



Foto: Martin Gläuser

Menschen mit einer geistigen Behinderung im Akutspital

Es gibt Mittel und Wege, sich zu verständigen

In der Schweiz gibt es etwa 63 000 Menschen mit geistiger Behinderung. Diese sind sehr oft mit Sprachstörungen konfrontiert. Wenn sie hospitalisiert werden müssen, stellt sich die Frage, wie die Kommunikation mit ihnen gesichert und verbessert werden kann.

DENISE HEINEN

LAUT der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt es in jedem Land rund drei Prozent Menschen mit einer geistigen Behinderung. Bei dieser Berechnung sind alle Menschen berücksichtigt, welche im weitesten Sinne von einer geistigen oder zerebralen Störung bis hin zu Lernschwäche betroffen sind. Von einer geistigen Behinderung im engeren Sinn (s. Kasten) sind gemäss WHO 30 Prozent aller geistig beeinträchtigten Menschen betroffen.

Behinderte leben länger

Eine Zunahme von chronischen Erkrankungen und Behinderungen ist in den meisten westlichen Ländern zu beobachten. Hintergründe dieser Zunahme sind einerseits die demografische Entwicklung, andererseits der medizinische Fortschritt. Der Altersdurchschnitt der Menschen mit geistiger Behinderung entwickelt sich, wie bei der Bevölkerung allgemein, immer weiter nach oben. Das Morbiditätsrisiko ist bei Menschen mit Behinderung höher als bei gesunden

Menschen. Sie haben also einen erhöhten Bedarf an gesundheitlicher Versorgung. Dennoch sind Arzt- und Pflegepersonen oft nicht auf die erschwerte Kommunikation mit dieser Patientengruppe vorbereitet. Eine Untersuchung ergab, dass Pflegefachpersonen ein mangelndes Bewusstsein für die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung haben und den Kontakt zu ihnen bewusst vermeiden. Solches Verhalten kann längere Spitalaufenthalte zur Folge haben.

Menschen mit geistiger Behinderung sind auffallend oft mit Sprachstörungen

konfrontiert. Voraussetzung und Bestandteil einer guten Behandlung und Betreuung ist aber eine offene, adäquate und einfühlsame Kommunikation mit der Patientin. Was tun, wenn geistig behinderte Menschen ihre Bedürfnisse, Absichten und Wünsche nicht ausreichend artikulieren können? Fachwissen über die besonderen Lebenslagen, Probleme, Schwierigkeiten, Fähigkeiten und Ressourcen der Patienten sind Voraussetzung für eine professionelle Gesprächsführung.

Mittel zur Verständigung

Die «Unterstützte Kommunikation» hat einen wichtigen Stellenwert in der Heilpädagogik. «Mit Unterstützter Kommunikation werden alle pädagogischen und therapeutischen Hilfen bezeichnet, die Personen ohne oder mit erheblich eingeschränkter Lautsprache zur Verständigung angeboten werden». Sie ist für Menschen, die nicht in der Lage sind zu sprechen, das wichtigste Mittel zur Verständigung. Dabei wird die Lautsprache durch andere Methoden ergänzt oder ersetzt. International wird die Unterstützte Kommunikation als «Augmentative and Alternative Communication (AAC)» bezeichnet. «Alternative Communication» steht für Formen der Kommunikation ohne Lautsprache und «Augmentative Communication» weist auf die ergänzende Kommunikation hin. Es gibt im Bereich der Unterstützten Kommunikation Handzeichen (Gebärden), graphische und greifbare Zeichen. Zudem gibt es eine weitere Unterscheidung in hilfsmittelgestützte Kommunikation und Kommunikation ohne Hilfsmittel sowie eine Differenzierung zwischen personenabhängiger und personenunabhängiger Kommunikation. Letztere zeigt, wie die jeweilige Form der Unterstützten Kommunikation angewandt wird und welchen Beitrag der Kommunikationspartner dabei leistet.

Kommunikationsbarrieren

Für jeden Menschen mit Behinderung kann ein individuelles, bedürfnisorientiertes Kommunikationssystem gefunden werden. Eine diagnostische Abklärung sowie eine sorgfältige Planung und Dokumentation der Methoden sind hierfür unerlässlich. In der Arztpraxis

ist die Unterstützte Kommunikation laut Studien jedoch oft nicht gewährleistet. Zudem können physische Einschränkungen die Fähigkeit der Patientinnen beeinflussen, das jeweilige System zu benutzen oder das Vokabular für eine medizinische Untersuchung ist nicht im System enthalten. Ein weiteres Hindernis kann sein, dass nicht immer genügend Zeit vorhanden ist. Oft besteht auch ein Mangel an Wissen und Fertigkeiten beim Spitalpersonal, nicht zuletzt in der Nacht.

