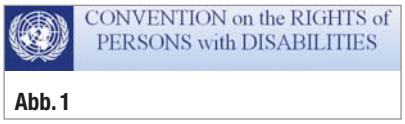
Barrierenbewältigung

Menschen mit Behinderung in der Praxis

Der aktuelle Behindertenbericht der Bundesregierung heißt nun „Teilhabebericht über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen“.[1] Daran wird deutlich, dass sich die Sichtweise auf Menschen mit Behinderung verändert. Behinderung wird nicht nur als das Ergebnis eines persönlichen Defizits angesehen, sondern Menschen mit Behinderung werden auch durch Barrieren am selbstbestimmten Leben und an der gesellschaftlichen Teilhabe behindert.

Dr. med. dent. Guido Elsäßer/Kernen-Stetten

Diese veränderte Sichtweise fußt auf den Definitionen der UN-Behindertenrechtskonvention, die 2009 von Deutschland ratifiziert wurde.[2] Diese nimmt engen Bezug zur ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) der UN.[3] Die ICF beschreibt keine Diagnosen, wie die ICD (International Classification of Diseases), sondern den funktionalen Gesundheitszustand der Behinderung, die soziale Beeinträchtigung und die relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen. Der Artikel 25 der Behindertenrechtskonvention fordert „eine Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard wie für andere Menschen“ und „Gesundheitsleistungen, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden“ (Abb. 1). Diese Forderungen fanden Eingang in die deutsche Sozialgesetzgebung (SGB V § 2a) „Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.“ Mit der Einführung der neuen Besuchsgebühren in den



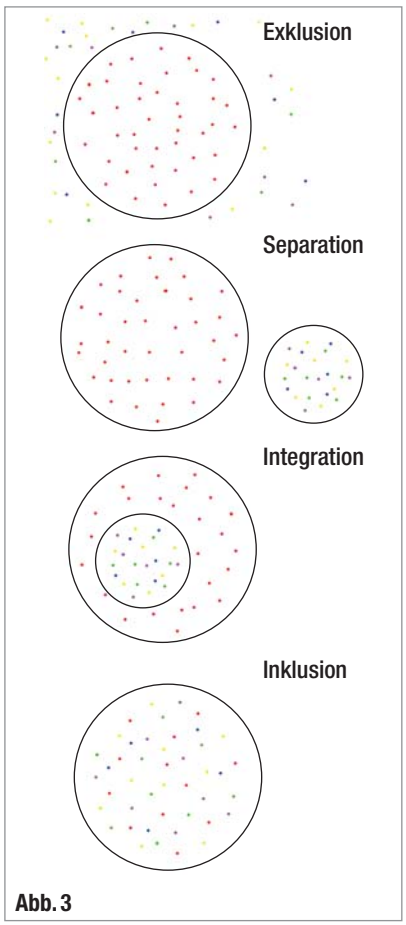
▲ **Abb. 1:** Der Behindertenrechtskonvention von 2006 sind 128 Staaten beigetreten.

▲ **Abb. 2:** Der Altersdurchschnitt von Menschen, die Eingliederungshilfe erhalten, liegt bei ca. 32 Jahren.

BEMA wird die Gruppe der Patienten mit Behinderung definiert als Versicherte, die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten.[4] Zwar sind alte, pflegebedürftige Menschen auch behindert, allerdings sind nicht alle Menschen mit Behinderung bzw. Beeinträchtigungen pflegebedürftig. Das durchschnittliche Lebensalter von Menschen, die Eingliederungshilfe erhalten, ist 32 Jahre.[5] Dies macht deutlich, wie wichtig präventive Konzepte in der Behindertenzahnheilkunde sind, da auch Menschen mit Behinderung heutzutage eine gute Lebenserwartung haben (Abb. 2).[6]

Vielfältige Wohnformen

Im Rahmen der Umsetzung der Behindertenrechtskonvention verändert sich u.a. auch die Wohnsituation von Menschen mit Behinderung grundlegend. Es entstehen immer mehr kleine Wohneinheiten, während große Behindertenwohneinrichtungen verkleinert werden. Menschen mit Beeinträchtigungen sollen heimatnah untergebracht werden und Teil des gesellschaftlichen Lebens vor Ort sein. Wann immer möglich, soll ambulant betreutes Wohnen stationärer Unterbringung



▲ Abb. 3: Verschiedene Konzepte des Zusammenlebens. (Quelle: Wikipedia Commons: Datei: Stufen schulischer Integration.svg)

vorgezogen werden. Diese neuen Wohnformen wirken sich auch auf die Sicherstellung der zahnärztlichen Betreuung aus. Menschen, die ambulant betreut oder in kleinen dezentralen Wohneinrichtungen leben, suchen natürlich die Zahnarztpraxis in ihrer nächsten Umgebung auf und erwarten dort eine adäquate Behandlung. Menschen mit Behinderung haben selbstverständlich auch ein Recht auf freie (Zahn-)Arztwahl.

