

Barrierearme Kommunikation hilft jedem

PRAXIS ■ Seit Anfang 2016 ist die barrierefreie Kommunikation auch in der ärztlichen Dienstleistung gesetzliche Vorschrift. Eine pragmatische Herangehensweise an das Thema kann zu einer wesentlichen Verbesserung im Arzt-Patienten-Verhältnis beitragen.

HANNES SCHLOSSER

Im Juni des Vorjahres hat die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) einen Ergebnisbericht mit dem Titel „Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung – Grundlagen, Analyse und erste Umsetzungsempfehlungen für eine langfristige Weiterentwicklung“ veröffentlicht. Unter anderem durch die Auswertung hunderter Arzt-Patienten-Gespräche im klinischen und niedergelassenen Bereich kommen die Studienautoren Dr. Peter Nowak, Dr. Marlene Sator und Univ.-Prof. Dr. Florian Menz zu einem ernüchternden Befund. Demnach ist die Kommunikation „ungenügend“, es bestehe großer Entwicklungsbedarf und „die Gesprächsqualität ist trotz jahrelanger Bemühungen auf ein niedriges Niveau zurückgefallen“. Laut GÖG-Bericht schneidet der niedergelassene Bereich besser ab als die Krankenhäuser, und in Privatpraxen dauern im Durchschnitt nicht nur die Gespräche länger, sondern auch die Gesprächsqualität ist höher als in Kassenpraxen.

Generell gilt, dass es Patientengruppen gibt, „die von schlechter Kommunikationsqualität besonders betroffen sind, da sie sich weniger gut zur Wehr setzen können.“ Erwähnt werden dazu chronisch Kranke, deren Gesundheitskompetenz besonders schlecht ist, und Migranten, die mit sprachlichen und kulturellen Unterschieden zu kämpfen hätten.

Begleitperson als Barriere

In der Regel sind zwar in Österreich beim Arzt-Patienten-Gespräch keine Angehörigen dabei. Ausnahmen sind aber gar nicht so selten: Eltern die ihre Kinder begleiten, Kinder, die ihre nicht deutsch sprechenden Eltern unterstützen, Angehörige oder Sozialhelfer, die Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung begleiten.

Und nicht selten wendet man sich als Arzt in einer solchen Situation fast ausschließlich an die Begleitperson. Dadurch kommt es allerdings zu einer Potenzierung der Wahrnehmungsprobleme des beeinträchtigten Menschen. Zum Verständnis in einer verbalen Kommunikation tragen ja auch Mimik, Gestik, Lippenbewegungen und Augenkontakt bei – und diese Signale wenden sich an die Begleitperson. Dabei sind Menschen mit kognitiven Einschränkungen meist noch mehr auf die nonverbalen Teile der Kommunikation angewiesen als Otto und Anna Normalverbraucher. Darauf weist Brigitta Hochfilzer, Journalistin und PR-Beraterin für barrierefreie Information (www.barrierefreie-kommunikation.at), hin. Ein Arzt, der sich nicht an seinen Patienten wendet und mit der Begleitperson spricht, senkt die Barriere zum beeinträchtigten Menschen also nicht, sondern erhöht sie zusätzlich. Zugleich lagert er die Verantwortung dafür, dass seine Botschaft beim Patienten ankommt, an die – meist medizinisch nicht qualifizierte – Begleitperson aus.



„Barrierefreie Kommunikation“ – unter dieses Stichwort fällt aber viel mehr als das Gespräch: schriftliche Informationen, Hinweistafeln, Leitsysteme, Webseiten etc. Kaum von der Öffentlichkeit wahrgenommen ist mit dem 1. Jänner 2016 das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (BGStG) in vollem Umfang nach einer zehnjährigen Übergangsfrist in Kraft getreten. Der Paragraph 1 dieses Gesetzes formuliert klar: „Ziel dieses Bundesgesetzes ist es, die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen zu beseitigen oder zu verhindern und damit die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gesellschaft zu gewährleisten und ihnen eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen.“

Ängste der Praktiker

Doch während in den letzten Jahren relativ viel über bauliche Barrieren und deren Beseitigung geredet wurde, blieben Barrieren in der Kommunikation eher unbeachtet. Das bestätigt auch Dr. Momen Radi, Kurienobmann der niedergelassenen Ärzte in der Ärztekammer für Tirol. „In der Fülle der Bürokratie, mit der Ärzte konfrontiert sind, spielt Barrierefreiheit eine untergeordnete Rolle, insbesondere wenn man sieht, dass der Rest der Welt noch in der Steinzeit lebt“, bilanziert Radi seine Erfahrungen einer Tour durch alle Tiroler Bezirke zu diesem Thema. Beim Anspruch des österreichischen E-Government-Gesetzes nach barrierefreien Webseiten sieht Radi weniger die Ärzte in der Pflicht als vielmehr die Hersteller der Software, derer sich die Mehrzahl der Ärzte bedient.