Weitere Barrieren, die nicht in Verbindung mit der Unterstützten Kommunikation stehen, sind: Kognitive Defizite, Konzentrationsschwierigkeiten und akute Probleme wie Angst oder Depression. Fehlendes Wissen und Verständnis der vielen Aspekte der geistigen Behinderung beim Spitalpersonal können die Fähigkeit für effektive Kommunikation herabsetzen.

Andere genannte Schwierigkeiten für behinderte Menschen waren, dass sie vergessen, was sie sagen wollten, dass sie nicht verstanden wurden, dass sie das Gefühl hatten, der Arzt schenke ihnen keinen Glauben oder sie würden bedrängt. Erklärungen der Ärztin wurden nicht immer verstanden, weil diese zu schnell redet und Wörter braucht, welche die Behinderten nicht kennen. Hingegen hatten sie ein gutes Gefühl, wenn sie auf Behandelnde trafen, die sie kannten, wenn sie sich verstanden fühlten und ihnen genug Zeit gegeben wurde.

Die Rolle der Angehörigen

Es kommt immer wieder vor, dass Menschen mit Behinderungen ohne Rückfrage und Berücksichtigung des Alters geduzt, bei Gesprächen übergangen, nicht ernst genommen und infantilisiert werden. Einige warfen der Ärzteschaft vor, nicht mit ihnen zu sprechen, sondern nur mit den Betreuenden. Sie waren frustriert und wünschten sich Unabhängigkeit und Privatsphäre, obwohl sie anerkannten, dass sie Hilfe benötigten.

Die Präsenz von Familienmitgliedern und/oder Betreuenden ist ein wichtiger Faktor, welcher die Fähigkeit zur Kommunikation der Menschen mit geistiger Behinderung beeinflusst. Sie dienen als Interpretierende und treten für sie ein, lehren das Spitalpersonal, wie am besten kommuniziert wird und führen oft einen

Teil der Grundpflege durch. Sie berichten jedoch darüber, dass ihre Besuche nicht genutzt, ihnen keine Aufmerksamkeit geschenkt und/oder Informationen als unnötig und unwichtig abgewiesen werden.

Kommunikationsstrategien

Informelle Kommunikationsstrategien wie Gebärden (Gesichtsausdruck, Augenkontakt) und Körperbewegungen (Handschütteln, Sachen weglegen usw.) sind vor allem für Menschen mit schwerer geistiger Behinderung geeignet. In Studien werden folgende Kommunikationsprinzipien erwähnt:

- Kompetenzen ermitteln: Möglicherweise verstehen die Menschen mit geistiger Behinderung mehr als es den Anschein macht.
- Mit den geistig behinderten Menschen eine direkte Kommunikation suchen, um möglichst viele Informationen zu erhalten. Um den Hilfebedarf in der Kommunikation zu erfassen, sind ihre Fähigkeiten einzuschätzen.
- Die Sprache und Kommunikationsart an die individuellen Bedürfnisse anpassen. Geeignete Wörter brauchen und das Tempo anpassen.
- Kommunikationsfortschritte unterstützen.

Verhaltenstipps

Den Fokus sollte man auf die Fähigkeiten und nicht auf die Behinderung setzen. Mit den Patienten soll respektvoll gesprochen werden. Schreien ist zu unterlassen. Das Gesundheitspersonal soll sich Zeit nehmen und immer erklären, was gerade geschieht. Zudem sollte man zum Vornherein klar stellen, dass die Patientin die Begleitperson jederzeit bitten kann, den Raum zu verlassen. Weiter ist es wichtig, die Patienten aufzufordern, alle persönlichen Dokumente über ihre Krankengeschichte mitzubringen. Bezahlte Betreuende sind möglicherweise nicht immer im Bild über die Krankengeschichte der betroffenen Person. Bei der Gesprächsführung ist es wichtig, zuerst die Person mit geistiger Behinderung zu begrüßen, bevor man sich an die betreuende Person wendet. Am Anfang jedes Gespräches sollte das Gesundheitspersonal überprüfen, ob die Patientinnen verbale Kompetenz haben. Es besteht möglicherweise ein Ungleichgewicht

