

BARRIEREN



ABBAUEN

INITIATIVEN UND MASSNAHMEN DER ÄRZTE- UND ZAHNÄRZTESCHAFT
KONFERENZDOKUMENTATION | **9. SEPTEMBER 2013** | BERLIN



KZBV



BARRIEREN



ABBAUEN

INITIATIVEN UND MASSNAHMEN DER ÄRZTE- UND ZAHNÄRZTESCHAFT
KONFERENZDOKUMENTATION | 9. SEPTEMBER 2013 | BERLIN



KZBV



VORWORT DER GASTGEBER

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf der gemeinsamen Tagung „Barrieren abbauen“ von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), Bundesärztekammer (BÄK), Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) am 9. September 2013 in Berlin haben wir uns intensiv mit der besseren medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung befasst.

Die Bundesregierung will mit ihrem „Nationalen Aktionsplan“ die Inklusion von Menschen mit Behinderungen unterstützen und hat hierfür einen Maßnahmenkatalog erarbeitet, der sich auch gezielt an Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten wendet. Mit der Tagung wollten wir unseren Beitrag dazu leisten und wir freuen uns, dass die Konferenz so großen Anklang gefunden hat. Mit der gemeinsamen Kooperationstagung der ärztlichen und zahnärztlichen Spitzenorganisationen haben wir das Ziel verfolgt, für eine barrierearme medizinische Versorgung zu sensibilisieren. Es wurden Initiativen und Maßnahmen vorgestellt und mit dem interessierten Publikum, Betroffenen und Experten diskutiert.

Uns war es besonders wichtig, alle Facetten des Themas Barrierefreiheit zu berücksichtigen und die Diskussion nicht auf bauliche Barrieren zu verengen. Natürlich sind Rampen und Fahrstühle wichtig, aber häufig lassen sich Barrieren schon mit sehr einfachen Mitteln überwinden, z. B. durch gut sichtbare Schilder oder eine deutliche Ansprache der Patienten. Durch die Tagung haben wir und die Kollegenschaft der Ärzte und Zahnärzte viel erfahren darüber, was beim Praxisumbau zu beachten ist, welche mentalen Barrieren bestehen und wie man sie umgeht und welche gesetzlichen Hürden den Zugang zur (zahn-)medizinischen Versorgung für Menschen mit Behinderung versperren.



(v.l.n.r.) Dr. Wolfgang Eßer, Dipl.-Med. Regina Feldmann, Dr. Christoph von Ascheraden, Prof. Dr. Dietmar Oesterreich

Wir danken Wolfgang Zöller für sein Grußwort und Prof. Dr. Dr. Wolfgang Huber für seinen Eingangsvortrag, der die Bandbreite der Diskussion klar gemacht hat und deutlich gemacht hat, dass es auf jeden einzelnen Menschen ankommt und dass jeder – ob behindert oder nicht – Anspruch auf eine bedarfsgerechte (zahn-)medizinische Versorgung haben muss. Aber auch allen anderen Referenten sei herzlich für Ihre Beiträge gedankt. Mit dieser Dokumentation möchten wir das Gesagte festhalten und die Möglichkeit bieten, die einzelnen Vorträge nachzulesen.

Berlin, im Dezember 2013

Dr. Wolfgang Eßer
Vorsitzender des Vorstandes
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

Prof. Dr. Dietmar Oesterreich
Vizepräsident
der Bundeszahnärztekammer

Dipl.-Med. Regina Feldmann
Vorstand
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

Dr. Christoph von Ascheraden
Vorstandsmitglied
der Bundesärztekammer

INHALTSVERZEICHNIS

1. Eingangsstements der Veranstalter	8
<ul style="list-style-type: none">• Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung• Dipl.-Med. Regina Feldmann, Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung• Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer• Dr. Christoph von Ascheraden, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer	
2. Grußwort des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten	16
Wolfgang Zöllner, MdB	
3. Was wirklich zählt – Barrierefreiheit aus ethischer Perspektive	18
Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang Huber, Vorsitzender des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland a.D.	
4. Gesundheitliche Versorgungssituation von Menschen mit Behinderung im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention aus ärztlicher Sicht	26
Prof. Dr. med. Michael Seidel, Ärztlicher Direktor v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel	
5. Gesundheitliche Versorgungssituation von Menschen mit Behinderung im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention aus Betroffenenansicht	56
Prof. Dr. med. Jeanne Nicklas-Faust, Bundesgeschäftsführerin der Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.	

6. Arbeitsgruppe 1: Wie gestalte ich meine Praxis barrierearm – Ein Erfahrungsbericht sowie Tipps zum Umbau Einführung: Dr. med. Wolfgang Blank, Facharzt für Allgemeinmedizin, Kirchberg im Wald, Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an der TU München	76
Arbeitsgruppe 2: Fachliche und strukturelle Erfordernisse der bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung Einführung: Prof. Dr. med. Michael Seidel, Ärztlicher Direktor v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel	82
Arbeitsgruppe 3: „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ – Wie finden „Leuchtturm- projekte“ Eingang in eine wohnortnahe, flächendeckende Versorgung? Einführung: Franz Knieps, Vorstand BKK-Dachverband	88
7. Ausblick der Veranstalter	108

1

EINGANGSSTATEMENTS DER VERANSTALTER**DR. WOLFGANG EBER****VORSITZENDER DES VORSTANDES DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG**

Wir waren als Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sofort und gerne bereit, diese Tagung mit der Bundeszahnärztekammer und den ärztlichen Schwesterorganisationen durchzuführen. Sie gibt uns die Chance, für die besondere Situation und die spezifischen Barrieren bei der zahnmedizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung zu sensibilisieren.

Wir haben zwar in den letzten beiden Jahrzehnten eine sehr positive Entwicklung bei der Mundgesundheit in Deutschland erlebt. Wir sind hier im internationalen Vergleich Spitzenreiter. Das ist vor allem auf eine konsequente Umsteuerung von der kurativen zur präventiven Zahnheilkunde zurückzuführen.

Aber: Wir haben eine Situation, in der leider nicht alle Menschen gleichermaßen von der guten Versorgung profitieren können. Das liegt an der bisherigen Systematik des zahnmedizinischen Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieser Katalog basiert auf drei Annahmen: Erstens geht er davon aus, dass jeder Erwachsene selbstverantwortlich Mundhygiene betreiben und so sein Erkrankungsrisiko minimieren kann. Zweitens wird vorausgesetzt, dass er aus eigener Kraft und Entscheidung regelmäßig eine Zahnarztpraxis zur Vorsorge und Therapie aufsuchen kann. Und drittens setzt er voraus, dass ein Patient bei Untersuchung und Behandlung mit dem Zahnarzt kooperieren kann. Der Katalog basiert also auf dem Grundprinzip Eigenverantwortung.

Diese Systematik funktioniert hervorragend für Erwachsene ohne Einschränkungen. Aber viele Menschen mit Behinderung und auch

die vielen immobilen älteren Menschen und Pflegebedürftigen in Deutschland erfüllen diese Voraussetzungen nicht oder zumindest nicht vollständig. Ihnen ist damit der Zugang zu bedarfsgerechten Leistungen versperrt. Das ist sozial ungerecht, das Grundprinzip Eigenverantwortung funktioniert hier nicht, und das muss durch solidarische Maßnahmen ausgeglichen werden.

Wir wissen, dass die Mundgesundheit von Pflegebedürftigen deutlich schlechter ist als die des Bevölkerungsdurchschnitts. Wir wissen, dass Menschen mit Behinderungen zur Hochrisikogruppe für Karieserkrankungen gehören, denn sie können häufig keine eigenverantwortliche Mundhygiene durchführen, haben Schwierigkeiten, eine Praxis aufzusuchen oder sind nicht kooperationsfähig bei der Behandlung. Für sie ist es erstens schwierig, die Leistungen abzurufen, die Ihnen laut Gesetz zustehen. Und sie haben zweitens aufgrund ihrer Einschränkungen einen zusätzlichen präventiven Betreuungsbedarf, der ihnen laut Gesetz bisher gar nicht zugestanden wird. Sie stehen also vor einer doppelten Zugangsbarriere.

Wir haben in den letzten drei Jahren viel Überzeugungsarbeit investiert, das zu ändern. Der Gesetzgeber hat den akuten Handlungsbedarf erkannt und mit dem Versorgungsstrukturgesetz und dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz erste Schritte zur Verbesserung der Situation unternommen. Er hat für die Betroffenen einen gesetzlichen Anspruch auf aufsuchende zahnmedizinische Betreuung geschaffen, der in § 87 Abs. 2i und 2j SGB V verankert wurde. Damit wird es einfacher, dass der Zahnarzt zum Patienten kommt,

wenn der Patient nicht mehr zum Zahnarzt kommen kann. Damit wird es einfacher, dass Patienten mit Mobilitätseinschränkungen die Leistungen bekommen können, die Ihnen gesetzlich zustehen. Aber die zusätzlichen Vorsorgeleistungen, die sie bräuchten, werden ihnen damit nicht zugestanden. Der besondere Präventionsbedarf von Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigen bleibt also weiterhin unberücksichtigt. Diese Barriere bleibt.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und Bundeszahnärztekammer haben zusammen mit der Wissenschaft das Konzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ vorgelegt. Dieses Versorgungskonzept wurde an einem Runden Tisch auch im Dialog mit den Betroffenen erarbeitet. Und es beschreibt Vorschläge, wie die zahnmedizinische Versorgung für sie gestaltet werden sollte. Ihre bedarfsgerechte Versorgung ist ein gesellschaftliches Anliegen, das auch den Gesetzgeber fordert.