Barrieren der zahnärztlichen Betreuung von Menschen mit Behinderung

Wie reagiert nun eine Praxis auf Anfragen von Menschen mit Beeinträchtigungen? Besteht ein Konzept für die zahnärztliche Betreuung? Sind Zahnärzte und Praxisteam vorbereitet? Eine Umfrage der Universität Heidelberg gemeinsam mit der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg ergab, dass viele Zahnärztinnen und Zahnärzte die Behindertenbehandlung als belastend empfinden.[7]

Diese Belastungen können verringert werden, wenn Barrieren erkannt werden und ein praxisinternes Konzept für diese Patientengruppe erarbeitet wird.

Die Forderungen der Behindertenrechtskonvention nach Barrierefreiheit beziehen sich hier nicht nur auf bauliche Barrieren. Laut ICF sind Barrieren alle Faktoren der physischen und sozialen Umwelt, die der unbeeinträchtigten Teilhabe (= Einbeziehung in gesellschaftliche Prozesse) von Menschen mit Behinderungen im Wege stehen.

In Bezug auf die zahnärztliche Betreuung stehen – neben den baulichen Barrieren – die Barrieren „Haltung/Einstellung", „Wissen/Kompetenz" und „Strukturelle Barrieren" im Vordergrund.

Haltung/Einstellung

Welche grundsätzliche Einstellung und welche Haltung haben wir persönlich zu Menschen mit Beeinträchtigungen? Sind wir noch verhaftet in den Haltungen:

„Behinderte sollten in speziellen Einrichtungen untergebracht sein, wo sich Fachleute um sie kümmern und sie in einer in sich geschlossenen, heilen Welt gut versorgt werden" (Separation) oder „Menschen mit Behinderung sollen auch an unserem gesellschaftlichen Leben teilnehmen dürfen" (Integration) oder sind wir schon einen Schritt weiter im Sinne der oben beschriebenen Behindertenrechtskonvention:

„Menschen mit Beeinträchtigungen haben die gleichen Rechte, auf gesellschaftliche Prozesse Einfluss zu nehmen und sind Teil unserer Gesellschaft (Inklusion; Abb. 3)."

Von der persönlichen Einstellung und Haltung Menschen mit Beeinträchtigungen gegenüber leitet sich unsere Arzt-Patient-Beziehung ab.

Wie verstehen wir diese insbesondere Menschen mit Behinderung gegenüber? Treten wir paternalistisch geprägt auf („Ich weiß, was für dich gut ist.")? Reduzieren wir die Patienten auf deren körperlichen Befund und missachten ihre Autonomie nur wegen ihrer Behinderung? Oder gehen wir schon partnerschaftlich mit unseren Patienten mit Beeinträchtigung auf Augenhöhe um und zeigen Empathie und positive Wertschätzung? Duzen wir erwachsene Patienten mit Beeinträchtigung, insbesondere Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen wie selbstverständlich oder verwenden wir die wertschätzende Form der „Sie"-Anrede? Sprechen wir unsere Patienten mit Behinderung direkt an oder kommunizieren wir nur mit den Begleitpersonen? Reden wir mit ihnen oder nur über sie? Wie gehen unsere Mitarbeiter/-innen mit der Patientengruppe um? Welche Wertschätzung bringen sie gegenüber den Patienten mit Beeinträchtigungen auf? Haben wir in einer Teambesprechung schon einmal über dieses Thema gesprochen (Abb. 4)?

▲ Abb. 4: Umgang auf Augenhöhe.

