



Barriere im Kopf?

Barrierefreie Praxis. Studien zeigen, dass die Zähne von Menschen mit Behinderung im Vergleich zur Gesamtbevölkerung oft schlechter versorgt sind. Wie lässt sich das ändern? Was sind die Forderungen an die Politik? Was können die Zahnarztpraxen tun?

AUTORIN: JUDITH JENNER

WENN MAREIKE MÜLLER (Name geändert) zum Zahnarzt geht, braucht sie mehr Raum als andere Patienten. Mit ihrem Rollstuhl sind mindestens 90 Zentimeter breite Türen die Bedingung dafür, dass sie ins Behandlungszimmer kommt. „Im Idealfall lässt sich der Behandlungsstuhl so weit herunterfahren, dass ich ohne viel Aufwand vom Rollstuhl hinübergleiten kann“, sagt sie. Den Weg zum Behandlungszimmer versperren der an multippler Sklerose (MS) leidenden Patientin aber oft Treppen und hohe Schwellen. Besonders Praxen in der Bel Étage, also im 1. Obergeschoss prachtvoller Berliner Gründerzeitaltbauten sind für sie höchstens mit Hilfe eines Krankentransports zugänglich. Einige Ärzte, die sie als Gehende betreut hatten, musste sie schweren Herzens wechseln. Ihre Zahnarztpraxis im Süden der Stadt ist baulich entsprechend ausgestattet. Ihr konnte Mareike Müller auch dann treu bleiben, als ihr das Gehen zunehmend schwerfiel. Doch das ist nicht immer so. Laut dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung, Jürgen Dusel, ist nur etwa ein Viertel der Arztpraxen in Deutschland barrierefrei ausgestattet. Er sieht darin eine massive Einschränkung der Teilhabe von Menschen mit Behinderung an den Leistungen des deutschen Gesundheitswesens (siehe Interview auf Seite 24–26).

MUNDGESUNDHEIT – FÜR ALLE?!

So stand denn auch der Tag der Zahngesundheit 2023 unter dem Motto „Gesund beginnt im Mund – für alle!“ Er nahm die „vulnerablen Gruppen“ in den Blickpunkt, also Menschen, die aufgrund einer Behinderung, psychischen Erkrankung oder hohen Alters besonders anfällig sind für Erkrankungen; auch obdachlose und von Armut oder Flucht betroffene Men-

schen gehören dazu. „Es gibt immer noch Bevölkerungsgruppen, die am Fortschritt der Zahnmedizin und an der umfassenden Präventionsarbeit zu wenig partizipieren. Das betrifft auch Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung“, stellte Prof. Dr. Christoph Benz, Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), in einem Statement zum Tag der Zahngesundheit fest. Noch viel zu häufig seien ein Pflegegrad oder ein körperliches „Handicap“ in Deutschland gleichbedeutend mit einer schlechten Mundgesundheit. Viele Untersuchungen belegten, dass der orale Gesundheitszustand bei Menschen mit Pflegebedarf im Durchschnitt deutlich schlechter als in der Allgemeinbevölkerung sei. „Daher sind gerade diese Menschen auf eine bedarfsgerechte, wohnortnahe und flächendeckende Versorgung dringend angewiesen“, unterstrich der BZÄK-Präsident.

Doch diese ist nicht überall gewährleistet, zeigt eine Studie der Stiftung Gesundheit. Herausgefunden wurde, dass die Hälfte der ambulanten Praxen in Deutschland, 48,2 Prozent, über mindestens eine Vorkehrung verfügt, die Barrieren abbaut oder vermeidet. Berlin liegt dabei auf Platz eins, gefolgt von Sachsen und Brandenburg. Allerdings sind die meisten dieser Praxen nicht vollständig barrierefrei – zumindest nicht für alle betroffenen Gruppen. Am höchsten liegt der Anteil der Praxen, die Kriterien für Menschen mit eingeschränkter Mobilität erfüllen, mit 43,9 Prozent. 20 Prozent der Arztpraxen sind auf Menschen mit Hörbehinderung eingerichtet. Menschen mit Sehbehinderung finden in 8,2 Prozent der Praxen Vorkehrungen, Menschen mit kognitiven Einschränkungen nur in 1,5 Prozent.

BEHINDERT ODER PFLEGEBEDÜRFTIG?

Dr. Guido Elsäßer ist 2. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung oder be-

sonderem medizinischen Unterstützungsbedarf (DGZMB) und stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses für Inklusive Zahnmedizin der Bundeszahnärztekammer. Er behandelt seit fast 30 Jahren Menschen mit Behinderung in seiner Praxis in Kernen bei Stuttgart (Praxisbericht siehe S. 20–22).

Um die Gruppe einzugrenzen, ist ihm die Unterscheidung zwischen Behinderung und Pflegebedürftigkeit wichtig. Laut § 22a SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) gelten Versicherte als behindert, wenn sie leistungsberechtigt für Eingliederungshilfe sind; Eingliederungshilfe ist eine Form der Sozialleistung, vergleichbar der Sozialhilfe. Pflegebedürftig sind Menschen, wenn sie einem Pflegegrad zugeordnet wurden. Das bedeutet, nicht jeder Mensch mit einer Behinderung ist auch pflegebedürftig, und umgekehrt ist nicht jeder pflegebedürftige Mensch behindert im Sinne der Sozialgesetzgebung.

„In der Zahnmedizin sind wir in der Versorgung von Menschen mit Behinderung nicht schlecht aufgestellt; die meisten Patienten finden in der Nähe ihres Wohnortes einen passenden Zahnarzt“, sagt Guido Elsässer.

Verantwortlich dafür sind die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) und Landes Zahnärztekammern; viele haben einen eigenen Referenten für Menschen mit Behinderung. Bei der Zahnarztsuche können auf den Seiten der BZÄK und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) Praxisadressen nach Kriterien wie „Barrierearmut“, „Barrierefreiheit“ oder „behindertengerechte Praxis“ gefiltert werden. Um gelistet zu werden, können Praxen ihren Eintrag in der Datenbank anpassen lassen. Unterstützung leisten auch die zahnärztlichen Patientenberatungen.



PATIENTEN-INFORMATIONEN IN LEICHTER SPRACHE

Nach einer 2016 erstellten Studie der Universität Witten/Herdecke, die die Erlebnisse geistig Behinderter bei Arztbesuchen untersucht, bemängeln mehr als 30 Prozent der Angehörigen, dass Praxen nie oder selten Informationsmaterial in Leichter Sprache auslegen. Diese vereinfachte Form der Alltagssprache wurde vor etwa 50 Jahren entwickelt von einem Betroffenenverband. Seit den 1990er-Jahren setzt sich Leichte Sprache auch in Deutschland durch. Basierend auf einer EU-Richtlinie folgt Leichte Sprache klaren Regeln: Fremdwörter werden vermieden, Sätze kurz und deutlich gehalten. Nicht nur Lernbehinderte sollen davon profitieren, auch Menschen mit geringen Deutschkenntnissen sowie an Demenz Erkrankte.

Zudem hat die BZÄK ein Piktogrammheft entwickelt. Informationen gibt es in Leichter Sprache auch bei den Special Olympics: <https://gesundheitsleicht-verstehen.de> sowie der Zahnärztekammer Baden-Württemberg: <https://leichtesprache.lzk-bw.de> – die Seite selbst ist barrierefrei, sodass sich die Schriftgröße ändern lässt und die Texte vorgelesen werden können.

UNZUREICHENDE VERGÜTUNG

Nach Elsässers Erfahrung rentiert sich die Behandlung von Menschen mit Behinderung häufig nicht, zumal es sich um eine Personengruppe handelt, die meist nicht in der Lage ist, Zusatzleistungen zu zahlen. „Auch hier kommt es natürlich sehr auf die individuellen Einschränkungen und besonderen Bedarfe des Patienten an, aber oft sind die Behandlungen gekennzeichnet durch höheren Zeitaufwand, kleinere Behandlungsintervalle und mehr Personalbedarf“, erklärt Guido Elsässer.