Das Präventionsgesetz bietet die Möglichkeit, weitere Bausteine des Konzeptes umzusetzen und Versorgungslücken zu schließen, indem Versicherte, die Instruktionen zur Mundhygiene nicht verstehen oder umsetzen können, besondere Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen erhalten. Im Grunde geht es dabei um eine Übertragung der Individualprophylaxe, die wir bei Kindern seit über zwanzig Jahren mit durchschlagendem Erfolg für die Zahngesundheit praktizieren. Auch diese Praxis basiert ja auf der Erkenntnis, dass solidarische Maßnahmen erforderlich sind, wo das Grundprinzip Eigenverantwortung nicht greifen kann.

Wenn Patienten mit Einschränkungen trotz der Begrenzungen des heutigen GKV-Kataloges bisher die nötigen Behandlungen erhalten haben, dann ist das in der Regel dem persönlichen Einsatz einzelner Zahnärzte zu

verdanken, die mit mobilen Behandlungseinheiten bzw. Zahnarztpraxen unterwegs sind. Es ist Stiftungen wie der Konrad-Morgenroth-Förderergesellschaft zu verdanken, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, die zahnärztliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen zu organisieren. Und es ist Initiativen wie dem Projekt ‚Teamwerk‘ in München zu verdanken, das stationär Pflegebedürftige aufsucht.

Die wohnortnahe, flächendeckende Versorgung einer älter werdenden Gesellschaft kann aber nicht allein auf freiwilligem und ehrenamtlichem Engagement eines Berufsstandes fußen. Sie kann nicht rein karitativ organisiert sein. Für den betroffenen Personenkreis muss vielmehr eine gesetzliche Anspruchsgrundlage auf bedarfsgerechte präventive Leistungen im SGB V verankert werden, am besten durch eine Ergänzung des § 22 SGB V, der die Verhütung von Zahnerkrankungen regelt. Dann können wir die Leuchtturmprojekte effektiv in die flächendeckende Versorgung überführen. Dann können wir weitere Barrieren abbauen.

1

EINGANGSSTATEMENTS DER VERANSTALTER**DIPL.-MED. REGINA FELDMANN****VORSTAND DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG**

Wir erleben heute eine Premiere. Dies ist die erste große öffentliche Veranstaltung, die von den vier Standesvertretungen Bundesärztekammer (BÄK), Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gemeinsam organisiert wurde. Auch wenn der Tag noch nicht vorbei ist: Die Bilanz fällt für mich schon jetzt positiv aus. Es ist uns gelungen, viele hochrangige Vertreter aus dem Gesundheitswesen, der Politik, der Selbsthilfe und anderen relevanten Bereichen der Gesellschaft zusammenzubringen, um gemeinsam Lösungen für eine barrierefreie medizinische Versorgung zu erarbeiten.

UN-Konventionen und Aktionspläne sind sehr wichtige, aber nur erste Schritte. Entscheidend ist, was konkret getan wird, in den Kommunen und den Praxen vor Ort. Wir als KBV wollen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte dabei unterstützen. So haben wir zu Beginn des Jahres eine Broschüre zum Thema Barriere-Abbau in Praxen herausgegeben. Sie finden jeweils ein Exemplar in Ihrer Pressemappe. Die Nachfrage hat uns selbst überrascht. Wir mussten das Heft schon zweimal nachdrucken, mittlerweile haben wir eine Auflage von rund 10.000 erreicht. Das zeigt, dass die Praxisinhaber sehr interessiert sind zu erfahren, was sie tun können, um Patienten mit Behinderungen den Zugang zur Versorgung zu erleichtern. Doch nicht nur Ärzte, auch Behindertenbeauftragte und andere Interessierte haben die Broschüre bestellt.

Mit der Broschüre wollten wir vor allem aufzeigen, dass man auch schon mit recht geringen Mitteln eine Praxis, wenn auch nicht barrierefrei, so doch zumindest barriereärmer

gestalten kann. Als nicht behinderter Mensch ist einem ja meistens gar nicht bewusst, was alles ein Hindernis darstellen kann. Das fängt bei der Beschriftung von Türen an, geht über die Beleuchtung bis hin zu Stolperfallen auf dem Fußboden. Was viele vergessen: Es geht nicht nur um bauliche Maßnahmen. Auch die Art, wie ich mit einem Menschen kommuniziere, kann viel dazu beitragen, Hürden abzubauen.

Wenn es darum geht, eine Praxis durch Umbau barrierefrei zu gestalten, kann es leider sehr schnell sehr teuer werden. Die Vorstände der BÄK, der BZÄK, der KZBV und der KBV haben sich deshalb im Februar dieses Jahres an die Bundesminister Bahr, von der Leyen und Rösler gewandt sowie an den Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Herrn Zöller, und den Behindertenbeauftragten, Herrn Hüppe, um ein Förderprogramm der KfW „Barrierearme Praxis“ aufzulegen. Damit sollen Ärzte und Zahnärzte unterstützt werden, die Investitionen zum Abbau von Barrieren in Angriff nehmen. Wir sind auf wohlwollendes Interesse gestoßen und hoffen nunmehr, dass entsprechende Kontakte mit der KfW zum Erfolg führen werden. An dieser Stelle darf ich darauf hinweisen, dass natürlich auch Städte und Gemeinden gefragt sind, ihre Ärzte zu unterstützen, um die medizinische Versorgung ihrer Bürger zu verbessern. Nicht nur angesichts des demografischen Wandels darf kein Weg mehr an diesem Thema vorbei führen.

BARRIEREN ABBAUEN

1

EINGANGSSTATEMENTS DER VERANSTALTER**PROF. DR. DIETMAR OESTERREICH****VIZEPRÄSIDENT DER BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER**

Gesundheitliche Chancengleichheit, ein fairer Zugang zu Bildung und Arbeit für alle sind wesentliche Eckpfeiler unserer Gesellschaft. Auch bei den anstehenden Bundestagswahlen 2013 haben sich die Parteien besonders diesem Thema zugewendet und Lösungssätze formuliert.

Natürlich hat diese Diskussion sehr viel mit dem Thema dieser Veranstaltung und mit der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland zu tun. Unabhängig von der sozialen Herkunft, egal ob jung oder alt, gesund oder krank - jeder sollte Zugang zu einer angemessenen zahnmedizinischen Versorgung haben. Ein kategorischer Imperativ für eine sozial ausgewogene Zahnmedizin und eine Maxime, die es verdient hat, in Wahlprogrammen und in der Tagespolitik vorzukommen. Aber realpolitisch nicht leicht umzusetzen, wie die kritischen Reflektionen zum Umsetzungsstand des Nationalen Aktionsplans der Bundesregierung in Folge der UN-Behindertenrechtskonvention belegen.

In einer gemeinsamen Aktion haben sich deshalb im letzten Jahr Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Bundesärztekammer (BÄK) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) zusammengetan, denn die Herstellung von Barrierefreiheit erfordert ein abgestimmtes Vorgehen. Dazu gehört auch, dass der Bundesregierung der Vorschlag unterbreitet wurde, über Förderprogramme Ärzte und Zahnärzte bei der barrierefreien Umgestaltung ihrer Praxen zu unterstützen, da größere Umbaumaßnahmen mit sehr hohen Investitionskosten verbunden und deshalb nicht einfach umzusetzen sind.

„Barriere“ darf aber nicht allein auf die baulichen Hürden bezogen werden. Barrierefreiheit ist viel umfassender zu interpretieren. Sie meint vor allem den Abbau von mentalen Barrieren in unseren Köpfen und die wertschätzende Einstellung und offene Haltung gegenüber Menschen mit Behinderung. Auch unser zahnärztliches Fachwissen und unsere Handlungskompetenzen, insbesondere kommunikativer Art im Umgang mit Menschen mit Behinderung, sind von großer Bedeutung bei der Überwindung von sogenannten Barrieren.

„Barrieren abbauen“ – unter diesem Motto wollen zahnärztliche und ärztliche Standesorganisationen für ein Thema sensibilisieren, das in unserer Gesellschaft deutlich mehr Aufmerksamkeit verdient. In Deutschland leben über 9 Millionen Menschen mit Behinderung. Deren zahnmedizinische Versorgungsprobleme sind alles andere als sozial-medizinische Randerscheinungen. So ist festzustellen, dass Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung eine deutlich schlechtere Mundgesundheit haben und zu den Hochrisikogruppen oraler Erkrankungen zählen.

Deutschlands Zahnärzteschaft versucht seit längerem, sich genau diesen Herausforderungen zu stellen. So gibt es auf Landesebene viele – auch berufsgruppenübergreifende – Modell- und Betreuungsprojekte, zahnärztlich initiierte karitative Behandlungsangebote, Beratungsstellen zahnärztlicher Organisationen, mobile Zahnarztpraxen, aber auch praktizierte Fortbildung und spezielle Informationen, die dazu beitragen, dass die Barrieren für Menschen mit Behinderung, die einer zahnärztlichen Betreuung bedürfen, reduziert

werden. Die wohnortnahe, flächendeckende Versorgung einer älter werdenden Gesellschaft kann aber nicht allein auf Freiwilligkeit bauen. Hier gilt es, gesetzliche Barrieren abzubauen und für Menschen mit Behinderung Anspruchsgrundlagen im Sozialgesetzbuch (SGB V) zu verankern, um Leuchtturmprojekte in die flächendeckende Versorgung zu überführen.

BZÄK und KZBV haben deshalb auf Bundesebene ihr Konzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ bei Fachexperten und Sozialpolitikern zur Diskussion gestellt, mit der Folge, dass vertragszahnärztliche Leistungsbeschreibungen Eingang in das SGB V erhalten haben. Diese bieten die Möglichkeit, die aufsuchende Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung zu verbessern. Ausgehend von unserem Gesamtkonzept bleibt jedoch die wichtige Forderung, die Prävention für diese vulnerable Bevölkerungsgruppe deutlich zu verbessern. Prävention ist ein Schlüssel zur gesundheitlichen Chancengleichheit, bei der die Zahnmedizin große Erfolge vorweisen kann. Darüber hinaus besteht auch weiterhin deutlicher Handlungsbedarf bei der Versorgung von Menschen mit Behinderung, die die zahnärztliche Praxis aufsuchen können. Bestehende Regelungen in der Sozialgesetzgebung stehen einer adäquaten Versorgung entgegen.