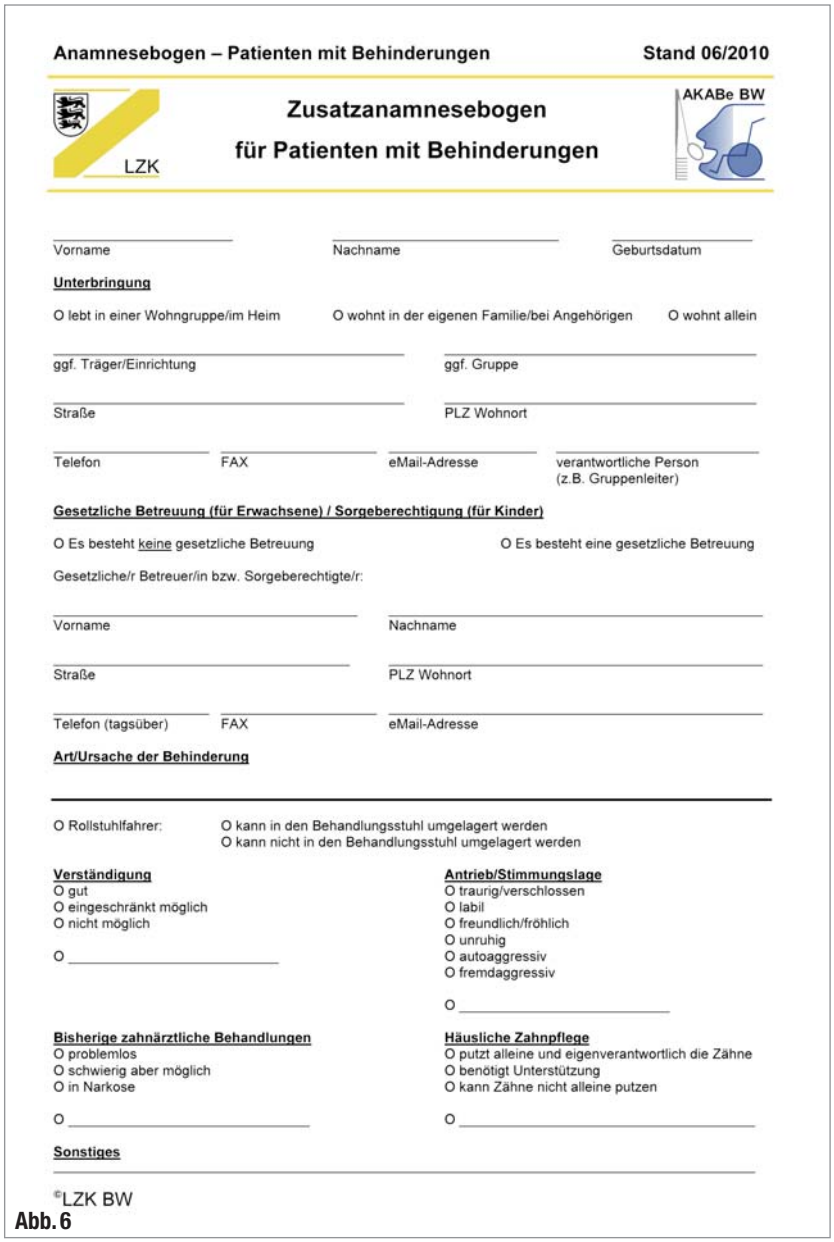
▲ **Abb. 5:** Einweisung eines angehenden Heilerziehungspflegers in die häusliche Zahnpflege eines mehrfachbehinderten Mannes durch eine Dentalhygienikerin.

Wissen/Kompetenz

In der Behindertenzahnheilkunde sind unspezifische und spezifische Aspekte zu berücksichtigen. Menschen mit Beeinträchtigungen haben die gleichen zahnmedizinischen Probleme wie andere Menschen auch. Sie gehören zwar einer Kariesrisikogruppe an und haben häufiger parodontale Probleme, doch unterscheiden sich die Erkrankungen nicht.[8,9] Die Erkrankungen sind behindertenunspezifisch. Es sind die Kontextfaktoren, die die Behandlung erschweren.[10] Beispiele sind: Wie kann der körperbehinderte Patient im Behandlungsstuhl gelagert werden? Muss im Rollstuhl bzw. Pflegestuhl behandelt werden? Ist eine ausreichende Kommunikation möglich? Sollte z.B. für gehörlose Patienten ein Dolmetscher hinzugezogen werden? Lässt die Motorik (z.B. Spastik) oder das Verhalten (z.B. Angst, Abwehr) eine Behandlung im Wachzustand zu? Sind die rechtlichen Voraussetzungen abgeklärt? Wurde evtl. eine gesetzliche Betreuung für die medizinische Sorge eingesetzt und wurde die Betreuerin/der Betreuer informiert?