Das beginne mit der Aufklärung vor dem Eingriff, die bei einer kognitiven Einschränkung in Leichter Sprache (siehe obiger Kasten) erfolgen sollte. Dann nehme der Transfer vom Roll- in den Behandlungsstuhl und die richtige Lagerung Zeit in Anspruch. Bei der Behandlung muss möglicherweise eine zusätzliche Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) behilflich sein, um den Kopf zu halten. Vielleicht wird die Behandlung für einen ebenfalls zeitaufwendigen Toilettengang unterbrochen. Ist der Patient schließlich versorgt, heißt es: Warten auf den Krankentransport. Für mindestens einen im Team fällt dann häufig die Mittagspause aus.

Der Ablauf zeigt: Die aktuellen Vergütungssysteme bilden diesen Aufwand nicht ab. „Die Situation ist insofern frustrierend, als wir in Deutschland die Möglichkeiten haben, jeden Menschen adäquat zu behandeln, und sei es unter Vollnarkose in einer Universitätszahnklinik. Es scheitert aber häufig an der Wirtschaftlichkeit“, mahnt Elsässer an. „Diese ist sehr eng gedacht, denn ich kann zwar ambulant viele Krankheiten abfangen und Zahnklinken entlasten. Beide Systeme, das ambulante und das stationäre, arbeiten nicht ausreichend zusammen. Dabei könnten durch eine bessere Kooperation vielleicht sogar Kosten gespart werden.“

Seine Fachgesellschaft fordert, die Behandlung in den Praxen durch Zuschläge auf wirtschaftliche Füße zu stellen. Das Ge-



KZBV: ES MUSS DEUTLICH BESSER WERDEN

sundheitssystem würde dadurch nicht über Gebühr belastet, da die Anzahl der Betroffenen gering sei. Mit wenig Geld ließe sich viel Gutes tun.

KOOPERATIONSVERTRÄGE MIT BEHINDERTENEINRICHTUNGEN?

Die DGZMB fordert eine Versorgung von behinderten Menschen an ihren Wohn- und Arbeitsorten, also oft in Wohngruppen und Werkstätten oder dort, wo die Menschen ärztlich betreut werden, zum Beispiel in MZEBs (Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderungen). Wie diese Einsätze abgerechnet werden sollen, sei jedoch unklar.

Kooperationsverträge zwischen Vertragszahnärzten und Einrichtungen der Behindertenhilfe könnten eine Lösung sein; solche Verträge hätten sich bei Pflegeheimen bewährt. Auch das Thema Prävention könne dann gezielter angegangen werden, ohne dass ein aufwendiger Praxisbesuch geplant werden müsse, heißt es.

So sieht es auch die KZBV, die die zahnmedizinische Versorgung von pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten sowie Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz als eines der wichtigsten politischen Projekte betrachtet. Um die Zielsetzungen des Nationalen Aktionsplans der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention zu unterstützen, brauche es eines an den Bedarfen vulnerabler Gruppen ausgerichteten Leistungskatalogs. „Teile daraus haben zwar mit § 22a bereits Eingang in das SGB V gefunden, es besteht jedoch noch deutlicher Optimierungsbedarf“, heißt es bei der KZBV.

In der „Agenda Mundgesundheit 20201–2025“ geht die KZBV auf präventive Maßnahmen ein, die verfestigt und ausgebaut

werden sollten; sie legt neben Kooperationsverträgen den Fokus auf aufsuchende, mobile Versorgungsformen, zum Beispiel durch ein „Dentomobil“.

Beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) besteht keine Absicht, die Möglichkeit zum Abschluss von Verträgen nach § 119b SGB V auch auf besondere Wohnformen der Behindertenhilfe auszuweiten. Das BMG beruft sich auf die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V), die gezeigt habe, „dass die weitaus meisten Menschen mit einer Schwerbehinderung noch ein kontrollorientiertes Inanspruchnahmestandardmuster zahnärztlicher Dienstleistungen aufweisen“ – also regelmäßig zum Zahnarzt gehen würden. Zugleich unterstreicht das BMG, der Gesetzgeber habe die rechtlichen Rahmbedingungen für die zahnärztliche Behandlung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen in den vergangenen zehn Jahren erheblich weiterentwickelt. Dazu zähle der Anspruch auf individualprophylaktische Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen (§ 22a SGB V), die Einführung der aufsuchenden zahnärztlichen Versorgung (§ 87 Absatz 2i SGB V) und die Vorgabe einer zusätzlichen Vergütung für solche Leistungen, die im Rahmen von Kooperationsverträgen zwischen Zahnärzten und stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden (§ 87 Absatz 2j SGB V). Seit 2014 werde der zusätzliche Aufwand auch angemessen berücksichtigt, der den Zahnärztinnen und Zahnärzten mit Be-

EXAM VISION

NEU!
Kepler Reflekt

Ihre Vision ist
unsere Mission



Ergonomie
neu definiert!

Mehr Informationen unter:
ExamVision Deutschland
Tel. 040 2788 4155
hamburg@examvision.com
www.examvision.de



suchen im Heim entsteht. Letztlich profitieren davon selbstverständlich auch solche Menschen mit Behinderungen, die in einer Pflegeeinrichtung leben. Sollten in Behinderteneinrichtungen Hausbesuche erforderlich sein, können diese im Rahmen der aufsuchenden zahnärztlichen Versorgung nach § 87 Absatz 2i SGB V erfolgen.

HOHER INVESTITIONSBEDARF IM BESTAND

Die Bauordnungen der Länder sehen vor, dass Neubauten in den meisten Fällen ohne Barrieren zugänglich sein müssen. In der Musterbauordnung (MBO) findet sich dies für öffentliche Einrichtungen des Gesundheitswesens in § 50 Absatz 2 Nr. 3 MBO wieder. Ausnahmen von diesem Grundsatz sind nur unter engen Voraussetzungen möglich.

Wer seine Räumlichkeiten im Bestand barrierefrei umbauen möchte, erhält Informationen bei der KZBV und den KZVen. So stellt die KZBV auf ihrer Website einen virtuellen Rundgang zur Verfügung durch eine Musterpraxis, vom Eingang bis zur Behandlung – aus der Perspektive eines Patienten mit einer Mobilitäts-, Hör- und Sehbeeinträchtigung; bei jeder Barriere zeigt die Visualisierung, welche Anpassungen nötig sind, um sie zu beseitigen (<http://tinyurl.com/3cn95j4f>).

Zudem stellt die KZBV in einer Checkliste „Barrierearme Praxis“ Informationen zum Um- oder Neubau einer Praxis bereit (<http://tinyurl.com/mvypwkkd2>). Der virtuelle Rundgang und die Checkliste basieren auf dem Gutachten eines Planungs- und Sachverständigenbüros für barrierefreies Bauen.

Seitens der Krankenkassen und der Politik fordert die KZBV mehr Unterstützung. So fasste die KZBV-Vertreterversammlung im vorigen Herbst den Beschluss, die Bundesregierung aufzufordern, im Rahmen des vom BMG angekündigten „Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen“, die Zahnarztpraxen beim Abbau von Barrieren finanziell unter die Arme zu greifen, zum Beispiel durch Fördermittel der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) in Form von Zuschüssen für den Umbau bestehender Zahnarzt-



UMBAUTEN MIT AUGENMAß PLANEN

praxen. Besonders bei älteren Bestandspraxen sei der Investitionsbedarf hoch.