Somit sind diese ersten Schritte zunächst ein Anfang. Denn wir Zahnärzte und Ärzte wissen, dass berufsgruppeninterne Expertise gepaart mit Selbsthilfe nur ein Teil der Wegstrecke zu mehr Barrierefreiheit ist. Es geht um mehr als „nur“ darum, Deutschlands Zahnarzt- und Arztpraxen weitgehend barriere-

refrei zu gestalten. Wir sind auch Impuls- und Ideengeber für Projekte, die barrierefreies Denken und Handeln erst gesellschaftsfähig machen. Deshalb initiieren und verfolgen wir ganz bewusst Wege, die Lösungen gemeinsam mit anderen Berufsgruppen, auch aus der Pflege und Altenhilfe, angehen. Komplexe gesellschaftliche Probleme lassen sich nur durch die Anstrengung vieler Beteiligter erfolgreich bewältigen.

Gleichzeitig muss der Berufsstand selbst – sowie das gesamte Team – die Aus- und Fortbildung auf die spezifischen Belange dieser Bevölkerungsgruppe ausrichten. Auch hier geht es insbesondere um die Sensibilisierung für die Probleme dieser Patientengruppe.

Unsere gemeinsame Kooperationstagung ist ein Anstoß in diese Richtung. Sie soll neue Impulse geben und neue Ideen generieren. Die Bundesregierung hat mit ihrem „Nationalen Aktionsplan“ den gesellschaftlichen Anspruch auf Inklusion von Menschen mit Behinderung ausdrücklich bekräftigt. Die Veranstaltung „Barrieren abbauen“ bringt Menschen zusammen, die sich diesem Thema verpflichtet fühlen und ihren Beitrag dazu leisten wollen.

Wir Ärzte und Zahnärzte orientieren uns zwar vorrangig fachlich. Dennoch haben wir mit all unserem Bestreben auch einen klar definierten gesellschaftlichen Anspruch: Expertenwissen und ausgefeilte Konzepte helfen nicht weiter, wenn es nicht gelingt, die Barrieren in den Köpfen der Menschen abzubauen. Es geht darum, das nötige Verständnis für eine barrierefreie Gesellschaft zu schaffen. Dieses Ziel ist jedes Engagement wert!

1

EINGANGSSTATEMENTS DER VERANSTALTER**DR. CHRISTOPH VON ASCHERADEN****VORSTANDSMITGLIED DER BUNDESÄRZTEKAMMER**

Rollstuhl-Rampen – breite Türen – behindertengerechte Toiletten: So könnte man in einem ersten Zugriff beschreiben, wie sich der Abbau von Barrieren im alltäglichen Leben darstellt. Richtig ist: In den vergangenen Jahren ist vieles auf den Weg gebracht worden, was im „Gesetz über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (Deutscher Bundestag 2008) festgelegt ist. Wir sind jedoch noch weit davon entfernt, die umfassenden Inhalte und Visionen des Gesetzes verwirklicht zu haben. In Artikel 1 heißt es:

„Zweck dieses Übereinkommens (Behindertenrechtskonvention der UNO) ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern“.

Der 112. Deutsche Ärztetag (Mainz, 2009) hat sich umfassend mit der Thematik einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung von Behinderten befasst. Dabei wurde deut-

lich, dass auch bei der medizinischen Versorgung von Behinderten sowohl ambulant als auch stationär noch viele Defizite zu verzeichnen sind. Ärzten, Zahnärzten und allen im Gesundheitswesen Tätigen ist als permanente Aufgabe zugewiesen, was in Artikel 25 der UNO-Konvention allgemein formuliert ist:

„Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit...“

Dieses Ziel kann nur in einem Prozess der gemeinsamen Anstrengung erreicht werden; das heutige Symposium bietet eine hervorragende Möglichkeit, Bilanz zu ziehen und neue Initiativen zu entwickeln. Äußere und innere Barrieren abbauen – das ist unsere gemeinsame Aufgabe.

BARRIEREN ABBAUEN

2

GRUSSWORT DES BEAUFTRAGTEN DER BUNDESREGIERUNG FÜR DIE BELANGE DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN

WOLFGANG ZÖLLER, MdB

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Frau Feldmann,
sehr geehrter Herr Dr. Eßer,
sehr geehrter Herr Dr. von Ascheraden,
sehr geehrter Herr Prof. Oesterreich,

vielen Dank für Ihre freundliche Einladung zur heutigen Tagung zum Thema „Barrieren Abbauen – Initiativen und Maßnahmen der Ärzte- und Zahnärzteschaft“.

Inklusion lässt sich ohne Freiheit nicht denken. Denn wo Menschen mit Behinderung auf Barrieren stoßen, bleibt ihnen die Teilhabe am kulturellen Leben, an der Arbeitswelt, in der Freizeit und auch der Zugang zum Arzt und Zahnarzt ihrer Wahl verwehrt. Und wir wissen hier alle: Behindert ist man nicht – behindert wird man. Die Gesellschaft trägt also Mitverantwortung an der Behinderung der Menschen. Barrierefreiheit geht Menschen ohne Behinderung aber auch deswegen etwas an, weil sie irgendwann womöglich selbst auf gut zugängliche Gebäude, Leichte Sprache oder die Kommunikation über Computer angewiesen sind.

Denn Tatsache ist: Nur 4 Prozent aller Behinderungen sind angeboren. In den allermeisten Fällen löst eine Krankheit die Behinderung aus, auch Unfälle können eine Ursache sein. Und so gehen Alter und Behinderung oft einher: Gut ein Viertel der Menschen mit Schwerbehinderung ist 75 Jahre und älter, die Hälfte ist zwischen 55 und 75 Jahre alt. Das durchschnittliche Lebensalter steigt – für jeden von uns ist dies ein Grund mehr, sich für ein Leben ohne Barrieren stark zu machen.

Grundsätzlich bietet Barrierefreiheit für alle Menschen mehr Komfort und bessere Zugänglichkeit. Für Menschen mit Behinderung aber ist sie zwingende Voraussetzung, um im Alltag zurechtzukommen. Wir denken bei Barrierefreiheit sofort an Rampen, Aufzüge und breite Türen. Das ist zu Recht ein sehr wichtiger Aspekt von Barrierefreiheit, es ist jedoch längst nicht alles. Es geht dabei um mehr, z.B. um neue bzw. andere Kommunikationswege, wie etwa Gebärdensprache oder auch leichte Sprache – oder einfach auch nur, dass z. B. der Zahnarzt sich mehr Zeit nimmt, mehr erklärt, sich bei der Behandlung mehr Zeit lässt.

Es geht also auch um die Offenheit gegenüber anderen Menschen mit ihren individuellen Bedürfnissen. Und es geht zunächst einmal darum, dass man wissen muss, wie können diese Bedürfnisse aussehen und dann wie kann man darauf reagieren. Der Staat hat sich im „Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG)“ längst verpflichtet, bei Gebäuden und im Verkehr sowie bei Kommunikation und in der Informationstechnik für Barrierefreiheit zu sorgen.

Auch in § 2a des SGB V heißt es: „Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.“ Hier wird also bereits festgeschrieben, dass die medizinische Versorgung für alle Menschen – auch die mit Behinderung – zugänglich sein muss.

Mit der UN-Behindertenrechtskonvention, die im März 2009 in Kraft getreten ist, verpflichten sich die Vertragsstaaten zur

Herstellung von Barrierefreiheit in allen Lebensbereichen. Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention ist ein klarer Handlungsauftrag an gesellschaftliche und politische Akteure gleichermaßen – auf Bundes- ebenso wie auf Länderebene und in den Kommunen. In dem 2010/11 dazu erarbeiteten Nationalen Aktionsplan wird ganz klar das Ziel gesetzt, in den nächsten zehn Jahren eine ausreichende Zahl an Arztpraxen barrierefrei zugänglich zu machen. Aber wir alle wissen hier, dass die Realität anders aussieht. Daher unterstütze ich sehr den von Ihrer Seite vorgebrachten Vorschlag zur Auflegung eines KfW-Programms, mit dem Investitionen von Ärzten und Zahnärzten zur barrierefreien Ausstattung von Praxen gefördert werden sollen. Denn positive Anreize für einen barrierefreien Zugang und eine barrierefreie Ausstattung von Praxen sind von großer Wichtigkeit.

Sehr geehrte Damen und Herren, erlauben Sie mir in diesem Zusammenhang auch einen kurzen Abstecher zum Patientenrechtegesetz. Am Anfang der Diskussion um das Gesetz hieß es, man muss eine Passage aufnehmen, welche die besonderen Belange der Menschen mit Behinderung herausstellt. Am Ende der Diskussion war klar, jede Besonderheit wäre eine Diskriminierung – denn die Patientenrechte müssen grundsätzlich für alle Menschen gleich gelten, aber vielleicht unterschiedlich umgesetzt werden.