Als ein wichtiges Beispiel für ein behindertenspezifisches Problem sei die zahnmedizinische Prophylaxe genannt. Viele Menschen mit Beeinträchtigungen können keine eigenverantwortliche zahnmedizinische Vorsorge betreiben. Häufig sind es motorische und/oder kognitive Einschränkungen, die die häusliche Zahnpflege erschweren. Selbstdiagnose, Selbstvorsorge und Selbstkontrolle sind nur unzureichend möglich. In vielen Fällen können Schmerzen einfach nicht mitgeteilt werden, sodass Behandlungsbedarf erst spät erkannt wird und notwendige Behandlungen sich verzögern. Diese sind dann oft auch mühsam und mit hohem Aufwand verbunden. Daher müssen alle Möglichkeiten der häuslichen und professionellen Karies- und Parodontitisprävention sowie Früherkennung genutzt werden. Die Einbindung von betreuendem Personal und Angehörigen ist zwingend notwendig.

Von der ersten telefonischen Anfrage bis zur Vereinbarung eines Nachsorgetermins sollte ein Pfad eingerichtet sein, den jeder im Praxisteam kennt. Dies beginnt damit, dass geklärt sein muss, ob für Menschen mit Beeinträchtigung spezielle Behandlungszeiten vorgesehen sind, ob nur bestimmte Behandlungszimmer infrage kommen, da ggf. genügend Raum für einen Rollstuhl vorhanden sein muss, ob eine bestimmte Mitarbeiterin assistieren soll, die sich in besonderem Maße mit Menschen mit Beeinträchtigungen auskennt (Abb. 5). Wird ein spezieller Anamnesebogen benötigt, in dem noch z.B. Angaben zur gesetzlichen Betreuung oder zu besonderen Lebenslagen abgefragt werden? Besteht ein Netzwerk, um fachübergreifende Fragestellungen zu lösen (z.B. zu



Anamnesebogen – Patienten mit Behinderungen **Stand 06/2010**

LZK

Zusatzanamnesebogen
für Patienten mit Behinderungen

AKABe BW

Vorname | Nachname | Geburtsdatum

Unterbringung

O lebt in einer Wohngruppe/im Heim | O wohnt in der eigenen Familie/bei Angehörigen | O wohnt allein

ggf. Träger/Einrichtung | ggf. Gruppe

Straße | PLZ Wohnort

Telefon | FAX | eMail-Adresse | verantwortliche Person (z.B. Gruppenleiter)

Gesetzliche Betreuung (für Erwachsene) / Sorgeberechtigung (für Kinder)

O Es besteht keine gesetzliche Betreuung | O Es besteht eine gesetzliche Betreuung

Gesetzliche/r Betreuer/in bzw. Sorgeberechtigte/r:

Vorname | Nachname

Straße | PLZ Wohnort

Telefon (tagsüber) | FAX | eMail-Adresse

Art/Ursache der Behinderung

O Rollstuhlfahrer: O kann in den Behandlungsstuhl umgelagert werden
O kann nicht in den Behandlungsstuhl umgelagert werden

Verständigung
O gut
O eingeschränkt möglich
O nicht möglich
O _____

Antrieb/Stimmungslage
O traurig/verschlossen
O labil
O freundlich/fröhlich
O unruhig
O autoaggressiv
O fremdaggressiv
O _____

Bisherige zahnärztliche Behandlungen
O problemlos
O schwierig aber möglich
O in Narkose
O _____

Häusliche Zahnpflege
O putzt alleine und eigenverantwortlich die Zähne
O benötigt Unterstützung
O kann Zähne nicht alleine putzen
O _____

Sonstiges

©LZK BW

Abb. 6

▲ **Abb. 6:** Zusatzanamnesebogen für Patienten mit Behinderungen: http://www.lzkbw.de/Zahnaerzte/Alterszahnheilkunde/Downloads/Flyer-Formulare/Zusatzanamnesebogen-Behinderte.pdf.

Abb. 7: Professionelle Zahnreinigung mit Unterstützung einer Vertrauensperson.

einem Anästhesisten, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Physiotherapeuten etc.)?