Geistige Behinderung

Definition bleibt schwierig

Obwohl der Begriff «Behinderung» in der Wissenschaft in den letzten Jahren Gegenstand von Diskussionen geworden ist, bleibt seine definitorische und allgemeingültige Bestimmung schwierig. Die Herausforderung in der endgültigen Begriffsbestimmung liegt in der Individualität des Phänomens der Behinderung. Die organischen Schäden und ihre geistig-seelischen und sozialen Folgen sind bei jedem betroffenen Menschen verschieden. Eine weitere Schwierigkeit für eine allgemeingültige Definition ist, dass sie davon abhängig ist, aus welcher Profession heraus man definiert (Fornefeld, 2002). So wird im medizinischen Bereich hauptsächlich auf die Intelligenzminderung und den Grad der sozialen Anpassung eingegangen. Die Definition lautet wie folgt: «Intelligenzstörung ist ein Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten.»

Die geistige Behinderung geht immer auf eine organische Schädigung zurück, die das Gehirn direkt oder indirekt trifft und damit die Gesamtpersönlichkeit des Menschen, sein Denken, Empfinden, Wahrnehmen, Handeln und Verhalten, beeinflusst.

zwischen rezeptiver und expressiver Sprachfertigkeit. Es braucht manchmal Zeit, um zu realisieren, dass die betroffene Person klare Antworten gibt, die Frage jedoch nicht versteht.

Wenn eine Person limitierte oder gar keine verbale Fertigkeiten besitzt, sollen Ärzte die Begleitperson als Interpretierende benutzen, falls dies für die betroffene Person in Ordnung ist. Das Gesundheitspersonal sollte jedoch nicht einfach annehmen, dass sie von den Patientinnen nicht verstanden werden, mindestens der Tonfall und die Art zu sprechen wird von diesen begriffen.

Einbeziehen und Zeit geben

Eine andere Studie empfiehlt, Menschen mit geistiger Behinderung zu motivieren, sich aktiv einzubringen, verbal oder nonverbal. Man soll klare Erklärungen bereitstellen und regelmässig kontrollieren, dass das Wichtigste gesagt und von den Patienten verstanden wurde (zum Beispiel auffordern, die wichtigsten Punkte zu wiederholen). Man sollte sicher gehen, dass genügend Zeit für die Untersuchung vorhanden ist. In der Studie von Gibbs et al. (2008) sind unter anderem folgende Empfehlungen formuliert: Sich Zeit nehmen, die Ängste der Patientinnen anhören, Informationen in angepasster Sprache geben und visuelle Kommunikation verwenden, wo dies angebracht ist.

Folgende Bedürfnisse, welche entscheidend sind für gute Kommunikation, wurden von Menschen mit geistiger Behinderung, in der Studie von Ziviani et al. (2004), aufgezählt:

- Die Ärzte und Ärztinnen kennen die Patienten und ihre Kommunikationsfähigkeiten.
- Sie suchen von der betroffenen Person verbale und nonverbale Informationen in einer respektvollen Art.
- Sie holen Informationen bei den Betreuenden, ohne dabei den Patienten zu ignorieren.
- Sie planen genügend Zeit für Diskussionen oder Fragen ein.

Kommunikationshilfsmittel

Für Menschen ohne verbale Fähigkeiten gibt es eine Fülle an Kommunikationshilfsmitteln. Diese gehen von Körpersprache, wie Gestik und Gesichtsausdruck, über Zeichensprache und den Gebrauch von bildlichem Material bis hin zu elektronischen Hilfen. Es muss jeweils ermittelt werden, ob die Person mit geistiger Behinderung diese Hilfsmittel normalerweise braucht.

Kontinuität ist ein Schlüsselfaktor, wenn es um Kommunikationsschwierigkeiten geht. Sie ist die beste Möglichkeit, die Kommunikation zu verbessern. Dies bestätigt die Sicht der Ärzteschaft wie auch der Menschen mit geistiger Behinderung und Aphasie. Letztere bevorzugen eine Ärztin, der sie vertrauen können und welche ihnen gegenüber Wärme und Interesse zeigt. Auch die Ärzteschaft

empfiehlt den geistig behinderten Menschen, wenn möglich immer zum selben Arzt zu gehen, um die Kontinuität zu nutzen.