Carola Auksutat berät bei der Zahnärztekammer Berlin Kolleginnen und Kollegen zu Fragen rund um die bauliche Gestaltung der Praxis. Von der Trinkwasserverordnung über Hygienevorschriften bis hin zu Materialfragen reicht ihr Spektrum. Etwa 30 Begehungen betreut Auksutat pro Jahr. „Häufiger als um Neubauten handelt es sich um Praxisübernahmen und damit verbundene Umbauten“, sagt sie. „Bevor ein Mietvertrag unterschrieben wird, sollte zum Beispiel geklärt werden, ob eine gewerbliche Nutzung der Räume überhaupt zulässig ist.“ Auch Fragen der Arbeitssicherheit, Hygiene und Ergonomie fließen im Idealfall bereits in die Planung ein, sodass bei einer späteren behördlichen Überprüfung mögliche Änderungsaufgaben umgangen werden können. Ihr Tipp: „Zahnärztinnen und Zahnärzte sollten ausreichend Zeit für die Vorplanung investieren und sich von unabhängigen Institutionen frühzeitig beraten lassen.“

Carola Auksutat weist darauf hin, dass sich Barrierefreiheit nicht nur auf die Mobilität bezieht. Selbst wenn sich ein rollstuhlgerechter Umbau nicht umsetzen lässt, kann zum Beispiel Menschen mit einer Sehbehinderung durch ein gut sichtbares Wegeleitsystem und die kontrastreiche Beschilderung von Sprechzimmern geholfen werden, sich ohne fremde Hilfe in der Praxis zurechtzufinden.

JEDER ZEHNTE SCHWERBEHINDERT

Und Guido Elsässer merkt an, er habe viele Kollegen, die auch ohne Fahrstuhl Menschen im Rollstuhl behandeln, die vom Krankentransport hochgetragen würden. Bei Umbauten rät er zu Augenmaß. „Nicht die gesamte Praxis muss barrierefrei sein; ein rollstuhlgerechtes Sprechzimmer kann ausreichen.“

DER WEG ZUR BARRIEREFREIEN WEBSITE

Damit sich Menschen mit beeinträchtigtem Sehsinn vor medizinischen Eingriffen Aufklärungsdokumente von einem Screen Reader (etwa Adobe Acrobat Reader) am Bildschirm vorlesen lassen können, müssen diese Dokumente in gradlinigen Schriftarten digital vorhanden sein. Demnach sind Schrifttypen wie Arial, Calibri oder Tahoma mit einem mindestens 1,5-zeiligen Abstand zu verwenden. Zudem sollten sich die Schriftzeichen gut vom Hintergrund abheben und Abbildungen mit einem beschreibenden Text versehen sein.

Eine barrierefreie Website beinhaltet die Möglichkeiten, die Textgröße zu verstellen und per Tastatur, nicht nur über die Maus bedienbar zu sein. Initiativen wie die „Stiftung barrierefrei kommunizieren“ bieten Schnelltests für Webseiteninhaber an, mit denen sie ihren Internetauftritt überprüfen und gegebenenfalls inklusiver gestalten können.

Seiner Ansicht nach sind Barrieren nicht nur baulicher Natur, sie seien auch in den Köpfen. Das beobachte er bei jungen Zahnärzten, die sich oft nicht zutrauen „solche Menschen“ zu behandeln. Im Zahnmedizinstudium werde die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Behinderung in der Regel nicht thematisiert, und das, obwohl zehn Prozent der Deutschen einen Schwerbehindertenausweis besitzen, erzählt Guido Elsässer.

Allerdings heißt es in der im Oktober 2021 in Kraft getretenen Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen § 62 Abs. 2: „Im dritten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung sollen auch die Besonderheiten bei der Behandlung spezieller Patientengruppen geprüft werden. Zu den speziellen Patientengruppen zählen insbesondere junge Menschen, alte Menschen und versehrte Menschen, Menschen mit Behinderungen sowie Menschen mit für die zahnärztliche Behandlung relevanten seltenen Erkrankungen.“

IMPULSE AUS WITTEN/HERDECKE

Anders ist das an der Universität Witten/Herdecke. Hier gibt es seit 2001 eine zahnmedizinische Spezialambulanz und seit 2015 einen Lehrstuhl für Behindertenorientierte Zahnmedizin (BOZ). Dieser ist maßgeblich Prof. Dr. Peter Cichon zu verdanken, der 1990 in Witten/Herdecke zu unterrichten begann. Dabei gab er seine Erfahrungen weiter, die er bei der Versorgung von Menschen mit Körper- und Mehrfach-Behinderungen sowie mit psychischen Einschränkungen am Benediktushof Maria Veen gesammelt hatte. Später wurde diese Vorlesungsreihe auf Wunsch der Studierenden durch eine Sprechstunde für die Untersuchung und Behandlung für Patienten und Patientinnen mit Behinderungen erweitert. Nach seiner Habilitation wurde Cichon zum außerplanmäßigen Professor ernannt. Es folgte die Gründung des eigenständigen Fachbereichs „Special Care in Dentistry“. So gehört die „Behindertenorientierte Zahnmedizin“ vom ersten Semester bis zum Staatsexamen mit Vorlesungen, Seminaren und Pflicht-Praktika zum Studium in Witten/Herdecke dazu.

Rund 1.500 Patientinnen und Patienten werden pro Jahr in der universitären Zahnklinik behandelt. Laut Prof. Dr. Andreas Schulte, Leiter der Abteilung für Behindertenorientierte Zahnmedizin und Präsident der Deutschen Gesellschaft Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung, könne bei 90 Prozent auf eine Vollnarkose verzichtet werden. „Wir nehmen uns sehr viel Zeit, wenn die Patienten und Patientinnen zu uns kommen und bemühen uns um einen guten Vertrauensaufbau“, erklärt er. „Bei Neupatienten benötigen wir dafür manchmal mehrere Sitzungen. Wenn dies einmal gelungen ist, hat man es danach einfacher.“

Die Patienten nehmen an einem strukturierten Präventionsprogramm teil. Das heißt, sie kommen je nach Bedarf zweibis viermal pro Jahr zur Kontrolle, Zahnreinigung, Mundhygieneunterweisung und Lokalfluoridierung. Sollte dann doch einmal eine direkte Restauration wegen Karies oder Trauma oder eine Parodontitistherapie erforderlich sein, ist dies in der

Regel gut im Wachzustand möglich. „Wir achten auch sehr darauf, die aktuelle Belastbarkeit unserer Patienten und Patientinnen zu berücksichtigen“, sagt Schulte. „Dies kann bedeuten, dass pro Sitzung nur eine Restauration durchgeführt wird oder dass die Restauration nicht in einer Sitzung abgeschlossen werden kann.“

UNZUREICHENDE VOLLNARKOSE-VERSORGUNG

Die Professoren bezeichnen die zahnmedizinische Versorgung in Vollnarkose als unzureichend. „Auch, wenn es gut ausgebildeten Zahnärzten und Zahnärztinnen gelingt, den allergrößten Teil der Patienten und Patientinnen mit Behinderung im Wachzustand zu versorgen, können wir in bestimmten Situationen nicht auf die Behandlung in Vollnarkose verzichten“, sagt Chichon. Eigene Studien hätten ergeben, dass circa 40 bis 50 Prozent aller Menschen mit geistiger Beeinträchtigung mindestens einmal im Leben eine zahnmedizinische Behandlung in Vollnarkose benötigten. Indes gebe es bei Zahnkliniken und den wenigen Zahnärzten mit diesem Angebot lange Wartelisten.

Wie viele der in Witten/Herdecke ausgebildeten Studierenden weiter mit Menschen mit Behinderung arbeiten, kann Andreas Schulte nicht sagen. „Dazu haben wir bisher keine Studien durchgeführt“, räumt er ein. „Wir hören ab und zu, dass unsere ehemaligen Studierenden das bei uns Gelernte in Bezug auf Menschen mit Behinderung gern und mit Erfolg einsetzen.“

Liebold / Raff / Wissing B E M A + G O Z

DER Kommentar



Abrechnung?
Ich will's wissen!

Liebold/Raff/Wissing: DER Kommentar

Jetzt 10 Tage kostenlos testen:
www.bema-goz.de

„Es macht total Spaß, Menschen mit Behinderung zu behandeln“

Erfahrungsbericht 1 – aus der Stadt. Zahnarzt Marcus Schmidt praktiziert im Berliner Norden. Seine Praxisräume befinden sich in einem Neubau. Da konnte er über den Grundriss mitentscheiden – und schuf einen barrierefreien Zugang für alle. Er sagt: „Wenn ich rein wirtschaftlich denken würde, müsste ich schon bei einem zappeligen Kind abwinken.“ Und hofft, dass der finanzielle Anreiz erhöht wird und die Zahl der Behandler steigt.

