

Gelingende Kommunikation bei Menschen mit geistiger Behinderung

Studie zur Erprobung eines patientenorientierten Kommunikationsstils

Kerstin Nonn

ZUSAMMENFASSUNG. Erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung haben häufiger gesundheitliche Probleme als Menschen ohne Behinderung. Eine Ursache für das erhöhte Auftreten von Krankheiten sind sprachliche und kommunikative Probleme, die als sogenannte Verständigungsbarrieren auf beiden Seiten bestehen. In einer quantitativen Studie (n = 80) wurde eine ärztliche/therapeutische Gesprächssituation experimentell nachgestellt und die pragmatisch-kommunikativen und narrativen Fähigkeiten von Menschen mit geistiger Behinderung untersucht. Basierend auf dem Kooperationsmodell von Tomasello und der ICF-Klassifikation wurde ein patientenorientierter Kommunikationsstil erprobt und als wirksam beurteilt. Grundlegend sind eine klare Struktur des Gesprächs, ausreichend Zeit und eine uneingeschränkte wertschätzende und akzeptierende Haltung dem Patienten gegenüber. Ein Leitfaden für eine gelingende Kommunikation wird vorgestellt, welcher neben der Gesundheit selbst die Selbstbestimmung und Selbstvertretung von Menschen mit geistiger Behinderung stärkt.

Schlüsselwörter: Patienten mit geistiger Behinderung – Gesundheitsversorgung – Verständigungsbarrieren – Kooperationsmodell (Tomasello) – ICF-Klassifikation – Leitfaden für patientenorientierte Kommunikation

Dr. phil. Kerstin Nonn ist seit 1993 Logopädin. Nach dem Studium der Lehr- und Forschungslogopädie (RWTH Aachen) arbeitete sie von 1997-2002 als Lehrlogopädin an der Staatlichen Schule für Logopädie am Universitätsklinikum der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Seit 2002 ist sie Leitende Lehrlogopädin bzw. Schulleiterin der Staatlichen Berufsfachschule für Logopädie am Klinikum der Universität München. 2015 schloss sie ihre Promotion zum Thema „Narrative Fähigkeiten in der mündlichen Kommunikation von Menschen mit geistiger Behinderung“ ab. Der Artikel ist Teil der Dissertation und gibt die konkrete Umsetzung der Forschungsergebnisse in die Praxis wieder.



Einleitung

Problemstellung

Menschen mit geistiger Behinderung haben häufiger gesundheitliche Probleme als Menschen ohne Behinderung (Heyman et al. 2004, Kaschke 2010, Krahn et al. 2006). Die Ursachen hierfür sind vielfältig (van Schrojenstein Lantman-de Valk et al. 2007): So treten chronische Krankheiten, Behinderungen anderer Art und/oder Dispositionen zu akuten Krankheiten auf (Seidel & Fricke 2013), die mit dem jeweiligen Syndrom oder der Behinderung assoziiert sind wie z.B. Epilepsien, sensorische und motorische Störungen, Osteoporose oder kardiovaskuläre Erkrankungen (Kerr et al. 1996). Hörstörungen (50 % in der Studie von Smith et al. 2000) und Sehbeeinträchtigungen (Standford & Shepherd 2001) kommen ebenfalls deutlich häufiger als im Bevölkerungsdurchschnitt vor.

Daneben treten wie in der Gesamtbevölkerung auch sogenannte „lifestyle“-bezogene Probleme auf wie Übergewicht (Bryan et al. 2000) oder mangelnde Bewegung (Messent et al. 1999). Tabelle 1 zeigt aktuelle Ergebnisse aus der Längsschnittstudie von Special Olym-

Überarbeitete Fassung eines Vortrags auf dem 45. Jahreskongress des dbl vom 26.-28 Mai 2016 in Bielefeld

pics zum Gesundheitszustand von Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland mit insgesamt mehr als 21 000 Untersuchungen, die im Rahmen des Gesundheitsprogramms Healthy Athletes® in den Jahren 2004 bis Juli 2014 durchgeführt wurden.

30% der Athleten sind übergewichtig (Body Mass Index (BMI) 25-29) und weitere 27% adipös (BMI \geq 30). Nahezu 70% haben Ganganomalien. Knapp ein Drittel benötigt eine HNO-ärztliche bzw. phoniatriisch-audiologische Weiterbehandlung bzw. eine vertiefende audiometrische Abklärung. Knapp die Hälfte bedarf einer zahnärztlichen Weiterbehandlung und mehr als die Hälfte wurde im

Rahmen einer Augen- und Sehkraftuntersuchung mit einer korrekten Sehhilfe versorgt. Der Versorgungsbedarf ist im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung in allen Bereichen erhöht.

Menschen mit geistiger Behinderung haben aus vielerlei Gründen einen erhöhten Bedarf an gesundheitlicher Versorgung (BeB 2001), aus medizinischer Sicht vor allem aufgrund einer erhöhten Komorbidität. Diese führt dazu, dass „viele Menschen mit geistiger Behinderung besondere Bedürfnisse und Bedarfslagen im Hinblick auf Umfang und Qualität ihrer gesundheitlichen Versorgung“ haben (Seidel & Fricke 2013, 8).