Ich mache dies an einem Beispiel deutlich: In § 630 BGB zur Aufklärungspflicht heißt es, „die Aufklärung muss für den Patienten verständlich sein.“ Egal ob der Mensch schwerhörig, eine andere Sprache spricht, oder leicht dement ist – jeder muss verstehen was mit ihm passiert, sonst ist die Einwilligung in die Behandlung ungültig. Bei Patienten, die aufgrund ihres Zustandes nicht in der Lage sind,

die Tragweite ihrer Entscheidung abzusehen, und daher nicht selbst einwilligen können, liegt eine besondere Situation vor. Hier muss ein Bevollmächtigter oder ein Betreuer nach vorheriger Aufklärung an ihrer Stelle entscheiden, soweit nicht bereits eine Patientenverfügung die jeweilige Behandlung gestattet oder untersagt. Aber und das ist wichtig und so neu: um gleichwohl sicherzustellen, den Betroffenen in diesen Fällen nicht zu übergehen, muss sich der Arzt so gut wie möglich auf den jeweiligen Patienten einstellen. Je nach Zustand und Verständnismöglichkeit soll ein Weg gefunden werden, ihm die wesentlichen Umstände der vorgesehenen Behandlung zu erläutern. Ärztinnen und Ärzte sind hier also verpflichtet auf die individuellen Bedürfnisse ihrer Patienten – ob sie nun behindert sind oder nicht – einzugehen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, auf alle diese Bedürfnisse gleichzeitig einzugehen, bedeutet aber einen hohen Aufwand und hohe Kosten – und wird sich auch nicht immer umsetzen lassen. Doch Barrierefreiheit für alle ist das Ideal, dem sich die Realität annähern sollte. Gerne auch mit kleinen Schritten: So wäre es zur Zeit ein echter Fortschritt, wenn Patientinnen und Patienten schon bei der Arztsuche im Internet verlässliche und umfassende Auskünfte über die Barrierefreiheit der gesuchten Einrichtungen bekämen. Denn allzu häufig sind diese Informationen fehlerhaft, lückenhaft oder aber sie fehlen vollständig.

Mein Wunsch für die Zukunft ist eine so umfassend wie mögliche barrierefreie medizinische Versorgung, die auf die individuellen Bedürfnisse aller Patienten eingeht – denn jede Barriere ist eine zuviel! In diesem Sinne wünsche ich Ihnen für heute eine gute Veranstaltung, aus der Sie mit vielen neuen und guten Ideen zum Wohle der Patienten herausgehen.

3 WAS WIRKLICH ZÄHLT – BARRIEREFREIHEIT AUS ETHISCHER PERSPEKTIVE

PROF. DR. DR. H.C. WOLFGANG HUBER

VORSITZENDER DES RATES DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND A.D.

Der 33jährige Raul Krauthausen leidet an der sogenannten Glasknochenkrankheit, der Osteogenesis imperfecta. Er beteiligte sich im August an einer Initiative der „Aktion Mensch“, bei der die Barrierefreiheit von Wahllokalen geprüft wurde. Menschen mit Behinderungen sollen einen barrierefreien Zugang zu Wahllokalen haben. Deshalb prüft Raul Krauthausen zusammen mit dem Blindenfußballer Michael Wahl und der Expertin für leichte Sprache Petra Groß ausgewählte Wahllokale. Der Verweis auf die Möglichkeit der Briefwahl reicht Raul Krauthausen nicht. Er wendet ein: „Wir wollen uns nicht vorschreiben lassen, auf welchem Weg wir wählen gehen.“ Ein Fahrstuhl allein löst auch nicht alle Probleme – zumal wenn es an einer klaren Beschilderung fehlt. Piktogramme werden zu selten eingesetzt; vielfach fehlt ein Leitsystem für Blinde. Maßlos sind die Prüfer nicht; sie wissen, dass sie behindertengerechte Bedingungen nicht auf jedem Dorf vorfinden können. Aber mobile Rampen für Rollstuhlfahrer, Piktogramme an den Wahlkabinen und Schablonen für Blinde sind nicht zu schwer zu organisieren. Im Grundsatz orientiert sich diese Initiative am Ziel einer „selbstverständlichen und selbstbestimmten Teilhabe aller Menschen am politischen Leben“.

Nach Aussage der „Aktion Mensch“ sind zur Bundestagswahl in diesem Jahr ungefähr sieben Millionen Schwerbehinderte wahlberechtigt, hinzu kommen ungefähr einundzwanzig Millionen mit schlechter Lesefähigkeit. Nur wenige Wahlurnen sind barrierefrei zu erreichen; und Wahlprogramme in leichter Sprache sind noch keineswegs selbstverständlich (wobei leichte Sprache und populistische Slogans nicht dasselbe sind). Leichte Spra-

che erhöht die Verständlichkeit von Wahlprogrammen übrigens nicht nur für Menschen mit geistigen Einschränkungen; es gibt auch andere, die sich in der gegenwärtigen Politiksprache nur schwer zurechtfinden. Auch für das TV-Duell der Kanzlerin und des Kanzlerkandidaten wird „leichte Sprache“ kaum als treffende Bezeichnung durchgehen.

Barrierefreiheit ist zu einem gesellschaftlichen Elementartheme geworden. Sie ist nicht länger eine Spezialität für Spezialisten. Sie ist in den Rang eines Menschenrechts aufgerückt. In Deutschland hat bereits das Behindertengleichstellungsgesetz von 2002 Barrierefreiheit zum behindertenpolitischen Leitbegriff erklärt; im § 4 dieses Gesetzes findet sich folgende Definition: „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 behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind.“ Mit der UN-Behindertenrechtskonvention wurde ein neues Kapitel in der Diskussion über dieses Thema aufgeschlagen. Dieses „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“, das 2006 von den Vereinten Nationen verabschiedet wurde und nach der nötigen Zahl von Ratifizierungen bereits 2008 in Kraft trat, ist heute von 156 Staaten unterzeichnet. Im Rahmen der weltweiten Bewegung zur Konkretisierung und Durchsetzung der Menschenrechte kann die UN-Behindertenrechtskonvention insofern als ein besonders erfolgreiches Do-

kument angesehen. Doch wirklich erfolgreich ist sie erst, wenn es im Alltag der Menschen Konsequenzen hat.

Bewusst verzichtet die Konvention auf eine Definition von Behinderung; ausdrücklich verweist sie darauf, dass das Verständnis von Behinderung sich weiterentwickelt. Der Umgang mit dem Begriff ist eher beispielhaft. So heißt es in Artikel 1 Satz 2: „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ Die Behinderung an der wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft wird unter dem Gesichtspunkt der gleichen Würde jedes Menschen betrachtet; deshalb ist nicht die Forderung nach besserer Teilhabe, sondern das Faktum der Exklusion begründungspflichtig. Die gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft schließt unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft (Artikel 19), Arbeit und Beschäftigung (Artikel 27), angemessenen Lebensstandard und sozialen Schutz (Artikel 28) sowie die Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport (Artikel 30) ein. Damit wird der Defizit-Ansatz der Behindertenpolitik verabschiedet, der sich an der Kompensation von Mängeln orientiert. An seine Stelle tritt ein Inklusions-Ansatz, der den Anspruch auf gleiche Partizipation zum Ausgangspunkt hat und dessen Schlüssel daher im Abbau von Partizipationshindernissen besteht. Verschiedenheit, Diversität wird nicht als ein problematisches Kennzeichen der Gesellschaft, sondern als Ausdruck ihres Reichtums angesehen. In diese Vorstellung von der „Würde der Verschiedenen“ wird die Lage von Menschen mit spezifischen Einschränkungen eingeordnet. Ihre Inklusion findet besondere Aufmerksamkeit.

An zwei Beispielen wird seitdem die Tragweite der neuen Sichtweise auf Behinderung besonders intensiv diskutiert: am Recht auf Bildung und am Zugang zum erreichbaren Höchstmaß an Gesundheit. Auch andere Bereiche – zum Beispiel die Beteiligungsgerechtigkeit am Arbeitsmarkt oder die kulturelle Partizipation – sind von vergleichbarer Bedeutung. Doch ohne Zweifel stellen Bildung und Gesundheit für das Ziel einer inklusiven Gesellschaft Schlüsselthemen dar.

Dabei kann ich das Thema einer inklusiven Bildung nur streifen. Nach Artikel 24 der Behindertenrechtskonvention erfordert das Recht von Menschen mit Behinderungen auf Bildung ein integratives Bildungssystem auf allen Ebenen sowie lebenslanges Lernen. Ziel muss es sein, dass „Menschen mit Behinderungen ihre Persönlichkeit, ihre Begabungen und ihre Kreativität sowie ihre geistigen und körperlichen Fähigkeiten voll zur Entfaltung bringen“ können und „zur wirklichen Teilhabe an einer freien Gesellschaft“ befähigt werden. Behinderung darf kein Grund dafür sein, Menschen vom allgemeinen Bildungssystem auszuschließen. Zugleich wird aber auch darauf hingewiesen, dass Menschen mit Behinderungen innerhalb des allgemeinen Bildungssystems die notwendige, individuell angepasste Unterstützung erfahren müssen. Das gilt insbesondere auch für die Aufgabe, ihnen den Zugang zu lebenspraktischen Fertigkeiten und sozialen Kompetenzen zu erleichtern, ohne die sie nicht an der Gesellschaft teilhaben können. Dafür sind die Brailleschrift und die Gebärdensprache die deutlichsten, in der Behindertenrechtskonvention auch ausdrücklich erwähnten Beispiele. Man sieht an ihnen, dass die Integration in das allgemeine Bildungswesen die Differenzierung der Bildungsangebote keineswegs überflüssig macht, sondern notwendigerweise voraussetzt. Deshalb führen bildungspolitische Initiativen zur Inklusion, die mit dem Anschein einer Verringerung von

differenzierter Förderung verbunden sind, nicht weiter, sondern eher in die Irre. Auch wenn der Begriff der „Sonderpädagogik“ – wie schon vor einem halben Jahrhundert der Begriff der „Hilfsschule“ – aufgegeben wird, so vermindert sich dadurch nicht der Bedarf an differenzierten pädagogischen Konzepten und vor allem an differenzierter pädagogischer Unterstützung und Förderung.