Faktisch überhaupt keine Rolle hätten bei seiner Bezirkstour schriftliche Informationen und die Abfassung

von Texten in „leichter Sprache“ gespielt, betont Radi. Nicht zuletzt deshalb, weil sich schriftliche Informationen an die Patienten meist auf Medikationsverordnungen beschränken würden und das funktioniere mit den üblichen Computerprogrammen gut. Problematisch findet Radi die Mehrzahl der Vordrucke zur Aufklärung vor Operationen und komplexen Untersuchungen. Hier bestehe ein großer Bedarf an ergänzender mündlicher Aufklärung durch den Arzt, der aber die Kolleginnen und Kollegen selbstverständlich nachkommen würden.

Die Gesetzeslage

Tatsächlich verlangt das BGStG, dass alle öffentlichen Informationen und Dienstleistungen barrierefrei zu erfolgen haben. Paragraph 4 lautet: „Auf Grund einer Behinderung darf niemand unmittelbar oder mittelbar diskriminiert werden.“ Paragraph 5 lässt ebenso nichts an Deutlichkeit vermissen: „Eine un-

Standards für leichte Sprache

entsprechend dem Capito-Gütesiegel

Stufe A1

A1 steht für die am leichtesten verständliche Stufe. Verwendet werden nur bekannte Wörter, besonders kurze Sätze und eine sehr einfache Grammatik. Die Information wird auf den wichtigsten Kern reduziert.

Stufe A2

Informationen in A2 ermöglichen es den Leserinnen und Lesern, sich mit einem bestimmten Thema so zu beschäftigen, dass die wesentlichen Inhalte verstanden werden. Zum Beispiel: Einen Bescheid oder eine Anweisung lesen, verstehen und danach handeln können.

Stufe B1

Informationen in B1 bauen auf das Vorwissen oder den Wortschatz geübter Alltagsleserinnen und -leser auf. Sie vermeiden jedoch „Fachchinesisch“ oder „Juristendeutsch“. Sie sind daher überall dort hilfreich, wo es darum geht, „Nicht-Fachleute“ zu informieren, oder wenn sichergestellt werden soll, dass die Mehrheit der Bevölkerung tatsächlich erreicht wird.

mittelbare Diskriminierung liegt vor, wenn eine Person auf Grund einer Behinderung in einer vergleichbaren Situation eine weniger günstige Behandlung erfährt, als eine andere Person erfährt, erfahren hat oder erfahren würde.“

Nach dem Buchstaben des Gesetzes liegt eine Diskriminierung zweifelsfrei vor, wenn ein Mensch mit einer Behinderung aufgrund einer baulichen oder sprachlichen Barriere die Dienstleistung in einer ärztlichen Praxis nicht in gleicher Weise in Anspruch nehmen kann, wie eine Person ohne Beeinträchtigung.

Allerdings enthält das Gesetz auch die sehr offen formulierte Ausnahme von einer sanktionsfähigen Diskriminierung, wenn die Beseitigung einer Barriere mit einer „unverhältnismäßigen Belastung“ verbunden wäre, worunter auch die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit fällt. Weil zu diesen Bestimmungen die Judikatur weitestgehend fehlt, kann sich die Sorge von Ärzten, verklagt zu werden, in Grenzen halten. Die Aufforderung, sich mit barrierefreier Kommunikation zu beschäftigen, wird von einer Beraterin wie Brigitta Hochfilzer daher auch nicht primär juristisch, sondern ethisch und im Sinne eines Wettbewerbsvorteils begründet.