PROTOKOLL: JUDITH JENNER



In einem Bürogebäude im Norden Berlins liegt die Praxis von Dr. Ulrike Winkelmann und Marcus Schmidt. 2003 bezogen die Zahnärzte ihre Praxisräume. „Da es sich um einen Neubau handelte, konnten wir mitentscheiden, wie der Grundriss aussehen sollte“, erinnert sich Schmidt. Für ihn und seine Kollegin stand von Anfang an fest: Die Räume sollen für alle erreichbar sein, für Eltern mit Kinderwagen ebenso wie für Rollstuhlfahrerinnen und Rollstuhlfahrer oder Menschen mit Gehhilfe oder Rollator. Die Planung übernahm ein Dental Depot, die Kosten hatten wie bei jeder Neugründung die Zahnärzte zu tragen.

Die Barrierefreiheit beginnt bereits vor der Praxistür. In der Auffahrt kann der Krankentransport halten. Eine breite Flügeltür führt in einen großzügigen Vorraum. Von dort bringen zwei geräumige Fahrstühle Besucher in den ersten Stock. Den Eingangsbereich und die Gänge ihrer Praxis ließen die Zahnärzte extra breit planen. Der Tresen der Anmeldung ist etwas abgesenkt und auch die Patiententoilette ist barrierefrei. Zwei der Sprechzimmer sind so groß, dass Patienten im Rollstuhl parallel zum Behandlungsstuhl platziert und direkt im Rollstuhl behandelt werden können. Möglich macht das eine mobile Einheit mit Bohrer und anderen technischen Geräten. Sie



Marcus Schmidt

MEHR AUSTAUSCH – MIT DEN KOLLEGEN UND DEM PFLEGE- PERSONAL

kann ebenso wie die Lampe an den Rollstuhl herangefahren werden. „Bei einigen Hightech-Elektrollstühlen lässt sich die Lehne zurückfahren, sodass ich die Patienten in einer fast liegenden Position behandeln kann“, berichtet Marcus Schmidt. „Für meine Mitarbeiterinnen ist das nicht ganz ideal, aber ich kann fast so gut behandeln wie im Behandlungsstuhl. Lediglich für größere Eingriffe ist ein Umsetzen nötig.“

„DAS LÄUFT SO BEI UNS MIT“

Ulrike Winkelmann und Marcus Schmidt bewerben die Barrierefreiheit ihrer Praxis nicht; auch gibt es keine extra Sprechstunde für Menschen mit Behinderung. „Das läuft so bei uns mit“, sagt Marcus Schmidt. Entweder kommen die Patienten eigenständig im Elektrollstuhl oder werden vom Fahrdienst gebracht.

Lediglich über die Zahnartztsuche der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Berlin ist der Tätigkeitsschwerpunkt „Behindertenbehandlungen“ von Winkelmann und Schmidt zu finden. Darüber und auch über persönliche Empfehlungen finden viele Patientinnen und Patienten den Weg in die Reinkendorfer Praxis im Ortsteil Borsigwalde, darunter etwa fünf bis zehn Prozent mit einem Handicap. Das liegt auch an einer Kooperation mit einer Berliner Einrichtung für Schlaganfallpatienten, für die die Zahnärzte Ansprechpartner bei zahnmedizinischen Problemen sind. Unter diesen sind auch viele junge Menschen, die durch ihre Erkrankung komplett aus dem Leben gerissen werden. „Da gibt es wirklich tragische Fälle, die einem wirklich nahegehen, wenn sich ein junger Mensch mit 25, 35 nicht mehr artikulieren kann, im Rollstuhl sitzt, nichts mehr machen kann“, erzählt Marcus Schmidt hörbar betroffen. Wenn dem Patienten dann noch die Lebensqua-

lität geschmälert werde, weil sich niemand um dessen Zähne kümmere und diese komplett verwarlosen, sei das besonders schrecklich.

Schmidt vermutet, das liege vor allem am Zeitmangel und Stress der Pflegenden. Immerhin: Die mit ihm zusammenarbeitende Einrichtung für Schlaganfallpatienten habe er so weit sensibilisieren können, dass deren Patienten nun regelmäßig kämen. Um die Situation grundlegend zu ändern, bräuchte es seiner Ansicht nach mehr Kollegen und Kolleginnen, die in die Heime gehen; nur noch selten würde der Service angeboten – für den teures Equipment nötig sei.

KEINE HAUSBESUCHE, KEINE VOLLNARKOSE

Darüber, dass ihn Menschen mit Behinderungen in seiner Praxis mehr Zeit kosten und damit weniger Geld bringen, macht sich Marcus Schmidt keine Gedanken. „Solche Erwägungen wären mir zuwider. Wenn ich rein wirtschaftlich denken würde, müsste ich schon bei einem zappeligen Kind abwinken und sagen: Nein, das geht nicht“, sagt er.

Eine Einschränkung gibt es allerdings: Hausbesuche macht der Zahnarzt nicht mehr. Das sei dann doch zu zeitaufwendig. Auch Behandlungen unter Vollnarkose bietet er in seiner Praxis nicht an; zu groß sei die Gefahr, dass etwas schiefgehe, auch wenn ein Anästhesist anwesend sei. In einem solchen Fall würde er an eine Klinik überweisen.

AUSTAUSCH INTENSIVIEREN

In vieler Hinsicht hat Marcus Schmidt in den vergangenen Jahren dazugelernt. Bei kurzen Behandlungen von 30 Minuten bittet er die Mitarbeiter des Krankentransports, in der Praxis zu bleiben oder einen Kaffee trinken zu gehen. Denn sonst muss der Patient – und damit auch das Praxisteam – oft stundenlang auf die Abholung warten. Bei aufwendigen Eingriffen, die mehr Zeit in Anspruch nehmen, greife schon vor dem Ende der Behandlung eine Mitarbeiterin zum Telefonhörer, um den Wagen zu bestellen. Wie schnell der dann komme, sei allerdings Glückssache.

Nicht nur die Mobilität ist ein Thema, auch die Planung von Behandlungen. „Ich kläre immer den Patienten auf, da mache ich keine Unterschiede. Wenn es einen rechtlichen Betreuer gibt – ob er nun dabei ist oder nicht, muss ich mich zusätzlich bei ihm rückversichern, vor allem bei Zuzahlungen“, erläutert der Zahnarzt. Diesen Mehraufwand möchte sich offenbar nicht jeder Kollege antun. Patientinnen und Patienten berichteten gelegentlich von unangenehmen Erfahrungen, erzählt Schmidt, sie seien unfreundlich behandelt oder gar abgelehnt worden. „Wenn man möchte, dass das Spektrum an Behandlern größer wird, müsste man den Geldaspekt wahrscheinlich stärker in den Vordergrund stellen“, erwägt er. Auch könne mehr Austausch helfen, sowohl mit Kolleginnen und Kollegen als auch mit Pflegeeinrichtungen. Zugleich spricht er sich für eine Entstigmatisierung aus. Berührungssängste müssten abgebaut werden. „Es macht total Spaß, Menschen mit Behinderung zu behandeln, und man bekommt viel zurück“, sagt Marcus Schmidt.