■ **Tab. 1: Untersuchungsergebnisse aus dem Gesundheitsprogramm Healthy Athletes® im Zeitraum 2004 bis Juli 2014**

Medizinische Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung	Häufigkeiten in %
Übergewicht / Adipositas	30 / 27
Ganganomalien	68
hochgradiger Verdacht auf therapiebedürftige Hörminderung	14
Weiterbehandlungsbedarf beim HNO-Arzt bzw. vertiefende audiometrische Abklärung	30
zahnärztliche Probleme	46
Versorgung mit korrekter Sehhilfe	51

Ein weiteres Problem, das speziell das deutsche medizinische Regelversorgungssystem betrifft, ist die unzureichende medizinische Versorgung von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung (BeB 2001, Seidel & Fricke 2013). Während im Kindes- und Jugendalter zusätzlich zur Regelversorgung ein spezialisiertes Angebot und eine bedarfsgerechte individuelle Versorgung durch die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) in unserem Gesundheitssystem etabliert sind, ist das Regelversorgungssystem auf erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung noch nicht ausgelegt und vorbereitet (Seidel 2013).

Gnostische, sprachliche und kommunikativ-pragmatische Einschränkungen sind eine weitere Ursache für das erhöhte Auftreten von Krankheiten und verstärken die Problematik in der Gesundheitsversorgung zusätzlich: Menschen mit geistiger Behinderung fällt es schwer, ihren gesundheitlichen Zustand selbstständig zu beurteilen und anderen mitzuteilen (Kaschke 2014, 2010). Das hat zur Folge, dass das Fachpersonal Symptome von Krankheiten und Behinderungen oft nicht richtig einschätzt (Kemmerich 2013). Dadurch sind Diagnostik und Therapie von Menschen mit geistiger Behinderung oft erschwert (Elstner et al. 2011).

Verständigungsbarrieren bestehen auf beiden Seiten (Abb. 1): Der untersuchende Arzt oder Therapeut stellt unklare oder zu komplexe Fragen an einen Patienten mit geistiger Behinderung, oder er versteht dessen Aussagen nicht ausreichend, um ihm gezielt helfen zu können. Auf der anderen Seite kommt es vor, dass ein Patient mit geistiger Behinderung Fragen, die im Rahmen der Anamnese an ihn gerichtet werden, nicht versteht oder Aufforderungen, die im Rahmen der Untersuchung relevant sind, nicht nachkommen kann.

Ebenso kann es für einen Menschen mit geistiger Behinderung schwierig sein, sein gesundheitliches Problem so klar und eindeutig zu beschreiben, dass ihm kompetent weitergeholfen werden kann. Eine korrekte Diagnose hängt aber zu 70 % von einer exakten Anamnese (Schweickhardt & Fritzsche 2009) und der Fähigkeit des Patienten ab, „seine Beschwerden so treffend wie möglich zu beschreiben“ (Elster et al. 2011, 29).

Zielsetzungen

Ziel dieser Forschungsarbeit war es, Barrieren in der Kommunikation und Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung in der Gesundheitsversorgung zu identifizieren und abzubauen. Im Rahmen des Arzt-Therapeuten-Gesprächs war das wichtigste Ziel, konkrete Variablen einer gelingenden Kommu-

nikation zu benennen, sodass Menschen mit geistiger Behinderung den Gesprächspartner in der Anamnese leichter und besser verstehen und sich verstanden fühlen (Schweickhardt & Fritzsche 2009).

Ein wichtiger Grundsatz der Studie bestand darin, dass eine Verbesserung der Kommunikation nur dann glückt, wenn Menschen mit Behinderung und ihr Umfeld mit einbezogen werden (Hinze 2012, Klaus 2012): Welche kommunikativ-sprachlichen Schwierigkeiten haben Menschen mit geistiger Behinderung in der eigenen Gesundheitsfürsorge und wie kann das soziale Umfeld ihnen dabei wirksam helfen?

Es wird großen Wert auf den systemischen Aspekt von Inklusion gelegt: Die Gesellschaft muss sich auf die besonderen Anforderungen an ein humanes und qualitativ hohes Gesundheitssystem für Menschen mit geistiger Behinderung einstellen. Eine tragende Rolle in diesem dringend benötigten Verbesserungsprozess (siehe Problemstellung) werden Angehörige von Gesundheitsberufen spielen, die Dienste in der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung und ihren Familien anbieten.

Hintergrund

Ein Gespräch ist „lebendige Sprache“ (Heinemann 2008, 122) und in seinem Aufbau und den wechselseitigen Reaktionen komplex und dadurch für einen Menschen mit geistiger Behinderung anspruchsvoll. Denn eine geistige Behinderung zeichnet sich dadurch aus, dass sich ein Mensch unter der Bedingung einer beeinträchtigten Hirnreifung generell langsamer in seiner Informationsverarbeitung entwickelt (Neuhäuser 2010, Neuhäuser et al. 2013, Sarimski 2009). Hinzu kommt eine reduzierte Kapazität des

Gedächtnisses; speziell ist das Arbeitsgedächtnis betroffen, das als zentrale Exekutive einkommende simultane oder sequenzielle Informationen verschiedener Kanäle sammelt und für die weitere Verarbeitung bereithält. Außerdem ist die Fähigkeit zur Planung und Steuerung von Aufmerksamkeitsprozessen und zielgerichteten Handlungen eingeschränkt (Sarimski 2009).