Der Artikel der Behindertenrechtskonvention über das Thema „Gesundheit“ schließt sich an denjenigen zum Bereich der Bildung unmittelbar an. Artikel 25 der Behindertenrechtskonvention bekräftigt „das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“. Menschen mit Behinderungen haben Anspruch auf „eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard“ wie andere Menschen. Das schließt, gerade in ländlichen Gebieten, gemeindenahere Gesundheitsleistungen ein. Die Gesundheitsberufe werden dazu verpflichtet, „Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen“ – die freie Einwilligung nach vorheriger Aufklärung eingeschlossen – und durch Schulungen und ethische Normen die Fähigkeit wie die Bereitschaft dazu zu stärken. Die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in Kranken- und Lebensversicherung oder die diskriminierende Vorenthaltung von Gesundheitsleistungen werden ausdrücklich ausgeschlossen. Der Grundsatz des gleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen verpflichtet vielmehr – ebenso wie wir das schon bei der Bildung beobachtet haben – zu Maßnahmen, „die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden“, unter Einschluss derjenigen Maßnahmen, „durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst

gering gehalten oder vermieden werden sollen.“ Auch in diesem Fall ist differenzierte Unterstützung eine direkte Konsequenz aus der Anerkennung der gleichen Würde der Verschiedenen. Die Inklusion von Behinderten in das Gesundheitswesen darf also nicht als Rechtfertigung dafür dienen, auf spezielle medizinische Zentren für Menschen mit Behinderungen zu verzichten; sie sollten vielmehr dort, wo das notwendig und machbar ist, eingerichtet werden. Und im Krankenhaus kann die Inklusion kein Grund dafür sein, dass Patienten mit Behinderungen und den damit verbundenen zusätzlichen Aufgaben einfach in die DRG-Finanzierung eingeordnet werden, womit, falls sie keinen Pflegeassistenten haben, die für sie notwendige zusätzliche Pflege unfinanziert bleibt.

Wenn man die beiden exemplarisch ausgewählten, aber zugleich auch sachlich zentralen Felder gesellschaftlicher Integration – Bildung und Gesundheit – zu Grunde legt, dann erfordert das Leitbild einer inklusiven Gesellschaft eine Umkehrung der Frage nach Behinderung. Bundespräsident Joachim Gauck hat das unlängst präzise auf den Begriff gebracht, indem er sagte: „Die Frage heißt nicht mehr: Wer ist behindert? Sondern: Wer wird behindert – und wodurch? Politik, Wirtschaft und Gesellschaft müssen sicher noch mehr als bisher dazu beitragen, dass Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen ... selbstverständlich teilhaben können.“ Und Joachim Gauck fügte hinzu: „Menschen mit Behinderungen haben mich oft beeindruckt mit ihrer Energie und ihrer ansteckenden Lebensfreude, auch mit ihrem enormen Einsatz zum Beispiel im Sport! Und mich beeindruckt ihr Engagement in eigener Sache. Es ist ganz wichtig, dass Menschen mit Behinderungen und ihre Organisationen sich immer wieder zu Wort melden und für das Ziel einer ‚Miteinander-Gesellschaft‘ werben.“ (Bild am Sonntag, 25. August 2013, 13).

Nach dem Beitrag der Gesundheitsberufe, insbesondere von Medizin und Zahnmedizin, zu einer solchen „Miteinander-Gesellschaft“ fragen Sie mit der heutigen Tagung. Sie signalisieren damit die Bereitschaft, die Fragerichtung umzukehren. Nicht: Wer ist behindert? Sondern: Wer wird behindert – und wodurch?

Leicht ist ein solcher Perspektivenwechsel nicht. Denn unser Menschenbild orientiert sich – dank der Fortschritte von Lebenswissenschaften und Gentechnik sogar in verstärktem Maß – an dem Leitbild des vollkommenen Menschen. Durch diese Tendenz wird es uns nicht leichter, sondern schwerer gemacht, die Überzeugung von der gleichen Würde der Verschiedenen in vollem Umfang in unser Denken und Handeln einzubeziehen – und bei Verschiedenheit dabei nicht nur Unterschiede der Herkunft, der Religion, des Geschlechts oder der sexuellen Orientierung, sondern auch Unterschiede einzubeziehen, die sich aus gesundheitlichen Einschränkungen ergeben. Im Blick auf die Gesundheitsberufe kann man sich diese Schwierigkeit leicht an einer Überlegung über das Menschenbild verdeutlichen, von dem sich das Gesundheitswesen unserer Zeit leiten lässt.

Giovanni Maio hat in seinem 2012 erschienenen Lehrbuch der Medizinethik – mit dem Titel: „Mittelpunkt Mensch. Ethik in der Medizin“ – nach den Menschenbildern in der modernen Medizin gefragt und vier derartige Menschenbilder hervorgehoben. Der Mensch als Körper-Maschine, der Mensch als souveräner Kunde, der Mensch als atomistisches Einzelwesen und der Mensch als das Machbare. Die Liste ist bestimmt nicht vollständig; und die vier von Maio ausgewählten Bilder vom Menschen schließen sich keineswegs aus. Vielmehr weisen sie gerade in ihrer Zusammengehörigkeit auf Züge im modernen Menschenbild hin, die keineswegs auf die Medizin beschränkt sind, in ihr aber besonders deutlich hervortreten. Ich will den inneren Zusam-

menhang dieser vier Bilder folgendermaßen skizzieren.

Der Siegeszug der modernen Naturwissenschaft hat auch vom Menschen Besitz ergriffen. Der Mensch erkennt nicht nur die Natur und bemächtigt sich ihrer; er ist auch selbst Natur. Indem er die eigene Natur erforscht, will er auch über sie die Herrschaft erringen. Deshalb gehört es zu den großen Kränkungen neuzeitlichen Selbstbewusstseins, wenn dem Menschen nachgewiesen wird, dass er nicht Herr im eigenen Hause ist, wie dies durch Sigmund Freuds Psychoanalyse geschah. Doch selbst diese Kränkung hat den Siegeszug der naturwissenschaftlichen Denkweise in der Medizin nicht aufhalten können. Deren Grundsatz heißt: Der menschliche Körper ist nach den Gesetzen der Naturwissenschaften zu erforschen und nach Möglichkeit funktionsfähig zu halten. Die Aufgabe einer naturwissenschaftlich orientierten Medizin besteht demnach darin, die Grenzen des Machbaren nach Möglichkeit immer weiter hinauszuschieben und Menschen dabei zu helfen, dass sie immer größere Teile ihrer Lebensspanne bei guter Gesundheit ausschöpfen können. Mit den Erfolgen medizinischer Forschung und Praxis verbindet sich weithin die Vorstellung von einer Perfektibilität des Menschen; die Aufgabe der Medizin wird nicht nur darin gesehen, Leben zu erhalten, sondern es zu vervollkommen. Die Orientierung an den Zielvorstellungen von Leistungsfähigkeit, Fitness und Attraktivität (Michael Seidel) drängt den Sinn für die Verletzlichkeit des Menschen in den Hintergrund. Zugleich werden Menschen vorrangig nach ihrer genetischen Ausstattung taxiert; Behinderung soll am besten, wie der Umgang mit der Trisomie 21, der Praena-Text oder die PID zeigen, vor der Geburt, ja vor der Schwangerschaft ausgeschlossen werden. Dabei schwindet die Aufmerksamkeit dafür, dass der größere Teil der für das ganze künftige Leben folgenden Einschränkungen nicht genetisch be-

dingt ist, sondern durch lebensgeschichtliche Ereignisse eintritt.

Die naturwissenschaftlich-technisch begründete und ausgestaltete medizinische Tätigkeit ist angesichts der Staunen erregenden Fortschritte der Medizin auch ökonomisch so erfolgreich, dass der Gesundheitsmarkt sich zu einem Treiber der wirtschaftlichen Entwicklung insgesamt entwickelt hat. Der Patient wird zum Kunden, der selbstbestimmt – auf der Grundlage der von der Ökonomie schon lange verfochtenen Konsumentensouveränität – Gesundheitsleistungen in Anspruch nimmt, diese aber zugleich vom Solidarsystem finanzieren lässt. Soweit er sich lediglich als selbstbestimmtes Individuum versteht, wird er dazu neigen, die Vorteile dieses Systems für sich in Anspruch zu nehmen, ohne sich über dessen langfristige Nachhaltigkeit allzu viele Gedanken zu machen.

Naturwissenschaftliches Kausalitätsdenken, die Zuwendung zum Gedanken der Perfektibilität des Menschen und die Ökonomisierung des Gesundheitswesens stehen in einem inneren Zusammenhang miteinander. Doch kann das durch diese Eckpunkte bestimmte Menschenbild das letzte Wort haben? Beim Notfalleinsatz nach einem Unfall, bei der Notaufnahme im Krankenhaus, beim Kampf um ein Menschenleben auf der Intensivstation, bei der Gebrechlichkeit im Alter und bei vielen anderen Vorgängen tritt gerade in den Gesundheitsberufen der Mensch in seiner Verletzlichkeit in den Blick. Er begegnet als ein Wesen, das auf die Hilfe anderer angewiesen ist. Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger bemühen sich darum, das Leben von Menschen zu erhalten, die in vielen Fällen nicht bei Bewusstsein sind, so dass sie sich zu den Therapiezielen, an denen sich das ärztliche Handeln orientiert, gar nicht äußern können. In vielen Fällen sind die Suche nach einer Patientenverfügung, das Gespräch mit Angehörigen oder andere Maßnahmen, um

die fehlende Einwilligungsfähigkeit auszugleichen, erst in einem zweiten oder dritten Schritt möglich. Unmittelbare, unvertretbare Verantwortung der Ärztin und des Arztes ist gefragt.