„Menschen mit Behinderung haben die gleichen Probleme – in extremerer Ausprägung“

Erfahrungsbericht 2 – auf dem Land. Zahnarzt Dr. Guido Elsäßer praktiziert in Kernen-Stetten bei Stuttgart. Seine Praxis befindet sich in einem Ärztehaus, das in unmittelbarer Nähe einer Diakonieveranstaltung liegt. Aus persönlichen Erfahrungen rührt sein Engagement für die Behindertenzahnmedizin. Er appelliert, Berührungspunkte abzubauen und die Prävention zu stärken. Auch wünscht er sich mehr Zeit und Anerkennung

PROTOKOLL: JUDITH JENNER



Die Zahnarzt-Praxis von Dr. Guido Elsäßer liegt im beschaulichen Kernen-Stetten im Remstal. Die wohlhabende Gemeinde gehört zum Stuttgarter Speckgürtel. Teil des Ortes ist seit mehr als 175 Jahren die Diakonieveranstaltung Stetten, in der Menschen mit geistiger oder Mehrfachbehinderung leben und arbeiten. Einige von ihnen sind bei Elsäßer in Behandlung, denn seine Praxis befindet sich in einem Ärztehaus, das nur 120 Meter von der Einrichtung entfernt liegt. Anderthalb bis zwei Sprechstage pro Woche sind Menschen mit Behinderung vorbehalten, vorwiegend mit kognitiven oder komplexen Ein-

schränkungen. Insgesamt sind bei dem Zahnarzt und seinen vier Kolleginnen 1.500 bis 1.600 Menschen mit Behinderung in Behandlung.

ENGAGIERT IN DER DGZMB

Guido Elsäßer musste nicht lange überlegen, als ihm während seiner Assistenzzeit vor fast 30 Jahren die Praxis vom Chefarzt der Behinderteneinrichtung angeboten wurde. „Meine Eltern waren Sonderschullehrer, mein Vater Schulleiter. Ich bin mit gehörlosen Menschen groß geworden, einige hatten auch



© privat

Dr. Guido Elsäßer

„WAS MAN HEUTE ALS INKLUSION BEZEICHNET, HABEN WIR DAMALS GELEBT“

leichte kognitive Einschränkungen“, sagt er. „Was man heute als Inklusion bezeichnet, haben wir damals gelebt. Da gab es keine Berührungspunkte.“

Aus diesen persönlichen Erfahrungen rührt sein Engagement für die Behindertenzahnmedizin, wobei Elsäßer den Begriff der inklusiven Zahnmedizin treffender fände. Darüber hinaus engagiert sich der Zahnarzt in der Zahnärztekammer Baden-Württemberg und in der Deutschen Gesellschaft Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung oder besonderem medizinischen Unterstützungsbedarf (DGZMB).

Den Praxisalltag hat er auf seine gemischte Klientel eingestellt. Es gibt Aufklärungsmaterial in einfacher Sprache. Bei komplexen Beratungen gehörloser Patienten sorgt ein Gebärdendolmetscher für eine rechtsverbindliche Übersetzung. „Es geht alles, aber es braucht Zeit.“

HOHER, UNBEZAHLTER AUFWAND

Besonders hoch sei der Aufwand für Menschen mit geistiger Behinderung. Diese werden meist von einem pädagogischen Betreuer, oft einem Heilerziehungspfleger, in die Praxis begleitet, der aber keine rechtlichen Entscheidungen für seinen Klienten treffen darf, anders als die Eltern oder (ehrenamtliche) Betreuer wie Sozialarbeiter, Rechtsanwälte, Sozialämter oder Betreuungsvereine. Diese rechtlichen Betreuer unterliegen in der Regel einer strengen Dokumentationspflicht und benötigen detaillierte Informationen zum Kosten- und Behandlungsplan. „Pro Patient sind also oft drei Player einzubeziehen oder im Nachgang anzurufen. Dieser Aufwand ist für Außenstehende kaum vorstellbar und wird nicht bezahlt. Das sprengt oft den Rahmen“, beklagt Guido Elsäßer.

1000 Farben Weiß

... alle in 1 Spritze!



Tokuyama Dental

OmniChroma

3 Viskositäten - unendliche Möglichkeiten

Die patentierte Smart Chromatic Technology in OMNICHROMA sorgt für stufenlose Farbanpassung von A1 bis D4 dank struktureller Farbe. Hinzu kommen 3 verschiedene Viskositäten für alle Vorlieben und Anwendungsbereiche. So bietet die OmniChroma-Familie dem Anwender alle erdenklichen Optionen mit einem Minimum an Materialien.

OMNICHROMA - mehr braucht es nicht
für moderne Füllungstherapie.



ohne künstliche Farbpigmente
passt sich „automatisch“ der Zahnfarbe an



Bis-GMA-freie Formulierung
für eine bessere Biokompatibilität



nachhaltige Bevorratung
nur 1 Farbe bestellen &
keine abgelaufenen
Sonderfarben

Mehr unter:



Er sieht eher ein Problem in einem Mangel an Zeit und Wertschätzung als in einer baulichen Barrierefreiheit, die in seinem Arzthaus kein Thema ist, wo alle Praxen über Fahrstühle erreichbar sind, Gänge, Toiletten und Behandlungszimmer behindertengerecht sind. Doch er kennt auch Kollegen mit Praxen ohne Fahrstuhl, wo der Rollstuhlnutzer vom Fahrdienst hochgetragen wird. Und wieder: „Es ginge mehr, wenn genügend Zeit zur Verfügung stünde.“

SEPARATE SPRECHZEITEN

In Elsäfers Fortbildungen zu inklusiver Zahnmedizin für die Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg (<http://tinyurl.com/4mmhz3j2>) hört er von vielen jungen Kolleginnen und Kollegen: Das mag sinnstiftend sein, aber es rechnet sich nicht. Das komme aber auf die Dimension an, meint Elsäfer. In seiner Praxis seien die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf die besondere Klientel geschult. „Alle Behandelnden fahren das gleiche Konzept, darüber müssen wir nicht viel reden“, sagt er. „Unsere Aufklärungen laufen standardisiert ab. Immer wieder haben wir mit den gleichen Betreuern zu tun, die bereits Bescheid wissen. Dann hält sich der Aufwand in Grenzen.“ Auch in sozialrechtlichen Fragen kenne man sich inzwischen gut aus.

Obwohl separate Sprechzeiten strenggenommen dem Inklusionsgedanken widersprechen, haben sie sich für Elsäfer bewährt. Zum einen ließen sich Menschen mit geistiger Behinderung nicht in ein starres Terminsystem pressen. Zum anderen fühlten sich Betreuungspersonen oft wohler, wenn sie ihre Klienten nicht maßregeln müssten, weil sie umherlaufen oder laut sind. Diese entspannte Atmosphäre wirke sich positiv auf die Behandlung aus. Gelegentlich bestellt der Zahnarzt ganze Wohngruppen zur Untersuchung ein, zur Entlastung des Betreuungsteams.

KÜSSCHEN AUF DIE WANGE

Trotz der langjährigen Erfahrung gibt es auch für Guido Elsäfer immer wieder Überraschungen. Während der eine Patient mit Down-Syndrom nur schwer den Mund aufmacht, nimmt ein anderer mit gleicher Diagnose eine mehrstündige Behandlung klaglos hin – und drückt dem Behandler am Ende noch ein Küsschen auf die Wange.

„Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderung haben die gleichen zahnmedizinischen Probleme wie nichtbehinderte Patienten, aber häufig in viel extremerer Ausprägung“, sagt er. Umso mehr gelte es, Betreuungspersonen für das wichtige Thema der Prävention zu sensibilisieren. Und viele junge Zahnärztinnen und Zahnärzte hätten Berührungängste, da sie im Alltag keinen Kontakt zu Personen mit Behinderung hätten, vor allem seit dem Wegfall des Zivildienstes. So höre er von Vorbereitungsassistenten oft: „Ich weiß nicht, ob ich das kann mit ‚diesen Menschen‘.“ Doch diese Ängste würden rasch verfliegen. Nach wenigen Wochen berichteten die jungen Kollegen ihrem Chef, dass die Sprechzeiten für Menschen mit Behinderung zu ihren liebsten Arbeitstagen gehörten. Da gehe es so locker und ungezwungen zu.