Strukturelle Barrieren

Eine weitere Barriere für eine adäquate Behandlung von Menschen mit Beeinträchtigungen ist der BEMA. Dieser geht von einem mobilen, kooperativen und eigenverantwortlichen Patienten aus. Dementsprechend sind auch die Richtlinien der Krankenkassen formuliert und grenzen z.B. in der Prophylaxe erwachsene Menschen mit Beeinträchtigungen, die keine eigenverantwortliche Zahnpflege betreiben können, aus. Auch die PAR-Richtlinien und einige ZE-Richtlinien behindern in vielen Fällen eine adäquate Versorgung. BZÄK und KZBV haben mit ihrem Alters- und Behindertenkonzept (AuB-Konzept) Vorschläge zur Verbesserung der zahnmedizinischen Betreuung dieser Patientengruppen vorgelegt.[11]

Umgang mit Barrieren in der zahnärztlichen Betreuung – Fallbeispiel

Spezielle Anamnese

Frau M. ist 39 Jahre alt. Sie hat das Downsyndrom und bewohnt ein eigenes Zimmer in einer Behindertenwohneinrichtung, ist kooperativ und kann gut kommunizieren. Es ist eine gesetzliche Betreuung eingesetzt, die u.a. die Gesundheits- und Vermögenssorge umfasst (Abb. 6).[12]

Wissen/Kompetenz

Da wegen des Downsyndroms ein erhöhtes Parodontitisrisiko besteht und Frau M. nur unzureichend ihre Zähne putzen kann, sollte alle drei Monate eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt werden.[13] Patienten mit Downsyndrom haben häufig einen Herzfehler. Im Vorfeld wird mit dem Hausarzt abgeklärt, ob eine Endokarditisprophylaxe notwendig ist.

Haltung/Einstellung

Die Patientin wird in einfacher Sprache aufgeklärt, was eine PZR ist, warum wir diese empfehlen und wie diese abläuft. Außerdem wird die Zahnpflege gemeinsam mit der Begleitperson geübt.

Strukturelle Barrieren

Eine Einverständniserklärung für die Zahnreinigung und über das privat zu zahlende Honorar wird vom gesetzlichen Betreuer nach einem persönlichen Gespräch vorab unterschrieben.

Fazit

Durch Einbeziehung wichtiger Kontextfaktoren und klar definierten organisatorischen Strukturen können Barrieren niedrig gehalten werden. Die Behandlung von Menschen mit Beeinträchtigungen kann in jedes Praxiskonzept integriert werden und sollte auch aus ethischer Sicht eine Selbstverständlichkeit sein. Die mögliche Befürchtung, Patienten mit Beeinträchtigungen würden andere Patienten abhalten, die Praxis aufzusuchen, ist bei guter Organisation unbegründet. In der heutigen Zeit ist soziales Engagement in den allermeisten Gesellschaftskreisen positiv belegt und damit auch imagefördernd für die Praxis (Abb.7).

Für Interessierte, die sich eingehender mit der Behindertenzahnheilkunde beschäftigen möchten, bietet z.B. das Zahnmedizinische Fortbildungszentrum Stuttgart und die Konrad-Morgenroth-Förderergesellschaft in Münster Intensivkurse bzw. Workshops an.[15, 16] 2014 findet der Weltkongress der IADH (International Association for Disability and Oral Health) mit einem vielfältigen Programm für Zahnärzte, zahnmedizinisches Assistenzpersonal und andere in der Behindertenhilfe Tätige vom 2.–4. Oktober in Berlin statt.[17]

Die Literaturliste finden Sie unter www.dentalzeitung.info

>> AUTOR

Dr. med. dent. Guido Elsäßer

1987–1992 Studium der Zahnheilkunde, Universität Ulm
1992 Approbation und Promotion
1995 Praxisgründung und Niederlassung in Kernen-Stetten
Betreuungszahnarzt einer großen Behindertenwohneinrichtung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung, Referent für Behindertenzahnheilkunde der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg
Tätigkeitsschwerpunkte: Prophylaxe, Parodontologie, Implantologie, Behindertenzahnheilkunde

Kontakt
Dr. med. dent. Guido Elsäßer
Schloßberg 35
71394 Kernen-Stetten
Tel.: 07151 41111
E-Mail: info@dr-guido-elsaesser.de
www.dr-guido-elsaesser.de