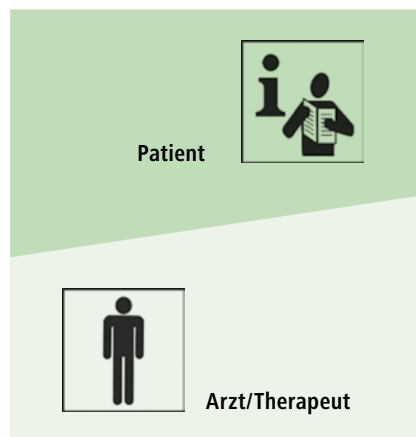
All diese Faktoren wirken auf die Fähigkeit ein, ein Gespräch zu führen. Ein Gespräch ist stets in einen Kontext eingebettet und wird von vielen Faktoren (z.B. Mimik, Gestik, Tonfall, Körpersprache, soziale Stellung der Partner, kulturelles Umfeld) beeinflusst. Die Gesprächspartner müssen viele verschiedene Informationen aus unterschiedlichen Quellen aufnehmen, verarbeiten und darauf angemessen reagieren. Gleichzeitig müssen sie schnell und flexibel reagieren, weil sich ein Gespräch aufgrund neuer Konstellationen ständig neu konstituiert (Heinemann 2008).

Hinzu kommt, dass ein Mensch das Verstehen und Sprechen in Alltagsgesprächen i.d.R. nicht in einzelnen Wörtern oder Sätzen, sondern in Texten vollzieht. Im Rahmen der Gesprächslinguistik hat die Textebene einen engen Bezug zur Alltagskommunikation, denn in nahezu allen Lebensbereichen kommunizieren wir auf der Textebene (Brinker 2010). Die Textplanung beginnt für einen Menschen in dem Moment, wenn er eine Frage gestellt bekommt, die einen Diskurs erfordert wie in der Fragestellung: „Erzählen Sie mal, wie es zu Ihren Beschwerden gekommen ist?“ (Halm 2010).

Erzählungen, sog. Narrationen, spielen in einem Arzt- bzw. Therapeut-Patienten-Gespräch eine wichtige Rolle (Beushausen & Grötzbach 2001, Grötzbach 2012). Die Textebene hat wiederum einen engen Bezug zur Aktivität und Teilhabe der ICF-Klassifikation (DIMDI 2005, Grötzbach et al. 2014), sie kommt dem alltäglichen Sprachgebrauch nahe.

Kommunikation auf Textebene wird in das theoretische Grundmodell dieser Forschungsarbeit in den sozialpragmatischen Ansatz Tomasellos und besonders in dessen Kooperationsmodell (2009) integriert. Denn auf der Basis eines gemeinsamen Hintergrunds und einer geteilten Aufmerksamkeit verfolgen Menschen gemeinsame Absichten und geteilte Ziele, wenn sie miteinander kommunizieren. Zur Kommunikation setzen sie Sprache ein, die bestimmten Konventionen unterliegt, die sie im Verlauf ihrer Sprachentwicklung erworben haben. Diesen Konventionen unterliegt die Textebene, d.h. ein Sprecher weiß auf der Grundlage seiner Sprachkompetenz, wie er die sprachliche

■ **Abb. 1: Verständigungsbarrieren auf beiden Seiten**



Form einer kommunikativen Handlung darstellt, dass der andere ihn versteht. Die sprachlichen Konventionen und Normen der Kooperation und des kooperativen Schlussfolgerns bilden den Rahmen eines Gesprächs und stützen es wie ein Gerüst, sodass eine Verständigung zwischen den Gesprächspartnern gelingt. Die Abbildung 2 zeigt das Kooperationsmodell *Tomasellos* (2009) in modifizierter Form. Es ist auf das Arzt/Therapeut-Patienten-Gespräch abgestimmt. *Tomasello* (2009) spricht von einer kooperativen und prosozialen Infrastruktur, die menschliche Kommunikation auszeichnet. Zentral für die Sprach- und Kommunikationsfähigkeit eines Menschen sind demnach seine Erfahrungen in der Interaktion mit anderen Menschen und seine sozialkognitiven Fähigkeiten. Er definiert menschliche Kommunikation folgendermaßen (*Tomasello* 2009, 17): „Menschliche Kommunikation ist (...) ein grundlegend kooperatives Unternehmen, das am natürlichsten und reibungslosesten im Kontext eines wechselseitig vorausgesetzten, gemeinsamen begrifflichen Hintergrunds (1) und wechselseitig vorausgesetzter, kooperativer Kommunikationsmotive (2) funktioniert.“ Genau in diesen beiden Voraussetzungen 1 und 2 liegen die Herausforderungen an die kommunikativ-sprachliche Kompetenz eines Menschen mit geistiger Behinderung, um im Alltag erfolgreich kommunizieren zu können. Wie gehen Menschen mit geistiger Behin-