10 TIPPS FÜR DIE ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG

1. Der Zahnarztbesuch sollte eine Selbstverständlichkeit sein. Eine gute Vorbereitung ist wichtig. Im Idealfall lernen die Patienten ihren Zahnarzt oder ihre Zahnärztin im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung kennen.
2. Menschen mit kognitiven Einschränkungen nehmen emotionale Schwingungen sensibler wahr. Praxismitarbeiter sollten ihnen offen und freundlich begegnen.
3. Damit der Patient einschätzen kann, was der Zahnarzt von ihm will und warum es jetzt unangenehm werden könnte, ist eine Aufklärung notwendig. Broschüren in Leichter Sprache (siehe Kasten S. 14) können helfen.
4. Wartezeiten werden von den Patienten und ihren Begleitpersonen als anstrengend empfunden; eine gute Praxisorganisation kann die Zeiten verkürzen.
5. Ist eine Lokalanästhesie geplant, sollte der Patient vorher gegessen haben. Nicht wie gewohnt essen zu dürfen, ist für viele Betroffenen schlimmer als die Behandlung selbst.
6. Die Begleitung durch eine vertraute Person kann Nähe schaffen und den Patienten in der ungewohnten Umgebung beruhigen. Auch ein Kuscheltier oder ein anderer persönlicher Gegenstand kann helfen.
7. Idealerweise sollte vor dem Erstkontakt ein Zusatzanamnesebogen ausgefüllt und der Grad der Beeinträchtigung, die Art der Unterbringung und Ansprechpersonen angegeben werden. Einen solchen Fragebogen stellt die Zahnärztekammer Baden-Württemberg beispielhaft auf ihrer Website zum Download bereit.
8. Die nonverbale Kommunikation sollte im Vordergrund stehen. Ein freundliches Gesicht kann mehr bewirken als lange Monologe.
9. Patienten sollten gesiezt werden, direkt und keineswegs in Kindersprache angesprochen werden. Kurze Sätze mit gebräuchlichen Worten erfüllen die Kriterien der Leichten Sprache (siehe S. 14).
10. In der Zahnpflege haben sich elektrische Zahnbürsten für Selbst- und Fremdputzer bewährt. Der Umgang kann in der Praxis geübt werden.

Die Zusammenstellung ist angelehnt an:
G. Elsäfer/<http://tinyurl.com/y4fnayx3>



**NEUE
FORMEL**

Aminfluorid
Zinklaktat

Schnelle antibakterielle Wirkung mit lang anhaltendem Schutz¹

**Klinisch
bestätigte**
antibakterielle
Wirksamkeit²

12x stärkere
Plaquereduktion²

72% bestätigen,
Zahnfleisch resistenter
gegen Zahnfleisch-
bluten³

Verbessern Sie die Zahnfleischpflege Ihrer Patient:innen mit meridol®

1 Bekämpft Plaquebakterien, „schnell“ in Labortests bestätigt, „lang anhaltend“ bei regelmäßiger Anwendung. 2 mit meridol® Zahnfleischschutz Zahnpaste, im Vergleich zu einer herkömmlichen Zahnpaste mit 1450 ppm Fluorid (NaF/NaMFP) nach 6-monatiger Anwendung des Produkts. Triratana, August 2022. 3 Home Use Test mit meridol® Zahnfleischschutz Zahnpaste, 239 Verwender:innen, Deutschland, September 2022.



Gratis Muster
für Patient:innen
bestellen

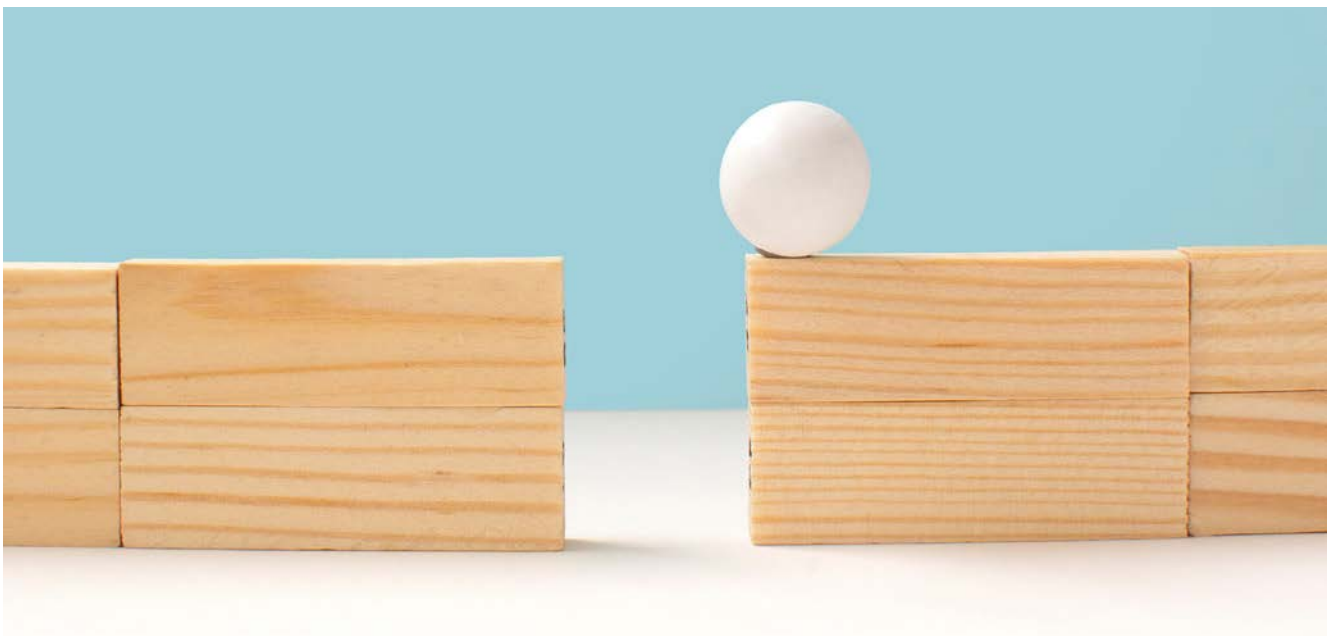
meridol®

PROFESSIONAL
— ORAL HEALTH —

„Der zusätzliche Aufwand muss honoriert werden – und das Bewusstsein geschärft“

Nachgefragt. Jürgen Dusel ist Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung. Im Interview mit dem DFZ spricht der von Geburt an stark sehbehinderte Jurist über den rechtlichen Anspruch auf Barrierefreiheit und warum Österreich ein Vorbild sein könnte.

INTERVIEW: JUDITH JENNER



Herr Dusel, Sie kritisieren, das deutsche Gesundheitswesen sei nicht inklusiv genug. Was meinen Sie damit?

Der Grundsatz ist, dass das deutsche Gesundheitssystem zugänglich sein muss für alle Nutzerinnen und Nutzer. Das gilt auch für Menschen mit Behinderungen. Sie zahlen auch in die gesetzliche Krankenversicherung ein und haben die gleichen Leistungen zu erwarten wie Menschen ohne Behinderung. Wir stellen fest, dass das deutsche Gesundheitssystem ein Qualitätsproblem hat, weil wir beispielsweise zu wenig barrierefreie Arztpraxen haben. Man muss wissen, dass die Gruppe der Menschen mit Behinderungen sehr heterogen ist.

Jeder hat da bestimmte Bilder im Kopf und verbindet damit eine bestimmte Personengruppe, Menschen im Rollstuhl oder Menschen mit Lernbeeinträchtigung.

Wir merken – und kriegen es auch immer wieder von den Vereinten Nationen attestiert –, dass unser Gesundheitssystem in Deutschland nicht inklusiv ist. Obwohl Bund und Länder die UN-Behindertenrechtskonvention ratifiziert haben, was einen tatsächlichen Rechtsanspruch auf ein Gesundheitssystem mit der gleichen Bandbreite und Qualität gewährt, müssen wir feststellen, dass dieser nicht immer gewährt werden kann.



© Behindertenbeauftragter/Thomas Rafalzyk

Jürgen Dusel

„ZWISCHEN
ANSPRUCH
UND WIRK-
LICHKEIT
KLÄFFT EINE
LÜCKE“

Was sind das für Probleme, die Ihnen gemeldet werden?