Das ärztliche Handeln hat auch nach meinen persönlichen Erfahrungen den vulnerablen, beziehungsbedürftigen, auf Stellvertretung angewiesenen Menschen vor Augen. Im Alltag von Ärztinnen und Ärzten zeigt sich deshalb ein anderes Bild vom Menschen, als ich es zunächst geschildert habe. Nicht die perfekte Maschine, der souveräne Kunde, der isolierte Egoist, der das Machbare ausschöpfende homo faber tritt vor Augen. Zu erkennen ist vielmehr der Mensch in seiner Endlichkeit und Verletzlichkeit, in seiner Hilfsbedürftigkeit, in der er nur leben kann, wenn andere für ihn eintreten.

So zeigen sich in der Praxis der heutigen Medizin zwei Grundlinien des Menschenbildes in ihrem spannungsvollen Miteinander, die in unserem durch Antike und jüdisch-christliche Tradition geprägten Kulturkreis und seinem Ethos das Nachdenken über den Menschen immer wieder in Bewegung gesetzt und in Bewegung gehalten haben. Diese beiden Grundlinien manifestieren sich historisch besonders markant einerseits im griechischen, andererseits im biblischen Bild vom Menschen. Unser Menschenbild beruht auf der Spannung wie auf dem Zusammenklang dieser beiden Grundlinien.

Das griechische Bild eines Menschen, der durch die Vollkommenheit der Tugend, durch das Ideal der Schönheit und durch gelingendes Leben ausgezeichnet ist, orientiert sich an der gesunden, ja makellosen Person, wie sie in den Statuen von Phidias oder Praxiteles in einer uns auch heute unmittelbar anrührenden Weise dargestellt ist. Die Vorstellung von menschlicher Würde ist an der Person ausgerichtet, in der sich die Qualität der Leistung

und die Anmut des Körpers miteinander verbinden, also an der unmittelbaren Verbindung des Guten und des Schönen. Der Sieger in den Wettkämpfen von Olympia ist der Prototyp dieser Vereinigung zwischen dem Guten und dem Schönen. Man kann insofern von einem olympischen Modell des Menschen sprechen. Diesem Modell entspricht die Hochschätzung der Autonomie, der Selbstbestimmung des Menschen.

Auch die biblische Tradition ist von einer bemerkenswerten Hochschätzung des Menschen geprägt. Sie zeigt sich in der Überzeugung, dass Gott den Menschen zu seinem Ebenbild geschaffen hat. Der Mensch ist deshalb nur „wenig niedriger“ als Gott (Psalm 8). Doch mit dieser Hochschätzung verbindet sich eine ausdrückliche Hinwendung zum Leidenden, Kranken, der Hilfe Bedürftigen. Dass der Mensch ein verletzliches, auf die Hilfe anderer angewiesenes Wesen ist, tritt in der biblischen Tradition markant hervor – ganz besonders im leidenden Hiob, der scheinbar alles Unglück dieser Welt auf sich zieht. In der Zuwendung Jesu zu den Kranken und dem Bild von Jesus als Arzt – das doch bei allen Ärztinnen und Ärzten das Herz höher schlagen lassen muss –, aber auch in der Gestalt des leidenden Christus tritt uns dieser Grundzug der biblischen Botschaft deutlich entgegen. Wir können deshalb von einem jesuanischen Modell des Menschen sprechen. Diesem Modell entspricht die Hochschätzung der Nächstenliebe, der Fürsorge für den Mitmenschen. Die Spannung zwischen den beiden geschilderten Menschenbildern ist tief in unserem kulturellen Bewusstsein verankert. Das olympische, leistungsorientierte Ideal ist ein kräftiger Anstoß für die Bereitschaft, sein Bestes zu geben und seine Gaben zu entfalten. Das jesuanische Ideal, das den leidenden Menschen würdigt, gibt unserem Menschenbild und unserem Wertesystem eine tiefe und echte Humanität. Es ist an der Zeit, dass wir die Spannung wie die Zusammengehörig-

keit dieser Haltungen wieder entdecken und in unserer Gesellschaft zur Geltung bringen. Das bedeutet aber auch, dass Autonomie und Nächstenliebe, Selbstbestimmung und Fürsorge in der Balance gehalten werden. Bei aller Pflicht, sich am Patientenwillen sowie am medizinisch Machbaren auszurichten, hat das ärztliche Ethos nach meiner Auffassung seine Grundlage in dieser Balance von Autonomie und Nächstenliebe, von Selbstbestimmung und Fürsorge, von olympischem und jesuanischem Modell.

Die Medizin schuldet dem Menschen ein unverkürztes, ganzheitliches Menschenbild. Eine solche Erweiterung des Blicks auf den Menschen verbindet sich mit der Einsicht, dass die Medizin es nicht nur mit der Perfektibilität, sondern auch, ja vor allem mit der Vulnerabilität des Menschen zu tun hat. Diese Einsicht muss gerade angesichts der Möglichkeiten der modernen Medizin erneuert und vertieft werden. Daraus folgt die Bereitschaft, die Verletzlichkeit, Hinfälligkeit und Endlichkeit ebenso als Teil des Menschseins zu verstehen wie Leistungsfähigkeit und Lebenskraft. Der menschenwürdige Umgang mit Behinderungen und Einschränkungen gehört in diesen Zusammenhang.

Ich wollte Ihnen eine vergleichsweise grundsätzliche Überlegung nahe bringen, um Ihnen zu verdeutlichen: Was wirklich zählt, ist der verletzte genauso wie der leistungsfähige, der eingeschränkte genauso wie der mit vielen Kräften begabte Mensch. Der gleiche Zugang aller Menschen zu Gesundheitsleistungen gehört zu den elementaren Anforderungen eines Ethos, das von der Liebe zum Nächsten und von der gleichen Würde jedes Menschen bestimmt ist. Ein Handeln, das diesem Ethos entspricht, mit den Ressourcen der Gesellschaft und den wirtschaftlichen Erfordernissen der Gesundheitsberufe in Einklang zu bringen, ist eine der großen Herausforderungen unserer Zeit. Dabei kommt es wie

in anderen Zusammenhängen so auch hier darauf an, ob man dem Handeln von Ärzten, Zahnärzten und anderen Gesundheitsberufen abspürt, dass keineswegs nur wirtschaftliche Überlegungen, sondern ebenso ethische Überzeugungen ein Handeln prägen, dessen Ziel darin besteht, allen Menschen einen gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen zu ermöglichen.

Barrieren, die diesen Zugang erschweren, sind abzubauen. „Wer wird behindert – und wodurch?“ Die Frage nach den Barrieren, die einem solchen gleichen Zugang im Wege stehen, ist keineswegs auf räumliche Entfernungen und bauliche Hindernisse beschränkt. Der Begriff der Barrierefreiheit ist heute jedoch weithin auf die Frage des behindertengerechten Bauens beschränkt. Die DIN 18040 hat diesen Begriff der Barrierefreiheit konkretisiert und sowohl für öffentliche Gebäude als auch für Wohngebäude mit einer Fülle von Anschauungsmaterial versehen. Von der Arzt- und Zahnarztpraxis bis zum Wahllokal werden die Barrieren beschrieben, die behinderten Menschen den Zugang erschweren oder unmöglich machen. „Zehn Gebote der Barrierefreiheit“ wurden formuliert, die dort am anschaulichsten werden, wo sie die Anforderungen an Gebäude und Orientierungssysteme beschreiben, die als barrierefrei gelten können: die ergonomische Gestaltung, das Fuß- und Roll-Prinzip, das Zwei-Sinne-Prinzip, die Verwendung visueller, akustischer und taktiler Kontraste sowie die Anwendung leichter Sprache (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Die 10 Gebote der Barrierefreiheit, Frankfurt/Main 2012, 5. Gebot).

Die Bedeutung architektonischer Maßnahmen für die leichtere Zugänglichkeit von Arztpraxen, Gesundheitszentren und Kliniken soll keineswegs in Zweifel gezogen werden. Die Notwendigkeit einer räumlichen Planung, die einen ausreichenden Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen gewährleistet, lässt sich ge-

rade an dünn besiedelten Gegenden wie der Uckermark und der Prignitz verdeutlichen, die direkt neben einem urbanen Ballungsgebiet liegen. Dennoch greift eine Vorstellung von Barrierefreiheit, die sich auf solche räumlichen und baulichen Gegebenheiten beschränkt, eindeutig zu kurz. Sie sieht von den Barrieren sozialer und kommunikativer Art ab, durch die Menschen von Gesundheitsleistungen fern gehalten werden. Sie vernachlässigt die Bedeutung von Gesundheitskommunikation und unterschätzt die Bedeutung von sozialen Barrieren.

Manche Entwicklungen deuten heute darauf hin, dass Gesundheitsberufe verstärkt als naturwissenschaftlich-technische Berufe verstanden werden. Ich gehe inzwischen lange genug zum Zahnarzt um zu wissen, dass die Zahnheilkunde sich innerhalb des letzten halben Jahrhunderts vollkommen revolutioniert hat. Wenn heutige Kinder die Bedingungen aushalten müssten, unter denen meine ersten Karies-Zähne behandelt wurden, würden sie schon im Vorhinein vor Angst schreien. Und wenn heutige Teenager den Schiefstand der Zähne in meinem Unterkiefer zu sehen bekämen, würden sie fragen, ob meinen Eltern denn die nächste Praxis eines Kieferorthopäden unbekannt war. Dass es weit und breit keinen Kieferorthopäden gab und dass seinerzeit kein Kind eine Spange trug, würde heutigen Jugendlichen kaum in den Sinn kommen. Sie können sich das genauso schwer vorstellen wie eine Welt ohne Handy und Internet.

