd wären,
- sie hören nicht auf das, was Patient*innen versuchen zu sagen,
- sie tun so, als würden sie verstehen, wenn sie es offensichtlich nicht tun,
- sie planen nicht ausreichend Zeit für die Konsultation ein.

(Burbidge 1999. How to communicate with your patient, S. 3 (eigene Übersetzung))





Kommunikative Probleme in Triaden der Gesundheitsorge

Gesprächsforschung zu triadischer Kommunikation in der Medizin

z.B. Arzt-älterer Patient-Angehörige/Pädiater-Kind-Elternteil/Ärztin-Patientin-Laiendolmetscher*:

- Risiko, die eigentlich Betroffenen (Patient*innen) auszuschließen und
- WIE das passiert

-> Erkenntnisse zunutze machen für Triaden in Rechtlicher Betreuung.

*u.a. Bauer 2007. Miteinander im Gespräch bleiben. Partizipation in aphasischen Alltagsgesprächen
Sator/Gülich 2013. Familiendolmetschung vs. Professionelle Dolmetschung II: Eine Systematisierung von Formen der Patientenbeteiligung. in: Menz (Hrsg), Migration und medizinische Kommunikation. Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen
Winterscheid 2018. Triadisch-Pädiatrische Kommunikation in der Kinderarztpraxis



Kommunikative Probleme in Triaden der Gesundheitsorge

Reden ÜBER sie reden über sie, als ob sie nicht da wären

Auf Gesprächsoberfläche Reden ÜBER eine dritte Person

- 3. Sg. und Personalpronomina „er“/„sie“
- KEINE direkte Adressierung (Ansprache, mimische, gestische Hinwendung)
- KEINE Übergangsmomente (Pause/Blickkontakt), um Rederecht zu übergeben/übernehmen

Das Reden ÜBER gleichzeitig anwesende Patient*innen

- macht sie zum Gesprächsobjekt, Verdinglichung als Fall -> Ausschluss
- ist „face-bedrohend, weil [es] den Patienten damit auch die Kompetenz abspricht, in eigener Sache tätig zu werden“ (Bauer 2007: 353)
- erfolgt, „wenn sich Fachkräfte untereinander effizient und zielorientiert verständigen wollen“ (Hitzler/Messmer 2015: 178). Beitrag der Betroff. nicht erwünscht



Kommunikative Probleme in Triaden der Gesundheitspflege

Reden ÜBER

Übergangsmomente

- dritte Person hat indirekt die Möglichkeit, eigeninitiativ etwas zu äußern, auch wenn (namentliche) Ansprache sowie explizite Rederechtübergabe („Was denken Sie dazu, Herr X?“) ausbleiben (Logik des Turnwechsels, „transition-relevance place“, Sacks et al. 1974).

KEINE Übergangsmomente

- dritte Person hat nicht die Möglichkeit, sich einzubringen.
- Rederechtübernahme nur unter Durchbrechen der Regeln der Gesprächsorganisation und der Höflichkeit – in institutionellen, von Hierarchien und „epistemic injustice“ (Glaubwürdigkeitsproblematik) geprägten Kontexten eine Herkulesaufgabe, die auch Ablehnung, Überhören und Stereotypisierung provozieren kann.



Kommunikative Probleme in Triaden der Gesundheits Sorge

Reden ÜBER

Die beschriebenen Verfahren des Redens ÜBER gleichzeitig anwesende Patient*innen

- wie ein „Sog“ bzw. zieht Gesprächspartner*innen mit rein
- ggf. tief in institutioneller Kommunikation verankert, z.B. Medizin - Visite

-> Ausschluss von BM und damit fehlende Voraussetzung, dass BM sich an Entscheidungsfindung beteiligt bzw. beteiligen kann



Kommunikative Probleme in Triaden der Gesundheitspflege

Reden ÜBER + Glaubwürdigkeit

„sie hören nicht auf das, was Patient*innen versuchen zu sagen,
sie tun so, als würden sie verstehen, wenn sie es offensichtlich nicht tun“

Glaubwürdigkeit der Betroffenen vs. Informationen aus 2. Hand (epistemic injustice)