Das hängt ein bisschen davon ab, mit welcher Behinderung man unterwegs ist. Menschen mit Lernschwierigkeiten sagen: Ärztinnen und Ärzte haben viel zu wenig Zeit, um uns Dinge zu erklären. Bei einem Menschen im Rollstuhl geht es um praktischere Dinge wie den Aufzug. Es geht aber auch um Fragen wie: Wie kommt er oder sie auf den Behandlungsstuhl? Bei Menschen mit Sehbehinderung geht es um Informationen, die so aufgearbeitet sein müssen, dass sie gelesen oder wahrgenommen werden können.

Welches Feedback bekommen Sie von den Behandelnden?

Einige Ärztinnen und Ärzte sind sehr aufgeschlossen, viele aber auch sehr verunsichert. Insofern spiegeln sie ein Stück weit unsere Gesellschaft wider. Es geht bei der Barrierefreiheit nicht um einen Akt der Nächstenliebe oder Freundlichkeit. Menschen mit Behinderungen sind Bürgerinnen und Bürger unseres Landes und haben genau die gleichen Rechte wie Menschen ohne Behinderung. § 2a SGB V besagt: „Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.“ Wir stellen einfach fest, zwischen Anspruch und Wirklichkeit klafft eine Lücke. Das bedeutet aus meiner Sicht, dass der Staat sich darum kümmern muss, dass diese Rechte und Verpflichtungen nicht nur auf dem Papier stehen, sondern auch eingelöst werden. In der Praxis ist es eine Frage der Prioritäten.

Inwiefern?

Wenn wir über Hygiene oder Brandschutz reden, gibt es in der Regel kein Vertun. Das wird einfach gemacht. Wir akzeptieren aber auf der anderen Seite, dass nur ein Viertel aller

3M Science.
Applied to Life.™

Abformung nur vom

Abform-Weltmeister!

3M™ Impregum™ Polyether Abformmaterial

3M™ Imprint™ 4 VPS Abformmaterial

Jetzt
kostenlose
Testaufstellung
anfordern!



go.3M.com/testaufstellung

Arztpraxen barrierefrei ist. Das kann nicht unser Anspruch sein an ein gutes medizinisches System. Auch behinderte Menschen haben ein Recht auf freie Arztwahl. Wenn in einem Ort von sechs Zahnarztpraxen nur eine barrierefrei ist, haben sie das nicht. Das ist rechtlich nicht akzeptabel.

Wo sehen Sie politische Stellschrauben?

Das Bundesgesundheitsministerium ist gerade dabei, einen Aktionsplan zu schreiben für ein inklusives und barrierefreies Gesundheitssystem. Da wird es auch darum gehen, Aktionen und Maßnahmen aufzuschreiben für eine gleichberechtigte Teilhabe. Die Arzt- und Zahnarztpraxen sind ebenso ein Thema wie Prävention, Rehabilitation und Gesundheitserziehung. Während der Special Olympics World Games wurde unter anderem der Zahnstatus der deutschen Athletinnen und Athleten gecheckt – mit niederschmetternden Befunden. Es geht also nicht um etwas, was „nice to have“ ist, sondern darum, dass Menschen mit Behinderungen angemessen medizinisch versorgt werden.

Wie lässt sich der möglicherweise erhöhte Behandlungsaufwand kompensieren?

Darum wird es auch im Aktionsplan gehen, dass dieser zusätzliche Aufwand honoriert wird. Wir haben zurzeit Pauschalen, die bestimmte Zeithorizonte eröffnen, aber der erhöhte Aufwand muss sich natürlich in der Vergütung wiederfinden.

Einige Zahnärztinnen und Zahnärzte sehen in Kooperationsverträgen mit Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen eine Chance, die Versorgung zu verbessern. Wie stehen Sie dazu?

Für Pflegeeinrichtungen haben wir diese Möglichkeit, sie wäre tatsächlich auch für Einrichtungen der Eingliederungshilfe sinnvoll. Allerdings lebt nur ein kleiner Teil der Menschen mit Behinderungen tatsächlich in Heimen. In Deutschland sind wir mit der German Angst gesegnet, das heißt, wir gehen gerne von der allerkompliziertesten Situation aus und



BMG-AKTIONSPLAN ZUR BARRIEREFREIHEIT

Die Bundesregierung hat Ende 2022 Eckpunkte zur Barrierefreiheit beschlossen (<http://tinyurl.com/y4v735kz>), auch im Bereich Gesundheit: Es werde ein Aktionsplan erarbeitet mit Interessenvertretungen und Organisationen. Darüber sollen auch „Lösungen erarbeitet werden, um Fortschritte bei der Barrierefreiheit von Gesundheitseinrichtungen, insbesondere von Arztpraxen zu erzielen“. Ideen und Maßnahmen zum „Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen“ konnten im Herbst/Winter 2023 „Akteure in den Bereichen Diversität, Inklusion und Barrierefreiheit“ beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einreichen. Nach Auswertung dieses schriftlichen Beteiligungsverfahrens will das BMG im Frühjahr Gespräche mit Organisationen und Verbänden führen, „um in einem partizipativen Prozess realistische und umsetzbare Ziele und Maßnahmen zu identifizieren“. Der Aktionsplan soll im Sommer erarbeitet sein. Eine Positionierung des FVDZ ist in Planung. *pad*

generalisieren sie dann. Aber beginnen wir doch mal bei einem blinden Menschen. Wie kann er sich über die Leistungen informieren, die eine Zahnarztpraxis anbietet? Ist die Homepage barrierefrei? Wie klärt der Zahnarzt einen gehörlosen Menschen über die Risiken der Behandlung auf? Wie kann man sich Gebärdensprache organisieren? Bei vielen Dingen muss man einfach nur wissen, wie sie gehen. Dann sind sie gar nicht so aufwendig und zeitintensiv. Hier braucht es mehr Aufklärung und Weiterbildung.

Dabei denken Sie an die Kammern und Verbände?

Ja, natürlich. Ich bin froh, dass bei der Approbationsordnung von Ärztinnen und Ärzten diese Themen aufgenommen wurden. Wenn Sie sich die Bundesverfassungsgerichtsentscheidung zur Triage genau durchlesen, stellen Sie fest, dass die Ärztinnen und Ärzte durchaus Defizite haben in der Ausbildung, was die Situation von Menschen mit Behinderungen betrifft.

Muss Ihrer Ansicht nach jede Zahnarztpraxis in Bezug auf alle Aspekte barrierefrei sein?

Ich trete dafür ein, dass private Anbieter von Dienstleistungen zur Barrierefreiheit verpflichtet werden. Dazu gehören auch Ärztinnen und Ärzte. In Österreich gibt es diese Verpflichtung seit 2016. Es gibt sogar Schadenersatzansprüche, wenn die Praxis nicht barrierefrei ist. Das Abendland ist dort nicht untergegangen. Man muss mit vernünftigen Übergangsfristen agieren. Das muss nicht von heute auf morgen passieren, aber vielleicht, wenn eine Praxis übergeben wird. Barrierefreiheit ist letztlich ein Qualitätsmerkmal für eine Praxis. Es geht mir nicht darum, die Zahnärztinnen und Zahnärzte zu „knechten“, sondern sicherzustellen, wer für wen da ist. Es wird Dinge geben, die Geld und Zeit kosten. Für andere Dinge reicht ein geschärftes Bewusstsein. Ich sehe es als unsere Aufgabe, dieses Bewusstsein herzustellen.



Auch die
schwersten Fälle
mit Leichtigkeit
benden!