derung mit der komplexen Struktur eines Gesprächs um? Wie gut gelingt es ihnen, Fragen im Interview i.S. eines Zug-um-Zug-Gesprächs zu beantworten? Gegenstand der Untersuchung war das Arzt-Therapeuten-Gespräch als eine Form zwischenmenschlicher Kommunikation, die den sozialen Charakter von Sprache hervorhebt und auf Kooperation und Empathie ausgerichtet ist (*Tomasello* 2009). Im methodischen Aufbau der Studie war die Textebene in eine Interaktion in Form eines Gesprächs zwischen dem Probanden mit geistiger Behinderung und der Testleitung eingebettet (*Quasthoff* 1980). Eine von zwei untersuchten Gesprächsstrukturen war das sogenannte „Zug-um-Zug“-Gespräch“ (turn-by-turn-talk) (*Quasthoff* et al. 2011) in Form eines Interviews nach einer semistrukturierten Frage-Antwort-Struktur. Ein Zug-um-Zug-Gespräch zeichnet sich durch einen stützenden Gesprächsraum in Form von Frage-Antwort-Sequenzen aus, in denen es einem Menschen mit geistiger Behinderung leichter fällt, durch die Hilfestellungen des Kommunikationspartners Fragen zu beantworten und ein Gespräch zu führen.

anhand einer Stichprobe (n = 80) die narrativen und textuellen Fähigkeiten von Menschen mit geistiger Behinderung unter Einbezug weiterer pragmatisch-kommunikativer und sprachlicher Variablen. Die Studie fand im Rahmen der nationalen Sommerspiele der Special Olympics Deutschland e.V. vom 20. bis 26. Mai 2012 in München statt.

Kriterien

Diese empirische Forschungsarbeit stellte eine Gesprächssituation nach, wie sie sich speziell im Rahmen eines Arzt/Therapeuten-Gesprächs und einer Anamnese darstellt. Dabei wurde methodisch auf den immer noch weit verbreiteten paternalistischen, d.h. väterlich-autoritären Kommunikationsstil zugunsten eines patientenorientierten Umgangs verzichtet (*Schweickhardt & Fritzsche* 2009, *Wullink* et al. 2009).

Eine *patientenorientierte bzw. -zentrierte Kommunikation* unterscheidet sich grundlegend vom paternalistischen Modell und basiert auf der ICF-Klassifikation und ihrer fähigkeits- und ressourcenorientierten Sichtweise eines Menschen. Das patientenorientierte Modell in der Arzt-Therapeut-Kommunikation wurde speziell für die Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung ausgewählt, da es einen wichtigen Leitgedanken aus der Geistigbehindertenpädagogik, das sogenannte Empowerment, als Befähigung von Menschen mit geistiger Behinderung zur Selbstbestimmung und Selbstvertretung in einem wichtigen Alltagsbereich praktisch umsetzt.

Das patientenorientierte Modell wurde in der Forschungsarbeit empirisch erprobt und methodisch in den Gesprächen zwischen dem Probanden mit geistiger Behinderung und der Testleitung eingesetzt. Im Zentrum des patientenorientierten Modells stehen die Ansprüche und Erwartungen des einzelnen Patienten und die Bereitschaft des Arztes bzw. Therapeuten, mit dem Patienten zu kooperieren und gemeinsame Entscheidungen zu treffen (*Schweickhardt & Fritzsche* 2009).

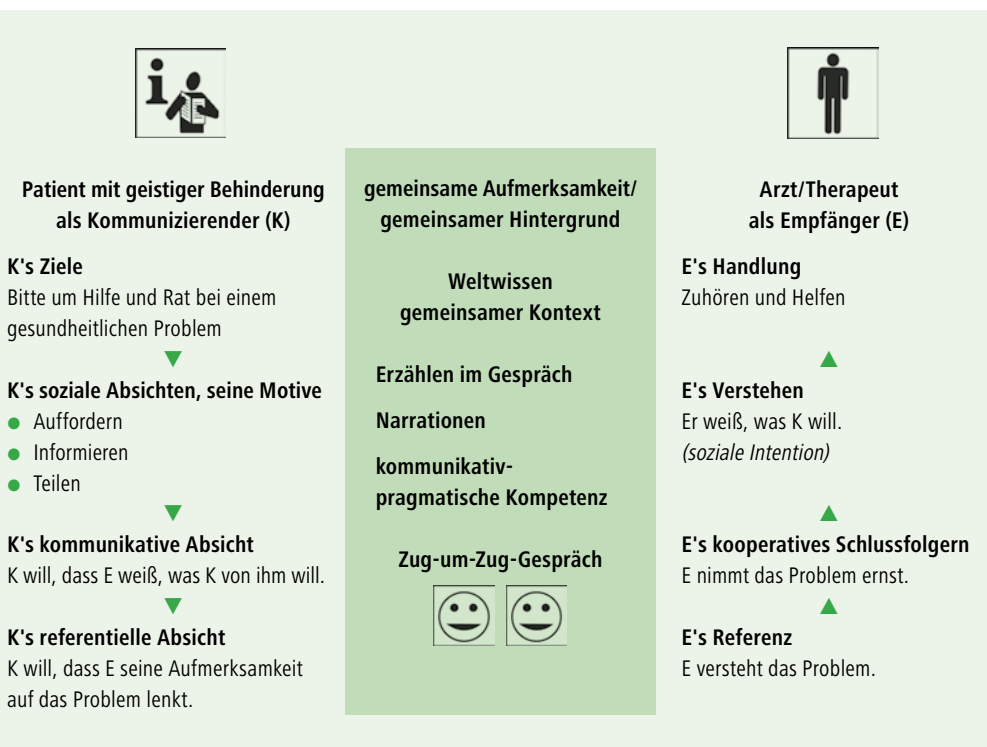
Der Arzt bzw. Therapeut ist zwar in der Fach- und Methodenkompetenz der Experte und bringt seine Expertise in jede Konsultation ein, aber in der Beziehung achtet er die Eigenständigkeit und Selbstbestimmung des Patienten und bringt durch seine Kommunikation eine empathische, echte und uneingeschränkt wertschätzende Haltung zum Ausdruck. Diese Haltung und dieser Kommunikationsstil verlangen vom Arzt bzw. Therapeuten, dass Kompetenzen sehr flexibel in jede einzelne Konsultation eingebracht werden müssen, da jeder Patient und sein Anliegen einzigartig sind.

