

BESCHWERDEN – ANAMNESE – BEFUND

ORTRUN KLICHE (UK KÖLN)

Selbstbestimmung von Patienten: Kein Thema in der Trias „Beschwerden – Anamnese – Befund“?

Montag 21.01.2019, 9.45–10.15 Uhr

ABSTRACT

Die Problematik von Patientenautonomie und -selbstbestimmung wird in der einschlägigen medizinethischen Literatur (z.B. Beckmann 2009, Maio 2012 sowie Beauchamp & Childress 1994) eng mit Entscheidungsprozessen (Fragen am Lebensbeginn und am Lebensende, Therapieplanung, Einwilligung nach Aufklärung etc.) verknüpft. Wenig Beachtung finden dort im Kontext Patientenselbstbestimmung die auf dieser Tagung im Zentrum stehenden Behandlungsphasen „Anamnese mit Beschwerden(-schilderung bzw. -exploration) – Befund(-mitteilung)“. Das ist verwunderlich, da sich Fragen der Selbstbestimmung bereits mit den Zugangsmöglichkeiten zum Gesundheitssystem und spätestens dem Eintritt des Patienten ins medizinische Versorgungssystem (bspw. durch die Anliegensbearbeitung am Empfang einer Gesundheitseinrichtung) stellen. Die Anamnese gilt in anderen Disziplinen (Gesprächsforschung, Psychosomatik) schon lange als zentral für eine gute Behandlung und eine gute Arzt-Patienten-Beziehung, die die Grundsteine für einen passenden Einbezug der Patienten in das gesamte Behandlungsgeschehen im Sinne eines partizipativ zu entscheidenden Prozesses zu legen vermag. Dass Patienten als Experten der eigenen Krankheit in ihrer individuellen Verantwortung sich mitteilen können und verstanden werden (Löning 1994), ist dafür hoch relevant.

Für mehrsprachig-interkulturelle Arzt-Patienten-Interaktionen findet die in der Medizinethik grundsätzlich mangelnde Berücksichtigung der Patientenselbstbestimmung in den frühen Behandlungsphasen und deren Verlagerung in die offensichtlichen Entscheidungs- und Zustimmungsprozesse ihre Entsprechung darin, dass Kommunikationsdefizite zwar als hinderlich für eine adäquate Behandlung gesehen werden, die Gefährdung der Selbstbestimmung aber erst durch die ebenfalls entstehende Behinderung der erforderlichen Patientenaufklärung thematisiert wird (Deutscher Ethikrat 2016: 112). Juristisch bildet sich dies im Gesetzeskommentar zum § 630e Aufklärungspflichten ab: Dort wird erst im Kontext Aufklärung Verständlichkeit näher spezifiziert und u.a. darauf verwiesen, „ggf Dolmetscher, Gebärdendolmetscher“ hinzuzuziehen (Mansel 2015, BGB § 630e Rn. 1-10).

Wie aber kann die Realisierung der Selbstbestimmung von Patienten von den frühen Phasen der medizinischen Versorgung an in den Blick genommen und gefördert werden? Zum einen kommen dazu Antworten aus interkulturell-ethischer Perspektive (siehe z.B. Peintinger 2011; 2013; siehe auch Kobylarz et al 2002; Kutalek 2011). Neben der Rückbindung dieser der Diversität verpflichteter Ansätze an die (vermeintlich) intrakulturelle Arzt-Patienten-Interaktion bieten neuere Arbeiten aus der Gesprächsforschung hilfreiche Überlegungen: das Etablieren der Anliegenbearbeitung (mit entsprechender Anliegenformulierung durch die Patienten) als eigenen Schritt im Handlungsschema ärztlicher Gespräche (Lalouschek 2013) sowie die Betrachtung der einzelnen medizinischen Gesprächstypen als zusammenhängenden Handlungskomplex in Anlehnung an Untersuchungen zum beratenden Handeln (Pick 2017 sowie das Abstract von Pick zu dieser Tagung). Die aus diesen Ansätzen entstehenden Möglichkeiten sollen im Vortrag näher beleuchtet und kritisch reflektiert werden.