„epistemic injustice“ (Miranda Fricker 2007; Weiterentwicklung für Gesundheitswesen von Carel/Kidd 2013, 2014, 2017, Applied Philosophy, siehe folgende Folien)

„wissensbezogene Ungerechtigkeit“

betrifft Menschen in ihrer Eigenschaft als Wissende; unterminiert ihre Glaubwürdigkeit sowie ihr Verstanden-Werden in institutionellen Kontexten (besonders Gesundheitswesen – subjektive Befindensschilderung vs. med. Kategorien)



Kommunikative Probleme in Triaden der Gesundheitsversorgung

Reden ÜBER + Glaubwürdigkeit

Beispiel Addition von Stereotypen - Schilderung somatischer Beschwerden stammt von Patientin, von der gleichzeitig psychische Probleme bekannt sind (Bericht einer Psychiatriepatientin, die eine Hirnblutung erlitten hat):

„Schnell steckten sie mich in den Rettungswagen und brachten mich zur Notaufnahme. Wo ein völlig vorhersagbares Desaster passierte: In der Notaufnahme entdeckten sie meine psychiatrische Vorgeschichte. Und das war das Ende jeglicher weiterer diagnostischer Schritte. [...] Die arme Maria machte einen Heidenaufstand und erzählte allen, die es hören wollten, dass sie mich zuvor psychotisch erlebt hatte und dass das hier anders war. Aber ihre Bezeugungen halfen nichts – ich war eine psychisch kranke Patientin. Sie schickten mich nach Hause“. (Carel/Kidd 2014: 534, eigene Übersetzung)

In diesem Beispiel ist die „epistemic injustice“ so massiv, dass sie sich gleich mit gegen die Begleiterin der Patientin richtet.



Kommunikative Probleme in Triaden der Gesundheits Sorge

Reden ÜBER + Glaubwürdigkeit

Diese wissensbezogene Ungerechtigkeit in Bezug auf die Kranken allg. und verstärkt durch Vorurteile best. Pat. Gruppen gegenüber (Alter, psych. Prob., Migrationsgeschichte etc.)

korrespondiert

- mit dem Wissensprivileg, das die behandelnden Berufe genießen (Carel 2012:11)
- und damit, dass best. Personen [z.B.: (jüngere) Angehörige; Eltern] unter bestimmten Umständen angesichts ihrer sozialen Rolle Anspruch gegenüber der epistemischen Autorität des Empfindens anderer [hier: Patienten] geltend machen und auch zugestanden bekommen (Winterscheid, 2018, S. 77, mit Bezug auf Heritage/Raymond, 2005, S. 20)

Kommunikative Probleme in Triaden der Gesundheitsversorgung

Reden ÜBER + Glaubwürdigkeit

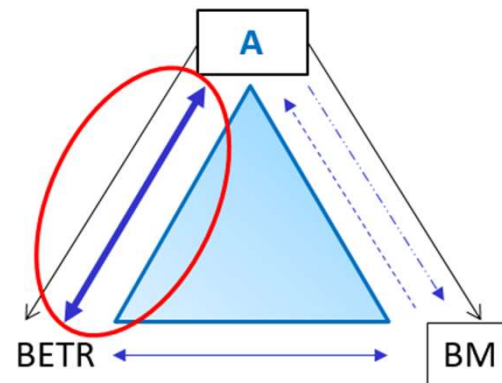
epistemic injustice -> Patient*innen

-> mit psychischer Erkrankung/geistiger Behinderung

-> (hoch)betagte Menschen, ggf. mit MIB, Demenz

+ Wissensprivileg -> Rechtliche Betreuer*innen/Angehörige/Fachkolleg*innen

=



BMs Wissen, Wahrnehmung, Wünsche etc. von Entscheidungsfindung ausgeschlossen



Fazit und Sammeln von hilfreichen Empfehlungen

Patient*innen werden in Drei-Parteien-Interaktionen leicht ausgeschlossen, nicht unbedingt immer, weil Ärzt*innen das so intendieren, sondern weil es durch die oben geschilderten gesprächsimmanenten, gesprächsexternen Faktoren GESCHIEHT.