EINZIGES DUALHÄRTENDES UNIVERSALADHÄSIV IN *SINGLEDOSE*

- Grenzenlose Freiheit:
 - Alle Ätztechniken – alle Indikationen – alle Composites (ohne Aktivator)
- Absolut sichere Anwendung durch die *SingleDose*:
 - In einer Schicht aufzutragen – gesamte Verarbeitungszeit nur 35 Sekunden
 - Einfache, schnelle und hygienische Applikation
- Seit 10 Jahren millionenfach bewährt, Qualität made in Germany



Futurabond® U



Zum Wohle aller

AUTORIN: DFZ-CHEFREDAKTEURIN DR. ULRIKE STERN

Kreativität gefragt. Um eine gute zahnärztliche Versorgung von Menschen mit Behinderung sicherzustellen, bedarf es gemeinsamer Konzepte. Gefordert sind Politik und Zahnarztpraxen. Es müssen Behandlungsräume in den Pflegeheimen eingerichtet werden, die eine solide Basiszahnheilkunde ermöglichen. Zudem ist der Aufwand in den Praxen zu vergüten. Aber auch die Praxen selbst können Großes im Kleinen leisten.



Unser aktuelles Titelthema in wenigen Sätzen beschreiben zu wollen, wäre zu kurz gesprungen. Dennoch möchte ich versuchen, aus meiner Praxisperspektive als niedergelassene selbstständige Zahnärztin die Thematik zu umreißen. Zunächst einmal: Was heißt das überhaupt, barrierefrei?

Im Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen – § 4 Barrierefreiheit heißt es: „Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie

andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind. Hierbei ist die Nutzung behinderungsbedingt notwendiger Hilfsmittel zulässig.“

Oder die Definition der Aktion Mensch: „Barrierefreiheit heißt, dass Gebäude und öffentliche Plätze, Arbeitsstätten und Wohnungen, Verkehrsmittel und Gebrauchsgegenstände, Dienstleistungen und Freizeitangebote so gestaltet werden, dass sie für alle ohne fremde Hilfe zugänglich sind.“

WER BENÖTIGT WAS?

Schauen wir uns doch unsere Patientenklintel einmal an. Wer benötigt welche Barrierefreiheit? Wer kann und kommt in unsere Praxen? Wohlgemerkt: „Ohne fremde Hilfe“ geht es beim Besuch einer Zahnarztpraxis nur sehr selten mit Blick auf den für Menschen mit Behinderung nötigen Transport und die nötige Betreuung. Daneben gibt es Patienten mit Stock oder Rollator, oftmals verbunden mit einer Pflegebedürftigkeit. Auch gibt es Patienten mit nur sehr eingeschränktem Sehvermögen oder taubstumme. Um große wie kleine Barrieren abzubauen und damit für alle eine gute zahnärztliche

Versorgung gewährleisten zu können, bedarf es gemeinsamer Konzepte. Eine Differenzierung des Begriffs der Barrierefreiheit ist wichtig; Aspekte wie Transport, bauliche Gegebenheiten, Hilfsmittel in der Praxis und Praxis-kommunikation sind zu unterscheiden und helfen uns bei der realistischen Betrachtung unserer Möglichkeiten. Keine Praxis ist, schon gar nicht unter den geltenden politischen Rahmenbedingungen, in der Lage, großflächige Umbauten zu tätigen und bestehende Räumlichkeiten so anzupassen, wie wir es gerne tun würden. Zudem wird aufgrund des Fachkräftemangels die Personaldecke immer dünner, die für eine Betreuung vor und nach einer Behandlung von Patienten mit Behinderung oft erforderlich ist.

WAS SOLLTE DIE POLITIK TUN?

Meine erste Forderung geht an die Politik: Statt Krankentransporte zu finanzieren, sollten Räume in den Pflegeheimen eingerichtet werden, um eine vernünftige Basiszahnheilkunde in Behandlungsstühlen zu ermöglichen; so könnten wir unter normalen hygienischen Bedingungen arbeiten. Jeder, der so wie wir in der Betreuung unserer Pflegeheimpatienten rückenakrobatische Meisterleistungen an der Bettkante oder am Esszimmerstuhl im Krankenzimmer vollbringt, um mit einer Lupenbrille einen einigermaßen gesicherten intraoralen Einblick erhaschen zu können, weiß, wovon ich rede. Dann würden pflegebedürftige Patienten auch nicht mehr unnötig lange Wartezeiten in unseren Praxen in Kauf nehmen müssen, bis sie nach unserer Behandlung vom überlasteten Krankentransport wieder abgeholt werden. Wartezeiten von 30 Minuten bis zu einer Stunde sind keine Seltenheit mehr – wartend meist im Eingangsbereich der Praxis (gesegnet sind Praxen mit großen Fluren), da im durchschnittlich großen Wartezimmer bei normalem Praxisbetrieb in der Regel nicht genügend Platz ist. Der Besuch im Pflegeheim wird mit Aufschlägen vergütet. Aber wo bleibt der Aufschlag für den Aufwand in un-

KLEINE BARRIEREN, DIE NICHT VIEL KOSTEN, SIE ZU BEHEBEN



seren Praxen – für die Unterfütterung, die Abformung für eine Reparatur, um nur zwei der häufigsten Brot- und Butterleistungen exemplarisch zu nennen?

WAS SOLLTE DIE PRAXIS TUN?

Es gibt aber auch die kleinen Barrieren, die man in einer Praxis ohne großen finanziellen Aufwand beheben kann. Eine kleine Rampe aus Stahl, um normale Treppenstufen gängiger zu machen, kann man sich anfertigen lassen, es gibt auch Angebote zum Bestellen; vielleicht lässt sich die Investition auch mit mehreren Praxen teilen. Voraussetzung: bestimmte Tagesabschnitte oder Sprechstundenzeiten für die Versorgung von Patienten mit Behinderung zu reservieren. Und Sessel und Wartezimmerstühle sollten mit Armlehnen und kleinen Haltegriffen ausgestattet sein; Handläufe im Flur und an der Rezeption bieten zusätzliche Sicherheit und Unterstützung. Ebenfalls sollte der Außenzugang zur Praxis, wenn möglich, zumindest mit einem kleinen Handlauf oder einem kleinen Geländer ausgestattet sein.

Einen Schirmständer im Behandlungszimmer, um einen Stock sicher aufzubewahren, schont die Wände und ist auch ein Serviceangebot, das ältere Patienten oder Personen, die zeitweise auf Gehhilfen angewiesen sind, wohlwollend registrieren. Lesebrillen, (gibt es in Drogeriemärkten) in mehreren Stärken an der Rezeption zur Verfügung gestellt, lassen manche Informationsbarriere aufgrund einer vergessenen eigenen Brille gar nicht erst entstehen. Größere Schrift und einfach geschriebene, verständliche Erklärungen, vielleicht unterlegt mit kleinen aussagekräftigen Bildchen für Therapieanweisungen und Verhaltensmaßregeln, erleichtern ebenfalls den Praxisbesuch und führen gar nicht erst zu Kommunikationsbarrieren. Letztendlich versuchen wir in unseren Praxen immer allen Patienten, die sich uns anvertrauen, eine gute, zahnärztliche Versorgung zukommen zu lassen. So gut es geht, jeder im Rahmen seiner individuellen Möglichkeiten.

IGNORANZ IST TEUER

Wenn es um das Gemeinwohl geht, verweisen die politisch Verantwortlichen gerne auf den Berufstand und seine Selbstverwaltung. Allerdings ist es die Politik, die ihrer Gemeinwohlverpflichtung nicht nachkommt, wenn sie die demographische Entwicklung ignoriert: Das Wegsehen wird zum Bumerang und, wie die Erfahrung zeigt, zum Schluss teurer, als prophylaktisch sinnvolle Maßnahmen zu finanzieren und umzusetzen. Die Verantwortung für das Gesundheitswesen allein auf den Schultern der Heilberuflern abzuladen, ist verantwortungslos. Die Politik lobt bei jeder Gelegenheit die zahnärztliche Prophylaxe – schließlich haben wir mit entsprechenden Maßnahmen dafür gesorgt, dass die Mundgesundheit in Deutschland weltweit an der Spitze steht. Nicht zuletzt deshalb täte die Politik gut daran, auch bei diesem Thema auf uns zu hören – im Sinne des Gemeinwohls und damit auch der Patienten (und Krankenkassenmitglieder), die auf Barrierefreiheit angewiesen sind.