Methodik

Methoden und Probanden

Als Forschungsdesign wurde eine quantitative Studie ausgewählt: Untersucht wurden

■ **Abb. 2: Kooperationsmodell menschlicher Kommunikation (in Anlehnung an *Tomasello* 2009, 110)**



Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Empfehlungen für die Kommunikation mit geistig behinderten Menschen



Gesprächsrahmen

- Klare Struktur des Gesprächs und der Untersuchung durch den folgenden Ablauf: Begrüßung – Klärung des Anliegens und der Erwartungen des Patienten – Anamnese – Untersuchung – Therapie und Beratung – Evaluation und Verabschiedung.
- Einplanen von doppelt so viel Zeit.
- Schaffen einer entspannten, aber konzentrierten Gesprächs- und Untersuchungsatmosphäre. Es sollten keine Gespräche nebenbei oder im Vorübergehen geführt werden.
- Einbeziehen der Begleitpersonen in die Kommunikation und Abläufe der Untersuchung.

Verbale Kommunikation

- Verwenden einer klaren, einfachen Sprache.
- Sprachliche Informationen werden strukturiert, indem zuerst das Thema genannt wird und dann detailliertere Informationen gegeben werden, die an das Sprachniveau des Patienten angepasst sind.
- Einstiegsfrage nach dem Grund der Vorstellung und den aktuellen Beschwerden.
- Fragen sollten in ihrem Schwierigkeitsgrad so abgestuft sein, dass Menschen mit geistiger Behinderung sie verstehen und auf ein für sie selbst bedeutsames Thema hin zentrieren können.
- Kleinschrittiges und konkretes Erklären und Demonstrieren von Untersuchungen, bevor diese durchgeführt werden.
- Einbeziehen von Hilfsmitteln wie bspw. Beratungsbögen in Leichter Sprache.

Zuhörerverhalten

- Die Reaktionen des Zuhörers sollten einfühlsam sein und positive soziale Erfahrungen vermitteln. Dies gelingt, indem ehrliche, klar sichtbare und hörbare Rückmeldungen durch aufmerksames Zuhören, Ausdruck von Freude und Beifall, lobende Anerkennung, Lachen bei Pointen, Betroffenheit und Trauer, interessiertes Nachfragen, non- und paraverbal geäußerte Zustimmung durch Mimik und Gestik, Blickkontakt und Körperkontakt sowie Stimmmodulation geäußert wird.

- Alle Reaktionen haben das Ziel, Anerkennung und Freude an der gemeinsamen Kommunikation zu vermitteln, sich also mitzufreuen.
- Im Verlauf eines Gesprächs und ebenso zu Beginn weiterer Gespräche werden wichtige Inhalte zum aktuellen Stand zusammengefasst und wiederholt wie bspw. Grund der Vorstellung, Behandlungsstand, Wünsche und wichtige Anliegen des Patienten.
- Es werden direkte Fragen an den Patienten zu wichtigen Gesprächsinhalten gestellt, um sicher zu sein, dass der Patient die Informationen richtig verstanden hat.
- Im Besonderen werden Gefühle des Patienten, die während des Gesprächs auftreten, wahrgenommen und in verständlicher Weise benannt. Ebenso kann der Patient zu seinen Gefühlen befragt werden. Das Zeitmaß für das Beachten von Gefühlen ist dabei angemessen abzustimmen: nicht zu viel und nicht zu wenig Zeit.
- Am Ende des Gesprächs wird der Patient gefragt, wie es ihm momentan geht oder was er denkt. Diese Frage ist unabhängig von fachspezifischen Inhalten des Gesprächs und fokussiert den Beziehungsaspekt.
- Am Ende des Gesprächs reflektiert der Arzt bzw. Therapeut für sich, ob die Erwartungen des Patienten an das Gespräch erfüllt worden sind.