-> ein reines Darauf-Hinweisen seitens der Betreuer*innen, dass Ärzt*innen mit Betreuten sprechen sollen, reicht nicht aus, damit

in Triaden, bes. in der Gesundheitsversorgung

- die BM in ihrer Entscheidungsfindung tatsächlich unterstützt werden,
- ihnen Selbstbestimmung ermöglicht wird.

Es braucht mehr.

Was können BETR tun?



Fazit und Sammeln von hilfreichen Empfehlungen

Was können BETR in Triaden mit Ärzt*innen also konkret tun, damit diese mit BM in den Kontakt gehen (sofern BM das möchte)?

Fokus: REDEN ÜBER und gesprächsimmanente Möglichkeiten

- eigene Gesprächsführung in direkter triad. Interaktion mit BM überprüfen
- Sensibilisierung für die Problematiken in Drei-Personen-Interaktionen
- zu Beginn des Gesprächs BM als betroffene Person (sich) etablieren (lassen)
- ggf. Details ergänzen, wie die Betreuung genau aussieht, was BM selber kann
- NAMEN von BM wiederholen, wenn A ihn/sie nicht direkt adressiert
- BM immer wieder direkt ansprechen und einbeziehen
- die Rede ÜBER BM in der 3. Sg. selbst vermeiden
- Blickkontakt A-BM ermöglichen (Sitz- oder Stehposition ändern)
- Frage-Antwort-Zugzwang durchbrechen



Fazit und Sammeln von hilfreichen Empfehlungen

BETR:

- unterstützend tätig werden - schon VOR einem A-P-Gespräch und FRÜH im Gespräch - Einbeziehung in Entwicklung (Entscheidungsfindung beginnt nicht erst, wenn explizit eine Entscheidung getroffen werden soll, u.a. Pick 2019; siehe auch Konzept der Entscheidungsassistenz ZEKO)
- mit berücksichtigen, ob Betreuer Mensch überhaupt entscheiden KANN, wenn das Gespräch so verläuft, wie es verläuft. Auch, ob BM WILL.
- Ärzt*innen zu VERSTÄNDLICHKEIT anhalten oder als ÜBERSETZER*IN agieren
- Unklare Aufforderungen oder Fragen REFORMULIEREN (nicht selbst beantworten)
- evtl. für Ärzt*in als Übersetzer*in fungieren bei sprachlichen Eigentümlichkeiten von BM (idea12: 2017)
- Bei nicht ausreichenden Sprachkenntnissen: Dolmetscher*innen hinzuziehen



Fazit und Sammeln von hilfreichen Empfehlungen

Ärzt*innen – für sie als gesprächsführende Personen formulierte Regeln in Triaden

- Patient*innen als erste (vor Begleitpersonen) begrüßen
- auch wenn Begleitpersonen/Angehörige für Patient*innen sprechen wollen, dennoch versuchen, den Kontakt zu den Patient*innen aufzubauen und sie als Gesprächspartner*innen zu gewinnen
- überprüfen, ob Patient*in die Begleitperson nutzen möchte oder nicht
- bevor die Begleitperson einbezogen wird, Patient*in um Erlaubnis bitten
- darauf achten, ob Patient*in lieber gehen will; Pat aber auch die Gelegenheit geben, bei Bedarf alleine mit A zu sprechen
- während Begleitpersonen Informationen vermitteln, den Kontakt zu Patient*innen suchen und halten (z.B. Lennox et al. (2012))

-> Transfer für BETR in gesprächsführender Position

-> Ist BETR nicht in gesprächsführender Position, dann aus der Position des/der Dritten heraus darauf hinwirken, dass entsprechend verfahren wird.



Anschlussfragen

Aus Ihrer Erfahrung heraus:

1. Wie erleben Sie die Umsetzung von Beteiligung von betreuten Patient*innen in triadischen Gesprächen in Arztpraxis oder Krankenhaus?
2. Welche Mechanismen provozieren ihrer Meinung nach in Drei-Personen-Gesprächen in der Gesundheitsversorgung den kommunikativen Ausschluss von BM, behindern ihre Beteiligung und behindern damit auch die Voraussetzung für unterstütztes Entscheiden?
3. Worauf können BETR in Triaden noch achten, um den Ausschluss der BM zu verhindern und ihren Einbezug, ihre Partizipation zu ermöglichen?
4. Welche Rahmenbedingungen erschweren eine Beteiligung der BM?
5. Was ist sonst noch wichtig?