Doch die Revolution zahnärztlicher und ärztlicher Möglichkeiten ändert nichts daran, dass die Gesundheitsberufe es nicht nur mit der Anwendung naturwissenschaftlicher Einsichten und dem Einsatz technischer Möglichkeiten zu tun haben. Die Gesundheitsberufe sind kommunikative Berufe. Patienten brauchen nach wie vor den „sprechenden Arzt“. Andernfalls kann von einem „informed consent“,

der individuell verantworteten Entscheidung nach entsprechender Aufklärung, gar nicht die Rede sein.

Die ärztlichen Berufe sind im Entscheidenden nicht durch naturwissenschaftliche Expertise und technische Kompetenz, sondern durch die Weisheit der Kommunikation geprägt. Die entscheidende Barrierefreiheit ist die Freiheit partnerschaftlicher Kommunikation. Ob im Gesundheitswesen Barrierefreiheit herrscht, hängt daran, ob barrierefreie Kommunikation gelingt. Findet sie nicht statt, dann hängt das Prinzip des „informed consent“, der Zustimmung auf der Grundlage angemessener Aufklärung, in der Luft.

Wer hier Abhilfe schaffen will, muss die Kommunikationsbedingungen im Gesundheitswesen verbessern. Der Schlüssel zur Barrierefreiheit liegt nicht allein im Bau von Rampen und in leicht verständlichen Piktogrammen, sondern in der Zeit zum Gespräch, dem wertschätzenden Umgang mit den Patienten, der professionellen Kompetenz in der Gesprächsführung.

Genauso wichtig ist ein anderer Gesichtspunkt. Der Zugang zu gesundheitsbewusstem Verhalten ist in hohem Maß von den jeweiligen sozialen Voraussetzungen abhängig. Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftige gehören, so wird von zahnärztlicher

Seite berichtet, zu den Hochrisikogruppen der Kariespatienten. Schon in der schulischen Prophylaxe zeigt sich eine hohe Korrelation zwischen sozialer Deprivation und mangelnder Zahnhygiene. Vergleichbares zeigt sich im Blick auf adipöse Neigungen von Kindern und Jugendlichen. In sozial unterprivilegierten Gruppen gibt es eine überproportional starke Neigung zur Adipositas. Wer hier Abhilfe schaffen will, muss das Gesundheitsbewusstsein bei sozial Schwachen und Marginalisierten stärken. Der Schlüssel zur Barrierefreiheit liegt hier im Abbau von sozialer Marginalisierung. Die Barrierefreiheit kann insoweit im Gesundheitswesen nicht stärker ausgeprägt sein als in der Gesellschaft im Ganzen.

Noch einmal: Initiativen, die auf die Erreichbarkeit von medizinischer Hilfe und auf den behindertenfreundlichen Zugang zu ihr gerichtet sind, darf man nicht unterschätzen. Die Barrierefreiheit nach DIN 18040 hat, auch ethisch betrachtet, große Bedeutung. Doch noch wichtiger ist es, dass die Gesundheitsberufe zur Verletzlichkeit menschlichen Lebens ein neues Verhältnis gewinnen, dass für die ärztliche und zahnärztliche Kommunikation genug Zeit bleibt, und dass unsere Gesellschaft soziale Marginalisierung als entscheidende Barriere erkennt und überwindet. Insbesondere in diesen drei Hinsichten ist Klarheit über die Frage nötig, was wirklich zählt – nämlich jeder Mensch.

4

GESUNDHEITLICHE VERSORGUNGSSITUATION VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNG IM LICHT DER UN-BEHINDERTENRECHTSKONVENTION AUS ÄRZTLICHER SICHT

PROF. DR. MED. MICHAEL SEIDEL

ÄRZTLICHER DIREKTOR V. BODELSCHWINGHSCHER STIFTUNGEN BETHEL

Meine Damen und Herren, über die ehrenvolle Einladung, heute hier an dieser prominenten Stelle das Referat zu halten, freue ich mich. Und fast noch mehr freue ich mich, dass es diese heutige Veranstaltung gibt.

Es ist mittlerweile doch eine gewisse Wegstrecke, auf die ich zurückschauen kann im Hinblick auf die Mitwirkung an der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen. Allerdings fokussiert sich das bei mir sehr stark auf Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Über diese rund zwanzig Jahre konnte ich beobachten, dass dieses Thema wirklich immer mehr vom Rand in den Mittelpunkt der Betrachtung rückt. Das ist das, was man auch als Disability Mainstreaming bezeichnet, nämlich Behinderung vom Rand in die Mitte, in den mainstream, der Gesellschaft zu holen. Ich glaube, mit solchen Veranstaltungen wie der heutigen kann das besonders gut gelingen. Ich danke allen, die sich für diese Veranstaltung eingesetzt und sie vorbereitet haben.

Ich möchte mich ausdrücklich bei Herrn Professor Huber als meinem Vorredner dafür bedanken, dass er das quasi olympische Ideal des perfekten Menschen in Frage gestellt hat. Zu diesem olympischen Ideal gehört auch die zweifelhafte Aussage, in einem gesunden Körper wohne ein gesunder Geist. Wir stellen dem eine andere Aussage entgegen, die auf unsere jüdisch-christliche Tradition zurückgeht, die den Menschen in seiner Verletzlichkeit und Angewiesenheit auf mitmenschliche Bezüge kennt. Wir müssen das im Blick halten, um einem entkoppelten Verständnis von

menschlicher Autonomie entgegen zu wirken, dem zwischenmenschliche Solidarität fremd ist. Für mich gehört eine Haltung der Achtsamkeit, eine Haltung der Fürsorglichkeit untrennbar zur Verwirklichung von Selbstbestimmung. Das wollte ich gerne noch zum Anfang sagen, bevor ich in mein Thema einsteige.

Ich stehe heute vor der Schwierigkeit, einerseits etwas Allgemeines über Behinderungen zu sagen – und es nicht gleich auf eine spezifische Form der Behinderung einengen kann – und andererseits möglichst konkret werden möchte.

Natürlich fange ich mit der schon zitierten UN-Behindertenrechtskonvention, abgekürzt UN-BRK, an. Sie wurde 2006 von den Vereinten Nationen verabschiedet, ist seit 2009 in Deutschland verbindliches Recht. Dort heißt es im Artikel 1: „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“. Es ist richtig, hier wird der Begriff Behinderung nicht definiert, aber es wird deutlich auf das Verständnis von Behinderung Bezug genommen, das der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderungen und Gesundheit, der sogenannten ICF zugrunde liegt.

Die UN-BRK enthält keineswegs nur Aussagen über Bildung und Gesundheit, sondern über viele weitere Aspekte, die für uns, die wir in der gesundheitlichen Versorgung arbeiten,

ebenfalls relevant sind. Sie beschreibt allgemeine Grundsätze, sie spricht über Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung, sie spricht über Aspekte der Bewusstseinsbildung, der Zugänglichkeit und Barrierefreiheit. Sie spricht das Recht auf Bildung, Gesundheit, Habilitation und Rehabilitation, Arbeit und Beschäftigung, auf Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben, auf Teilhabe am kulturellen Leben sowie Erholung, Freizeit und Sport an.

Die UN-Behindertenrechtskonvention schafft für die Menschen mit Behinderungen jedoch kein neues Recht. Sie tut eigentlich nichts anderes, als die allgemeine Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen für Menschen mit Behinderungen zu präzisieren und zu konkretisieren. In der UN-BRK heißt es z. B. – und eine solche Veranstaltung wie die heutige können wir hier einordnen –: „Die Vertragsstaaten verpflichten sich, sofortige wirksame und geeignete Maßnahmen zu ergreifen

- a) um in der gesamten Gesellschaft das Bewusstsein für Menschen mit Behinderungen zu schärfen und die Achtung ihrer Rechte, ihrer Würde zu fördern
- b) Klischees, Vorurteile, schädliche Praktiken gegenüber Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen zu bekämpfen
- c) das Bewusstsein für die Fähigkeiten und den Beitrag von Menschen mit Behinderungen zu fördern, und zu diesen diesbezüglichen Maßnahmen gehört, eine positive Wahrnehmung von Menschen mit Behinderungen und ein größeres gesellschaftliches Bewusstsein ihnen gegenüber zu fördern.

Wir müssen jedoch auf die schon erwähnte Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO zurückgreifen. Dort wird ein integratives Modell von Behinderung vorgestellt.

Das traditionelle Modell Behinderung, in der Literatur als das medizinische Modell bezeichnet, sieht Behinderung ausschließlich als ein individuelles Problem, dem man mit medizinisch-therapeutischen Maßnahmen, mit Hilfsmitteln usw. beikommen kann.

Das entgegengesetzte Modell, das sog. soziale Modell, behauptet: Nein, Behinderung ist in erster Linie ein gesellschaftlich geschaffenes Problem. Dieses Modell kennen Sie wahrscheinlich unter dem kämpferischen Motto: „Behindert ist man nicht, behindert wird man“. Diese zitierte Aussage ist natürlich eine provokante Zuspitzung. In Wirklichkeit werden wir dem komplexen Phänomen von Behinderung nur gerecht, wenn wir beide Modelle von Behinderung integrieren. So hat es die ICF getan, indem sie das medizinische und das soziale Modell miteinander zum integrativen Modell von Behinderung verschränkt hat.

Wichtig ist, dass im konzeptionellen Rahmen der ICF aus einem bestimmten Gesundheitsproblem oder aus einer Krankheit bestimmte Schädigungen von Körperfunktionen oder Körperstrukturen hervorgehen können, die sich ihrerseits auswirken als Beeinträchtigungen von Aktivitäten. Diese können dann wieder zu Beeinträchtigungen der Teilhabe führen. Die Beeinträchtigungen können sogar negativ zurückwirken auf das Gesundheitsproblem am Beginn der Kette. Nebenbei und im Vorgriff : Es stellt für uns eine Herausforderung dar, hier tätig zu werden, um die Verschlimmerung von Gesundheitsproblemen vor dem Hintergrund von Behinderung, welcher Art auch immer, zu verhindern.