Nonverbale Kommunikation

- Der nonverbalen Kommunikation beider Partner kommt ein hoher Stellenwert für das Gelingen des Gesprächs zu.
- Jeder Patient hat eine individuelle Ausdrucksweise und Körpersprache. Aus der Mimik und Körperhaltung eines Patienten können Rückschlüsse über dessen emotionales Befinden gezogen werden. Wenn der Arzt bzw. Therapeut in der Lage ist, die nonverbalen Signale des Patienten zu entschlüsseln, kann er mit ihm in einen Dialog treten. Dieser Dialog entwickelt sich auf der Grundlage einer tragfähigen Beziehung.
- Die Förderung einer tragfähigen Beziehung und die Wichtigkeit der Beziehungsgestaltung



sind besonders für Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung relevant, denn ihre Kommunikation vollzieht sich stärker multimodal und hebt besonders die nonverbalen Kommunikationsformen zur Übermittlung von Informationen, Einstellungen, Wünschen und Gefühlen hervor. In der nonverbalen Kommunikation offenbart sich die echte Haltung und Empathie eines Menschen. Deshalb „sind nonverbale Signale nur dann glaubwürdig, wenn sie ehrlich gemeint sind und den verbalen Äußerungen entsprechen. Stimmen nonverbale Kommunikation und Beziehungsmodell überein, so unterstützen sie einen schnellen und guten Beziehungsaufbau.“ (Schweickhardt & Fritzsche 2009, 35). Hilfreiche nonverbale Signale des Arztes bzw. Therapeuten können zur Unterstützung eines Gesprächs sein (ebd. 35, 242-247):



- direkter Blick- bzw. Augenkontakt als Moment intensiver Begegnung, ohne dass dies als Anstarren erlebt wird
- dem Patienten direkt gegenüber zu sitzen, aber angemessene Distanz
- offene Körperhaltung
- leicht nach vorn gebeugte Haltung
- freundlicher Gesichtsausdruck
- Mimik und Gestik eignen sich besonders, um Gefühle zum Ausdruck zu bringen, sie verstärken den Ausdruck
- angemessene Gestik, die Inhalte unterstreicht
- den gesamten Körper zur Kommunikation einsetzen: Bewegung, Haltung, Augenbrauen und Augenlider sowie Arme und Beine
- Körperkontakt aufnehmen und besonders die Hände als sensibles und feinfühliges Körperteil einsetzen; eine emotionale Anteilnahme über die Hände zu vermitteln, ist eine sensible und steuerbare Verhaltensweise; bei Berührung sich gut selbst reflektieren, welche Gefühle mit den Händen transportiert werden bzw. den Patienten fragen, ob er die Berührung akzeptiert
- Einsatz von Hilfsmitteln wie bspw. Bildsymbole oder dem Patienten die Möglichkeit geben, etwas aufzumalen oder aufzuschreiben

Eine unabdingbare Voraussetzung für einen patientenzentrierten Kommunikationsstil ist eine tragfähige Beziehung zwischen beiden Partnern, die durch eine wertschätzende Gesprächsführung des Arztes bzw. Therapeuten zum Ausdruck kommt. Im Folgenden werden in Anlehnung an eine Auflistung zur Umsetzung einer patientenorientierten Haltung (Schweickhardt & Fritzsche 2009, 34) Kriterien aufgelistet, die speziell Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung in einem ärztlichen bzw. therapeutischen Gespräch zu mehr Selbstbestimmung befähigen:

- Der Patient mit geistiger Behinderung bekommt ausreichend Zeit. Es liegt ein aktives Zuhören vonseiten des Arztes bzw. Therapeuten vor.
- Der Patient mit geistiger Behinderung versteht den anderen, weil sich der Arzt bzw. Therapeut klar und verständlich ausdrückt.
- Der Patient mit geistiger Behinderung darf sich frei äußern.
- Der Patient mit geistiger Behinderung wird ermutigt, über das eigene Krankheitserleben zu berichten.
- Der Patient mit geistiger Behinderung wird ermutigt, das eigene Krankheitsverständnis darzustellen. Dies ist wiederum ein geeigneter Kontrollmechanismus für den Arzt bzw. Therapeuten, um evtl. entstandene Missverständnisse zu klären oder Lücken im Verständnis zu schließen.
- Das Informationsbedürfnis des Patienten mit geistiger Behinderung wird ausreichend befriedigt.

Bedingt durch den zweiseitigen Prozess von Kommunikation müssen sich beide Partner in ihren kommunikativen Fähigkeiten verbessern, um mehr Selbstbestimmung für den Patienten mit geistiger Behinderung zu erreichen. Diesen Zusammenhang fassen Wullink et al. (2009, 5) folgendermaßen zusammen: „The potential advantage of improving communication skills, both for health care workers and the people with ID (Intellectual Disability, Anm. d. Verf.) themselves, is that it may help people with ID exercise autonomy and that it may lead to improved health care.“

Die Befähigung von Menschen mit geistiger Behinderung zu mehr Selbstbestimmung kann auf verschiedenen Wegen erfolgen. Im Rahmen dieser Forschungsarbeit wurden unter anderem Faktoren für eine gelingende Kommunikation im ärztlich-therapeutischen Kontext untersucht. Diesbezügliche konkrete Empfehlungen zur Gesprächsführung vonseiten des Arztes bzw. Therapeuten werden in der Diskussion gegeben.