Ausbildung

Aus der Review von Backer et al. (2009) geht hervor, dass Pflegefachpersonen, welche eine spezifische Ausbildung zu geistiger Behinderung erhalten, eine positive Haltung gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung entwickeln. In der Studie von Murphy (2006) hatten alle Teilnehmenden (Menschen mit geistiger Behinderung und Aphasie) das Gefühl, dass das Training des Gesundheitspersonals die Kommunikation verbessern würde. Da auf eine Kommunikation zwischen dem Pflegefachpersonal und den geistig behinderten Patienten nicht verzichtet werden kann, wäre eine vorberufliche und berufsbegleitende Ausbildung von grossem Nutzen. Denn erfolgreiche Kommunikation verhindert nicht nur Probleme, Fehler und Missstimmungen, sondern ermöglicht erst eine angemessene, wertschätzende medizinische Behandlung.

In Anbetracht der Voraussage, dass die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung stetig steigen wird und sie ein erhöhtes Morbiditätsrisiko aufweisen, ist somit alles zu tun, um Schwierigkeiten in der Kommunikation mit ihnen zu vermeiden. Da in der Kontinuität ein grosses Potenzial liegt, die Kommunikation zu verbessern und den Patientinnen Sicherheit zu vermitteln, ist in der Pflege geistig behinderter Personen die Bezugspflege besonders geeignet.

Denise Heinen arbeitet als diplomierte Pflegefachfrau FH im Lindenhofspital Bern auf der Inneren Medizin.

Kontakt: deniseheinen86@hotmail.com

Diesem Artikel liegt die Bachelor-Arbeit mit dem Titel «Menschen mit einer geistigen Behinderung im Akutspital – eine Herausforderung für die Pflege» zugrunde. Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, 2010.

Bemerkung: Die meisten literarischen Hinweise wurden der Lesbarkeit wegen weggelassen.

www.sbk-asi.ch

- Kommunikation
- Behinderung
- Sprachstörungen

Sandra Ohle und Thomas Dorn

«Ich glaube, dass wir wachsamer geworden sind»

Die Heimärztin Sandra Ohle und der Neurologe Thomas Dorn, leitender Arzt im Schweizerischen Epilepsie-Zentrum in Zürich und wie seine Kollegin im benachbarten Heim für geistig behinderte Menschen tätig, geben Auskunft über die Herausforderungen, welche die medizinische Betreuung von Menschen mit Intelligenzminderung darstellt.

«Krankenpflege»: Frau Ohle, wie stellt man es an, mit geistig behinderten Menschen angemessen zu kommunizieren?

S.O.: Mit Menschen mit einer leichten Intelligenzminderung kann man ein ganz normales Gespräch führen. Man muss die Sachverhalte vereinfacht darstellen und eine einfache Sprache wählen. Für Personen mit höhergradiger geistiger Behinderung haben wir auf einigen Abteilungen des Heimes die Kommunikation mit Hilfe von Gebärdensprache, Fotografien und Piktogrammen verbessert. Sie werden eingesetzt für bestimmte Personen und Tätigkeiten.

Wie gehen Sie vor, wenn es darum geht, ihre Meinung zu erfragen, zum Beispiel für oder gegen eine Behandlung?

S.O.: Bei Leuten, die schwer kommunikationsgestört sind, die nicht sprechen können oder mit denen kaum Kontakt aufgenommen werden kann, ist es nicht möglich zu erfragen, ob sie bereit sind, zum Beispiel eine Impfung zuzulassen. Da müssen wir mit den Vormündern und Beiständen arbeiten. Ich hatte auch schon Patienten, die sich gegen eine Impfung gewehrt haben und aggressiv wurden. In diesem Fall stellt sich die Frage, wie man es anstellt, sie zum Mitmachen zu gewinnen, ohne Zwang anzuwenden. Wenn grosse Widerstände bestehen, zum Beispiel gegen eine Behandlung beim Zahnarzt, kann auf Sedativa zurückgegriffen werden. Aber zuerst versuchen wir es mit Ablenkung oder einer Belohnung, und meistens funktioniert das.

Fühlen sich die Patienten ernst genommen, wenn man sie mit einem Leckerli zum Hinhalten überreden will?



Sandra Ohle

S.O.: Das Gefühl, für voll genommen zu werden, hängt davon ab, ob man sie mit Respekt behandelt. Ich frage sie zum Beispiel immer, ob ich sie anfassen, ihnen ins Ohr schauen darf. Wenn nicht, mache ich es nicht und versuche es an einem anderen Tag. Ich stelle fest, dass die Patienten ein Vertrauensverhältnis zu mir aufgebaut haben. Sie kennen mich und wissen, dass ich ihnen sage, wenn etwas weh tut. Wir lachen auch viel zusammen und ich lobe sie immer wieder. Ob sie sich für voll genommen fühlen, kann ich nicht wirklich beurteilen. Ich stelle aber fest, dass sie immer mehr zulassen, je länger sie mich kennen.