ORTRUN KLICHE (UK COLOGNE)

Patient self-determination: No topic in the triad „complaint – medical history – medical findings“?

Monday Jan 21th 2019, 9.45–10.15 h

ABSTRACT ENGLISH

In the relevant literature of medical ethics (e.g. Beckmann 2009, Maio 2012 and Beauchamp & Childress 1994), the problem of patient autonomy and self-determination is closely related to decision making (issues at the beginning and the end of life, therapy planning, informed consent etc). Minor attention, in the context of patient self-determination, is paid to the early stages of treatment: “medical history, presenting and exploring complaint, and information on medical findings”, issues addressed in this conference. This is surprising as the question of patient autonomy arises already in the different possibilities of getting access to health care, as well as in the first steps of health care itself (for instance the way how the patient’s concerns are handled at the reception of the medical care facility attended). In other disciplines (e.g. psychosomatics, discourse analysis), history taking has long been regarded as crucial for a good physician-patient-relationship, understood as a shared decision making process, as well as a good treatment. To enable patients as experts of their own ailments to talk about their problems in their own words (Löning 1994) is of utmost relevance.

The above mentioned disregard of early treatment stages when discussing patient autonomy and self-determination finds its following equivalent when multilingual-intercultural physician-patient-interaction is concerned: Lack of communication is surely viewed as a hindrance to adequate treatment, but the question of patient self-determination seems to be of interest

only when the compulsory patient education with informed consent is hampered (Deutscher Ethikrat 2016:112). Juridically, this corresponds with the legal commentary on § 630e BGB (German Civil Code) treating "informed consent": Only in this context, "comprehensibility" is specified, and it is recommended to call in an interpreter or a sign language interpreter when necessary (Mansel 2015, BGB § 630e Rn. 1-10).

But how can be ensured that patient autonomy and self-determination is taken into account and promoted already in the early stages of medical care? On the one hand, the intercultural-ethical perspective is helpful here (cf. for example Peintinger 2011; 2013; Kobylarz et al 2001; Kutalek 2011) and their approaches which are bound to diversity can be used for presumed intracultural doctor-patient-interaction. On the other hand, recent work from discourse analysis is inspiring: Establishing the description and exploration of the patient's problems as a separate step in the action schemes of medical consultation (Lalouschek 2013) as well as regarding the different types of medical encounters as a coherent complex of (inter-)action according to research done on counselling interaction (cf. Pick 2017).

At the meeting, I will give a more detailed and critical outline of the possibilities emerging from these different approaches.

LITERATUR

- Beauchamp Tom L., Childress James F. (1994). Principles of Biomedical Ethics. 4th edition. New York: Oxford University Press
- Beckmann, Jan P. (2009). Ethische Herausforderungen der modernen Medizin. Freiburg/München, Verlag Karl Alber
- Beckmann, Jan P. (1997). Zur Frage der ethischen Legitimation von Handeln und Unterlassen angesichts des Todes. In: Mohr, M. u. Kettler, D. (Hg.). Ethik in der Notfallmedizin: Präklinische Herz-Lungen-Wiederbelebung. Berlin: Springer, S. 57-76
- Deutscher Ethikrat (2016) Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme. <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf>
- Kobylarz, FA, Heath FM, Like RC (2002). The ETHNIC(S) Mnemonic: A Clinical Tool for Ethnogeriatric Education. JAGS 50(9): S 1582-1589
- Kutalek, Ruth (2011). Kulturelle Aspekte von Gesundheit und Krankheit: Medizinanthropologische Ansätze. In: Michael Peintinger (Hrsg). Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Facultas, Wien, S 23-38
- Lalouschek, Johanna (2013). Anliegenklärung im ärztlichen Gespräch – Patientenbeteiligung und neue Formen medizinischer Kommunikation. In: Florian Menz (Hrsg). Migration und medizinische Kommunikation. Linguistische Verfahren der Patienten-beteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen. V&R unipress, S 353-444