Ergebnisse

Im Rahmen der Gesprächsführung zwischen den Probanden mit geistiger Behinderung und den Testleitungen wurde eine patientenorientierte Kommunikation erprobt und als wirksam i.S. einer hohen sprachlichen und kommunikativen Kompetenz der Probanden mit geistiger Behinderung beurteilt. Grundlegend für eine patientenzentrierte Kommunikation im Hinblick auf die Zielgruppe von Menschen mit geistiger Behinderung sind eine klare Struktur des Gespräches, ausreichend Zeit und eine uneingeschränkte wertschätzende und akzeptierende Haltung, die sich gänzlich auf das Wohl des Patienten ausrichtet und Empathie ausdrückt (Schweickhardt & Fritzsche 2009).

Im Zentrum des patientenorientierten Modells stehen die Ansprüche und Erwartungen des einzelnen Patienten (ebd.). Eine unabdingbare Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieses Modells ist zum einen eine tragfähige Beziehung zwischen beiden Partnern und zum anderen eine sehr hohe Flexibilität des Arztes bzw. Therapeuten, all seine Kompetenzen in jeden einzelnen Kontakt einzubringen.

Diskussion

Diese Forschungsarbeit möchte einen Beitrag zum Inklusionsprozess und speziell zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung leisten. „Dem Menschen das Wort geben“ wäre das wichtigste Ziel für eine gelingende Kommunikation zwischen Arzt/Therapeut und Menschen mit geistiger Behinderung.

Im Kasten auf Seite 35 werden konkrete Empfehlungen für die ärztliche bzw. therapeutische Kommunikation mit Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung gegeben. Sie sind vor allem eine Zusammenfassung der Leitlinien für eine gelingende Kommunikation zwischen Arzt und Patienten mit geistiger Behinderung der niederländischen Universität Maastricht (Wullink et al. 2009) und des „Kursbuchs ärztliche Kommunikation für Patienten mit kognitiver Einschränkung“ (Schweickhardt & Fritzsche 2009).

LITERATUR

- Beushausen, U. & Grötzbach, H. (2011). *Evidenzbasierte Sprachtherapie. Grundlagen und Praxis*. München: Urban & Fischer
- Brinker, K. (2010). *Linguistische Textanalyse*. Berlin: Erich Schmidt
- Bryan, F., Allan T. & Russel, L. (2000). The move from a long-stay learning disabilities hospital to com-

munity homes: a comparison of clients' nutritional status. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 13 (4), 265-270

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) in Kooperation mit den drei anderen Fachverbänden der Behindertenhilfe (Hrsg.) (2001). *Gesundheit und Behinderung. Expertise zu bedarfsgerechten gesundheitlichen Leitungen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung als notwendiger Beitrag zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und zur Förderung ihrer Partizipationschancen*. Reutlingen: Diakonie

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. www.dimdi.de/static/de/klasi/icf/index.htm (21.07.2016)

Elstner, S., Weible, H. & Diefenbacher, A. (2011). Anforderungen an den „besonderen diagnostischen Blick“ bei Menschen mit geistiger Behinderung. Über die an die Bedürfnisse von Menschen mit einer geistigen Behinderung angepasste Anamnese-technik. *Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung* 8 (2), 24-32

Grötzbach, H. (2012). Wiederherstellung der Gesundheit oder Teilhabe? *Forum Logopädie* 26 (5), 18-23

Grötzbach, H., Hollenweger-Haskell, J. & Iven, C. (2014). *ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie: Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis*. Idstein: Schulz-Kirchner

Halm, U. (2010). *Die Entwicklung narrativer Kompetenzen bei Kindern zwischen 7 und 14 Jahren*. Marburg: Tectum

Heinemann, W. (2008). Textpragmatische und kommunikative Ansätze. In: Janich, N. (Hrsg.), *Textlinguistik. 15 Einführungen*. Tübingen: Narr

Heyman, B., Swain, J. & Gillman, M. (2004). Organizational simplification and secondary complexity in health services for adults with learning disabilities. *Social Science and Medicine* 58 (2), 357-367

Hinz, A. (2012). Inklusion – historische Entwicklungslinien und internationale Kontexte. In: Hinz, A., Körner, I. & Niehoff, U. (Hrsg.), *In der Integration zur Inklusion. Grundlagen – Perspektiven – Praxis* (33-52). Marburg: Lebenshilfe

Kaschke, I. (2010). Special Olympics und das Gesundheitsprogramm Healthy Athletes®. *Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung* 7 (1), 24-30

Kaschke, I. (2014). Gesundheitsförderung für Menschen mit geistiger Behinderung – das Healthy Athletes Programm von Special Olympics Deutschland. In: Heibel-Seeger, A., Horky, T. & Schulke, H. (Hrsg.), *Sport und Inklusion – ziemlich beste Freunde? Tagungsband zum 13. Hamburger Symposium Sport, Ökonomie und Medien 2013* (97-101). Aachen: Meyer & Meyer