T.D.: Meine Erfahrung ist, dass man auch von Personen mit einer Intelligenzminderung sehr präzise Angaben über epileptische Anfälle, dabei auftretende Empfindungen und Symptome bzw. den gesamten Verlauf erhalten kann, wenn sie zu sprachlicher Kommunikation in der Lage sind. Unter Umständen ist es



Thomas Dorn

Fotos: zvg

einfacher, von einem behinderten Menschen zu erfahren, was bei einem Anfall geschah, als von einem Akademiker, der die Diagnose kaschieren möchte. Die Gefahr ist, dass man einen Menschen mit Intelligenzminderung gar nicht erst befragt, weil man vermutet, von ihm seien keine genauen Angaben zu erwarten.

Die Behandlung geistig Behinderter braucht viel Zeit. Wird mit der Abrechnung per DRG darauf Rücksicht genommen?

T.D.: In einem Spital, in dem vergleichsweise viele geistig behinderte Menschen behandelt werden, kann dies zum Problem werden, da nicht nur mehr Zeit für Aktenstudium und Kommunikation nötig ist, sondern notwendige Untersuchungen zeitaufwändiger sind und zum Teil schon in Narkose durchgeführt werden müssen. Ein geistig Behinderter braucht zudem mehr

Pflege während des Spitalaufenthaltes. Entsprechende Hinweise aus der Ärzteschaft haben bis jetzt im DRG-Prozess nicht gefruchtet. Als Strategie gibt es zur Zeit nur die Möglichkeit, Diagnosen und Prozeduren bei geistig behinderten Patienten im Spital genau zu erfassen, um so bei Anträgen zur Weiterentwicklung des Tarifsystems die besonderen Bedürfnisse dieser Patientengruppe begründen zu können.

Wäre es auch eine Strategie, dass Behinderte wenn möglich immer von der gleichen Arztperson behandelt werden?

S.O.: Wenn es möglich ist, ist es schon einfacher. Ich arbeite auch immer mit den gleichen Ärzten zusammen. Aber wenn sie ins Akutspital überwiesen werden müssen, bleibt nur die enge Zusammenarbeit mit den Ärzten vor Ort.

T.D.: Das Problem ist auch, dass es gegenwärtig für diesen Bereich weder ein Fähigkeitszeugnis noch eine Spezialisierung innerhalb der FMH-Spezialarzt-Titel gibt, die den Arzt ausweisen, der sich mit Behinderten auskennt, und eine besondere Abrechnung möglich machen. Zudem gibt es die Schwierigkeit, geistig Behinderte mit der Diagnose «geistige Behinderung» zu bezeichnen, weil man Hemmungen hat, diese Patienten zu stigmatisieren oder befürchtet, gegen das Normalisierungsprinzip zu verstossen, das geistige Behinderung nicht als eine Krankheit, sondern als eine andere Art des Seins sieht. Wegen der deutschen Vergangenheit ist dies im deutschsprachigen Raum ein grosses Hemmnis, wogegen zum Beispiel in einem grossen Spital in England eine Gruppe gebildet wurde, die sich eigens mit der Qualität der medizinischen Behandlung geistig Behinderter auseinandersetzt. An diesem Spital wird jeder behinderte Patient nach dem Tod grundsätzlich obduziert.

Was ist schief gegangen, dass ein Fall möglich wurde wie der des Sozialpädagogen, der über Jahrzehnte geistig behinderte Kinder und Jugendliche sexuell missbrauchte und denen man nicht geglaubt hat?

S.O.: Es ging nicht nur darum, dass man ihnen nicht geglaubt hat, sondern dass es ganz schwierig war, das juristisch zu verwerten. Wenn man eine Information auf einem bestimmten Weg

erhält, ist es schwierig, sie vor Gericht aufrecht zu erhalten. Auch bei gesunden Kindern ist das nicht einfach.