Die UN-Konvention „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ hat das österreichische Parlament 2008 ratifiziert. Die Konvention hat damit Gesetzesrang, die Inhalte sind aber faktisch nicht einklagbar und haben eher deklamatorischen Charakter. Ein Beispiel aus dem Artikel 2 und der Forderung nach einem „universellen Design“: „... ein Design von Produkten, Umfeldern, Programmen und Dienstleistungen

Regeln für leichte Sprache

nach Seminarunterlagen von Hochfilzer

- ▶ einfache, kurze Sätze
- ▶ einfache, leicht verständliche Wörter
- ▶ Reduktion der Information auf das Wesentliche
- ▶ strukturierte Reihenfolge
- ▶ Beachtung der Zielgruppe, an die sich ein Text richtet
- ▶ Schriftgröße (für A1) mindestens 12 Punkt, besser größer
- ▶ bei den Schriftarten Verzicht auf: Serifen, Zierschriften, kursiv, Blockschrift
- ▶ Zeilenabstand mindestens 1,2 Punkt
- ▶ Textausrichtung nur von links nach rechts
- ▶ keine Texte in Bilder einbauen
- ▶ im Textaufbau nur ein Gedanke pro Satz
- ▶ Absatzlänge maximal sechs bis acht Zeilen
- ▶ schwierige Worte gleich erklären
- ▶ Fremdwörter ersetzen oder erklären (ausgenommen allgemein bekannte Fremdwörter)
- ▶ keine Abkürzungen (ausgenommen allgemein bekannte Abkürzungen)

in der Weise, dass sie von allen Menschen möglichst weitgehend ohne eine Anpassung oder ein spezielles Design genutzt werden können. ‚Universelles Design‘ schließt Hilfsmittel für bestimmte Gruppen von Menschen mit Behinderungen, soweit sie benötigt werden, nicht aus.“

Keine Minderheit

Tatsächlich bilden Menschen mit einer Behinderung oder Beeinträchtigung keineswegs eine verschwindende Minderheit in der Gesellschaft. Rund 2,2 Mio. Menschen in Österreich können nicht sinnerfassend lesen und bewegen sich in ihrer Lese- und Schreibkompetenz unter dem Pflichtschulniveau. Hochfilzer nennt darüber hinaus zirka 1,4 Mio. mit nicht-deutscher Muttersprache, etwa 1,5 Mio. mit Erkrankungen des Alters, 85.000 Menschen mit Lernschwierigkeiten, 320.000 Sehbehinderte und Blinde, 200.000 Hörbehinderte und Gehörlose, eine ungewisse Zahl mit temporären Einschränkungen, psychischen und/oder chronischen Erkrankungen. In den Ordinationen sind Menschen mit beeinträchtigten Kommunikationsfähigkeiten weit überproportional vertreten.

Barrierefrei? Barrierearm!

Am Beispiel der „leichten Sprache“ wird die Komplexität des Themas deutlich. Das in Graz ansässige Unternehmen „Capito“ (www.capito.eu) hat dazu Standards entwickelt, die inzwischen im gesamten deutschen Sprachraum zur Anwendung kommen. Diese Standards unterscheiden zwischen den Stufen A1, A2 und B1 (s. „Standards für leichte Sprache“). Alleine diese Kategorien machen deutlich, dass es eine absolute Barrierefreiheit nicht geben kann. Brigitta Hochfilzer empfiehlt daher einen „vertretbaren Mittelweg“. Es sei nicht sinnvoll jeden Text in alle Kategorien zu übersetzen. „Das Ziel muss eine Erleichterung der Lesbarkeit für möglichst viele Menschen sein, aber man kann es nicht allen recht machen.“ (s. „Regeln für leichte Sprache“).

Ein unverkrampfter Zugang, der sich zum Ziel setzt, möglichst barrierearm mit seinen Patienten zu kommunizieren, sollte auch helfen, Ärzten die Last eines zusätzlichen bürokratischen Regelwerks von den Schultern zu nehmen. Barrierearm mit seinen Patienten zu kommunizieren soll vielmehr die Ergebnisse ärztlicher Arbeit erleichtern und verbessern. Dazu können auch z.B. tastbare Informationen für Sehbehinderte (Bodenleitsysteme, Brailleschrift) oder Hörbehinderte (Höranlagen, Infoscreens mit Vorlesefunktion)

Vor 40 Jahren mussten Behindertenorganisationen einen langen Atem aufbringen, um Gehsteigabschrägungen zur Erleichterung der Mobilität von Rollstuhlfahrern durchzusetzen. Heute sind sie selbstverständlich und nützen (fast) allen Bevölkerungsgruppen (Rollator, Kinderwagen, Rollkoffer etc.). Die flächendeckende Durchsetzung barrierearmer Kommunikation geht hoffentlich schneller.

Die Gesetzestexte

Die UN-Behindertenrechtskonvention und das BGStG sind abrufbar unter: www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20006062
www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004228