Kemmerich, R. (2013). Menschen mit geistiger Behinderung sind gesundheitlich unterversorgt. *Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung* 10 (1), 32-35

- Kerr, M., Fraser, W. & Felce, D. (1996). Primary health care for people with a learning disability: a keynote review. *British Journal of Learning Disabilities* 24 (1), 2-8
- Klauß, T. (2012). Inklusion in Schule und Erwachsenenbildung – vom Zufall abhängig oder ein Menschenrecht? In: Hinz, A., Körner, I. & Niehoff, U. (Hrsg.), *In der Integration zur Inklusion. Grundlagen – Perspektiven – Praxis* (130-152). Marburg: Lebenshilfe
- Krahn, G.L., Hammond, L. & Turner, A. (2006). A cascade of disparities: health and health care access for people with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 12 (1), 70-82
- Messent, P.R., Cooke, C.B. & Long, J. (1999). Primary and secondary barriers to physically active healthy lifestyles for adults with learning disabilities. *Disability and Rehabilitation* 21 (9), 409-419
- Neuhäuser, G. (2010). *Syndrome bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ursachen, Erscheinungsformen und Folgen*. Marburg: Lebenshilfe
- Neuhäuser, G., Steinhausen, H.-C., Häßler, F. & Sarimski, K. (2013). *Geistige Behinderung. Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte*. Stuttgart: Kohlhammer
- Quasthoff, U. (1980). *Erzählen in Gesprächen. Linguistische Untersuchungen zu Strukturen und Funktionen am Beispiel einer Kommunikationsform des Alltags*. Tübingen: Narr
- Quasthoff, U., Fried, L., Katz-Bernstein, N., Lengning, A., Schröder, A. & Stude, J. (2011). *(Vor)Schulkinder erzählen im Gespräch. Kompetenzunterschiede systematisch erkennen und fördern. Das Dortmunder Beobachtungsinstrumente zur Interaktions- und Narrationsentwicklung (DO-BINE) und der Dortmunder Förderansatz (DO-Fine)*. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren
- Sarimski, K. (2009). *Frühförderung behinderter Kleinkinder. Grundlagen, Diagnostik und Intervention*. Göttingen: Hogrefe
- Schweickhardt, A. & Fritzsche, K. (2009). *Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Seidel, M. (2013). Forderungen der Fachverbände für Menschen mit Behinderung zur bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung von Erwachsenen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. *Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung* 10 (1), 89-94
- Seidel, M. & Fricke, C. (2013). Einführung. *Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung* 10 (1), 7-9
- Smith, W.K., Mair, R., Marshall, L., Bilous, S. & Birchall M.A. (2000). Assessment of hearing in persons with learning disabilities: the Phoenix NHS Trust, January 1997 to September 1998. *The Journal of Laryngology & Otology* 114 (12), 940-943
- Stanford, P. & Shepherd, G. (2001). A vicious circle: visual impairment in people with learning disabilities. *Nursing Times* 97 (32), 36-37
- Tomasello (2009). *Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation*. Übersetzung ins Deutsche von Jürgen Schröder. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- van Schrojenstein Lantman-de Valk, H.M.J., Linehan, C., Kerr, M. & Noonan-Walsh, P. (2007). Developing health indicators for people with intellectual disabilities. The method of the POMONA project. *Journal of Intellectual Disability Research* 51 (6), 427-434
- Wullink, M., Veldhuijzen, W., van Schrojenstein Lantman-de Valk, H.M.J., Metsemakers, J.F.M. & Dinant, G.J. (2009). Doctor-patient communication with people with intellectual disability – a qualitative study. *BioMed Central Family Practice* 10 (82), 1-10

Die grafischen Symbole wurden aus der Sammlung „Lebensqualität für alle! Leicht verständliche Informationen einfach gestalten“ mit freundlicher Genehmigung von capito® verwendet.

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2016-53020160506

Autorin

Dr. phil. Kerstin Nonn
Schulleiterin
Staatliche Berufsfachschule für Logopädie
Klinikum der Universität München
Campus Innenstadt
Pettenkofer Str. 4a
80336 München
kerstin.nonn@med.uni-muenchen.de

SUMMARY. Successful communication for people with intellectual disability

People with Intellectual Disability (ID) are at increased risk of medical problems compared to the general population. Because of limited verbal and communicative capacities, people with ID often experience problems in communication with health care professionals. On the other side medical staff are often not trained to appropriately communicate and attend to people with ID. As a consequence, barriers of communication emerge that impede appropriate care. Based on the model of cooperation by Tomasello and the International Classification of Functioning, Disability and Health a patient-focused style of communication was investigated in a quantitative study (n=80 participants with ID) and proved to be effective. The most important factors were a clear dialogue structure, sufficient time, and an absolute appreciative and accepting attitude towards people with ID. Guidelines of successful doctor/therapist-patient communication with people with ID including verbal and non-verbal strategies are presented. The potential advantage of improving communication skills is that – despite of improving their health – it may help people with ID exercise autonomy and self-representation.

KEY WORDS: People with intellectual disability – health care – barriers of communication and understanding – model of cooperation (Tomasello) – International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) – guidelines for patient-focused communication