T.D.: Glauben ist das eine, das andere ist, dass ein Betreuer, dem Missbrauch vorgeworfen wird, in eine sehr schwierige Situation gerät. Dann ist die Frage, welche Validität wir einer Zeugnisaussage zugestehen. Als Arbeitgeber sind Sie da in einer sehr schwierigen Situation. Aber es gibt Bereiche (zum Beispiel im Falle körperlicher Gewalt), in denen man etwas tun könnte. Wenn man zum Beispiel jeden Patienten, der in einem Heim verstirbt, obduzieren würde, könnte das eine gewisse Klarheit schaffen.

Dass der Patient nicht umgebracht wurde?

T.D.: Ja. Zwischen behinderten Menschen und ihren Betreuern ist ein grosses Machtgefälle, dieses kann bei psychisch labilen Betreuungspersonen in belastenden Situationen auch zu gewalttätigem Verhalten führen. Das ist ja in Altersheimen auch so. Da kann eine Obduktion verhindern, dass ein Ableben einfach so hingenommen wird, indem man sagt, er war sowieso schon alt und moribund. Wir müssen sehr wachsam sein. Und uns möglichst auf objektive Befunde, zum Beispiel bestimmte Verletzungsmuster, stützen. Da gibt es noch einiges Wissen, das verfügbar gemacht werden muss. Doch die absolute Sicherheit gibt es nicht.

Rechnen Sie mit Gewalt?

S.O.: Ich rechne nicht damit, dass jeden Tag Gewalt angewendet wird. Aber wenn ich einen Patienten sehe, der plötzlich ein Hämatom auf der Brust hat, das nicht erklärt werden kann, werden Nachforschungen angestellt, gegebenenfalls wird auch mal eine Kamera im Zimmer installiert. Als mögliche Täter kommen nicht nur die Betreuer in Frage, sondern auch die anderen Heimbewohner. Man muss daran denken, dass Gewalt überall vorkommen kann. Uns ist klar, dass man immer sehr genau hinsehen muss. Ich glaube aber, dass wir wachsamer geworden sind.

T.D.: Gleichzeitig muss man dafür sorgen, dass in einem Betrieb keine Kultur des Misstrauens entsteht. Aber der Betrieb muss sich der Erkennungsmerkmale und Verdachtsmomente von

Gewaltanwendung bewusst sein. Und es muss klar sein, wie er damit umgeht.

Wie kann eine bedürfnisgerechte Medizin für behinderte Menschen sicher gestellt werden?

T.D.: Bedürfnisse herauszufinden bei Menschen, die nicht kommunizieren können, ist schwierig. Da wäre mehr Wissen vonnöten. Doch die Behindertenmedizin ist von der Schulmedizin vernachlässigt worden. Das liegt auch daran, dass man mit behinderten Menschen nur schwer forschen kann. Meine persönliche Motivation, in der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft von Ärzten für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung mitzuarbeiten, ist der Wunsch, dass die Behindertenmedizin zu einem Teil der Schulmedizin wird, in dem auch geforscht und gelehrt wird. Dadurch, dass die genetische Forschung zunehmend an Gewicht gewinnt, und dass ein grosser Teil der geistigen Behinderungen genetisch bedingt ist, ist das Interesse der Wissenschaft in der letzten Zeit immerhin grösser geworden.

Ich habe keine schlimmen Befürchtungen, wenn man Behinderung als Krankheit betrachtet. Entscheidend ist die Frage, wie die Gesellschaft mit der Behinderung umgeht. Die schwere Entgleisung in Nazideutschland ist nicht passiert, weil man Personen als «erbkrank» bezeichnet hat, sondern weil man ihr Leben als nicht wertvoll erachtete und es vernichten wollte. Das ist ein Denkfehler, der bis heute gemacht wird. Um etwas zu beforschen, muss man es aber bezeichnen. Dieses Dilemma müssen wir lösen. Dies wird aber wiederum durch die Ökonomisierung der Medizin und Gesellschaft erschwert. Wenn man immer mehr nur auf die Arbeitsfähigkeit der Menschen fokussiert, hat der behinderte Mensch von allem Anfang an Nachteile zu befürchten, es sei denn, man anerkennt seine «Diagnose» und die daraus entstehenden Folgen und Bedürfnisse.

Interview: Margrit Bachl

Dr. med. Sandra Ohle ist Mitglied der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft von Ärzten für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (SAGB). **Dr. med. Thomas Dorn** ist Vizepräsident der SAGB. Kontakt: www.sagb.ch, Dr. med. Felix Brem, Präsident SAGB, Rathausstrasse 17, Postfach 59, 8570 Weinfelden, E-Mail: sekretariat@sagb.ch.