**UNIKLINIK
KÖLN**

Institut für
Geschichte und Ethik
der Medizin

Anschlussfragen, Kommentare, Anregungen?



**UNIKLINIK
KÖLN**

Institut für
Geschichte und Ethik
der Medizin

Was haben Sie (noch) für Kommentare, Anregungen, Fragen?

Dr. Ortrun Kliche

Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin

Kontakt: ortrun.kliche@uni-koeln.de



Literatur

- Bauer 2007. Miteinander im Gespräch bleiben. Partizipation in aphasischen Alltagsgesprächen
- Burbidge 1999. How to communicate with your patient. In: Lennox N, Diggins J. Management Guidelines – People with Developmental and Intellectual Disabilities, Melbourne, S. 3-12
- Carel 2012. Hearing the voice of the patient. <https://www.yumpu.com/en/document/read/15698395/havi-carel-hearing-the-voice-of-the-patient-nov12pdf> (Zugriff: 30.9.2019)
- Carel/Kidd 2014. Epistemic Injustice in Health care: a philosophical analysis. In: Medicine, health care and philosophy, 2014 (17), S. 529-54.
- Dobslaw, in: Schäfers/Wansing (Hrsg.). Teilhabebedarfe von Menschen mit Behinderungen: zwischen Lebenswelt und Hilfesystem, 2016, S. 166-183
- Hitzler 2012. Aushandlung ohne Dissens? Praktische Dilemmata der Gesprächsführung im Hilfeplangespräch. Bielefeld: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Hitzler/Messmer 2015. Formen der Berücksichtigung. Interaktive Praxen der Ein- und Ausschließung im Hilfeplangespräch. In: Kommission Sozialpädagogik (Hg.) Praktiken der Ein- und Ausschließung in der Sozialen Arbeit.
- Idea12 2017. Handbuch von guten und vielversprechenden praktischen Vorgängen. <https://www.idea12.eu/project-outcomes/good-and-promising-practice/> (Zugriff: 30.9.2019)
- Kidd/Carel 2017. Epistemic Injustice and Illness. In: Journal of Applied Philosophy, 2017 (34)2, S. 172-190
- Lennox et al. 2012. Management Guidelines: developmental disability. Version 3. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited
- Matta/Engels/Brosej et al. 2018. Qualität in der rechtlichen Betreuung – Abschlussbericht. Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz (Hg.) Bundesanzeiger Verlag.
https://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Fachpublikationen/Forschungsbericht_Qualitaet_rechtliche_Betreuung.html (Zugriff: 30.9.2019).
- Pick, Ina 2019. Kommunikation in der rechtlichen Betreuung. Ansatzpunkte für Selbstbestimmung beim unterstützten Entscheiden in der rechtlichen Betreuung, Teil 1 bis 3. In: BtPrax, Zeitschrift für soziale Arbeit, gutachterliche Tätigkeit und Rechtsanwendung in der Betreuung, Ausgaben 4-6, 2019.
- Sacks H, Schegloff EA, Jefferson G (1974). A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation. Language 50 (4,1), p. 696-735
- Sator/Gülich 2013. Familiendolmetschung vs. Professionelle Dolmetschung II: Eine Systematisierung von Formen der Patientenbeteiligung. in: Menz (Hrsg), Migration und medizinische Kommunikation. Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen
- Winterscheid, Jenny 2019. „Was is los mit DIR“. Vortrag Netzwerk Gesundheitskommunikation. Hamburg.
- Winterscheid, Jenny 2018. Triadisch-Pädiatrische Kommunikation in der Kinderarztpraxis. Mannheim: Institut für Deutsche Sprache
- ZEKO, Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2016. Stellungnahme: Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin. In: Deutsches Ärzteblatt, 15. April 2016, A1-A6



**UNIKLINIK
KÖLN**

Institut für
Geschichte und Ethik
der Medizin