Interessant ist bei diesem integrativen Modell der ICF, dass es nicht allein um eine Kette geht, sondern grundsätzlich zwischen allen Aspekten Wechselwirkungen in jeder Richtung stattfinden können. All das vollzieht sich obendrein vor dem Hintergrund der so-

4

genannten Kontextfaktoren, bestehend zum einen aus der sozialen und physischen Umwelt, zum anderen aus den personenbezogenen Faktoren, die jeder Mensch individuell mitbringt. Insofern ist Behinderung nach der ICF ein Oberbegriff zu den Schädigungen der Körperfunktionen oder Körperstrukturen, zu den Beeinträchtigungen der Aktivitäten, also zu Beeinträchtigungen der Teilhabe.

Es gibt ein schönes Zitat von Gro Harlem Brundlandt, der vormaligen Generaldirektorin der WHO: „Health ist the ability to live life to its full potential – Gesundheit ist die Fähigkeit, das Leben nach allen seinen Möglichkeiten zu leben“. Ich glaube, es sollte für uns Ärztinnen und Ärzte, für uns Zahnärztinnen und Zahnärzte ein Ansporn sein, auf unserem jeweiligen Gebiet dazu beizutragen, dass jeder Mensch – gerade auch Menschen mit Behinderungen – die Möglichkeit hat, sein Leben nach allen Möglichkeiten zu leben.

Funktionsfähigkeit wird im deutschsprachigen Raum auch als funktionale Gesundheit bezeichnet. Funktionale Gesundheit ist gewissermaßen das Gegenstück zu Behinderung. Funktionale Gesundheit und Behinderung stehen natürlich in einem Spannungsverhältnis zueinander.

Die Begriffe Barriere und Barrierefreiheit, häufig verwendet und auch heute im Titel der Veranstaltung, beziehen sich nun aber nicht nur auf bauliche oder architektonische Aspekte. Der Begriff der Barrieren ist ebenfalls in der ICF konzeptualisiert worden. Als Barrieren gelten alle Faktoren der physischen und sozialen Umwelt, die der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen im Wege stehen. Damit ist unmissverständlich klar: Der Begriff der Barrieren meint keineswegs nur bauliche und gebäudetechnische Probleme. Im Grunde genommen kann man etwas blumig sagen, es gibt Barrieren im Kopf – die mentalen Barrieren –, es gibt Barrieren im Herzen und es gibt

Barrieren bis hin zu den Füßen der Menschen. Barrieren gibt es, wenn ich es etwas prägnanter ausdrücke, in der Haltung und in den Einstellungen zu Menschen mit Behinderungen oder eben als fehlenden Respekt. Das klingt so furchtbar banal. Gleichzeitig, erfährt man von Menschen mit Behinderungen, dass sie oft Grund haben, über solche Mängel, über solche Barrieren zu klagen.

Auch die Haltung unter uns Medizinern zum Phänomen Behinderung als solchem ist ein Problem. Im Grunde genommen sehe ich uns, die wir im Gesundheitswesen tätig sind, sogar in einer gewissen Weise vor einer Paradoxie. Auf der einen Seite begegnen uns Menschen täglich in ihrer leiblichen, seelischen Verletzlichkeit, auch oft als Leidende. Auf der anderen Seite ist Behinderung oft etwas, an dem wir die Grenze unserer Einflussnahme sehen. Ein Stück weit führt uns Behinderung immer auch die Grenzen unserer ärztlichen Kunst vor Augen. Für unser berufliches Selbstverständnis ist es zuweilen eine Kränkung, dass es Zustände gibt, die wir mit unseren Mitteln nicht mehr ausreichend im positiven Sinne beeinflussen können.

Auch ein Mangel an Fachwissen wirkt sich als Barriere aus, ebenso fehlende Handlungs- und Kommunikationskompetenz. Es klingt banal, man solle mit Menschen mit Behinderungen angemessen und respektvoll kommunizieren. Aber gerade Menschen mit schweren Behinderungen berichten, dass oft über ihren Kopf und an ihnen vorbei mit ihren Begleitpersonen geredet wird.

Über die Zugänglichkeit von Praxen und Krankenhäusern ist gesprochen worden. Barrierefreie Räumlichkeiten, barrierefreie Raumgestaltung sind eigentlich selbstverständlich.

Aber woher kommen die Barrieren? Es sind einmal allgemeine gesellschaftliche und politische Bedingungen und Faktoren, die die

Barrieren erzeugen, auch wirtschaftliche Allokationsentscheidungen. Damit ist die Beseitigung von Barrieren natürlich eine Herausforderung für die gesamte Gesellschaft.

Im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung gibt es jedoch viele Barrieren, die im Gesundheitssystem selbst lokalisiert sind oder dort entstehen. Es sind beispielsweise Entscheidungen der Legislative (auf Länder- und auf Bundesebene), Entscheidungen der Exekutive (auf Länder- und Bundesebene), aber auch Entscheidungen der Selbstverwaltungsgremien. Das beginnt bei den Sozialleistungsträgern, beim Gemeinsamen Bundesausschuss und endet schließlich auf der Ebene der praktischen Probleme in der unmittelbaren Versorgungssituation in der Praxis, im Krankenhaus usw.

Jetzt möchte ich Ihnen kurz eine allgemeine Perspektive auf das Verhältnis von Behinderung und Gesundheitsversorgung vermitteln. Wir müssen nämlich zwei grundsätzliche Konstellationen unterscheiden. Das zu verstehen ist wichtig, wenn wir über diesen Komplex heute im Laufe des Tages diskutieren.

Erstens haben wir einen behinderungsunspezifischen Versorgungsbedarf, den Menschen mit Behinderungen wie andere Menschen haben. Zweitens gibt es einen gesundheitlichen Versorgungsbedarf, der unmittelbar in der Behinderung begründet ist. Die Maßnahmen in diesem Fall zielen darauf, die Behinderung zu lindern oder sie in anderer Weise positiv zu beeinflussen.

Ich möchte Ihnen zunächst den Komplex des behinderungsunspezifischen Versorgungsbedarfs nahebringen, also den Bedarf, den behinderte Menschen wie andere Menschen auch haben. Bei dieser Situation ist die Behinderung selbst also nicht Gegenstand einer therapeutischen, einer kurativen, einer diagnostischen oder rehabilitativen Bemühung,

sondern die Behinderung stellt den Kontext der Versorgung dar. Die Person mit der Behinderung braucht bestimmte Bedingungen in der konkreten Versorgungssituation. Dazu sind unter Umständen bestimmte Rahmenbedingungen nötig. Das kann die Ausstattung betreffen, das Fachwissen, die Handlungskompetenz, die Kommunikationskompetenz und natürlich oft auch organisatorische Voraussetzungen. Wenn zu spezifischen Fragestellungen vor Ort Wissen und die Kompetenzen vorhanden sind, käme es beispielsweise darauf an, entsprechende Kompetenzen abzurufen zu können an einer Stelle, die leicht erreichbar ist usw.

Als weiteres Beispiel führe ich die Forderung nach erweiterten Präventionsmaßnahmen zu Lasten der Krankenkassen, die sich auf die Mundgesundheit bei kognitiv beeinträchtigten und pflegebedürftigen Menschen betreffen, an. Es kann beileibe nicht vorausgesetzt werden, dass jeder Mensch zu jeder Zeit selbstständig und sachgerecht seine Mundpflege – unter der Überschrift Eigenverantwortung – ausführen kann.

Dabei sind es im Hinblick auf die selbstständige Ausübung von Maßnahmen der Gesundheitspflege nicht nur die manuellen Kompetenzen. Eigenverantwortung ist heute oft eine euphemistische Umschreibung für bestimmte finanzielle Eigenbeiträge der Versicherten. Dazu ist jemand, der beispielsweise als Heimbewohner mit einem Barbetrag von 90 Euro im Monat zurechtkommen muss, nicht ohne weiteres in der Lage. Eine Brille, die in meinem Lebensalter bestimmt nicht alle 10 Jahre, sondern vielleicht alle zwei Jahre neu verordnet werden muss, selbst zu bezahlen, ist für viele Menschen mit Behinderungen schlicht aus finanziellen Gründen nicht möglich. Früher trat dafür die Sozialhilfe ein, aber noch zur Geltungszeit des Bundessozialhilfegesetzes hat man diese Auffangfunktion durch gesetzgeberische Entscheidung zerstört.

Herr Professor Huber hat dankenswerterweise schon auf erwachsene Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen hingewiesen. Kinder und Jugendliche mit schweren Behinderungen haben seit langem die Möglichkeit, die spezialisierten fachlichen Kompetenzen in den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) zu nutzen. Wenn diese Jugendlichen das Alter von etwa 18 Jahren erreichen, ist – von Ausnahmen abgesehen – Schluss mit der Versorgung durch die SPZ. Diese jungen Menschen fallen dann in ein versorgungsstrukturelles Vakuum, weil sie ausschließlich auf das Regelversorgungssystem für erwachsene Menschen angewiesen sind, das aber derartige Spezialisierungen nicht kennt. Gerade bei dieser besonders vulnerablen Gruppe unterbleibt eine sachgerechte Transition vom spezialisierten kinder- und jugendmedizinischen Kontext in den erwachsenenmedizinischen Kontext. Vor allem stellt das Regelversorgungssystem an die Erschließung und Koordination der erforderlichen Leistungen durch die Betroffenen oder ihre Unterstützersysteme sehr hohe Anforderungen. Oft scheitern sie daran. Das berichten jedenfalls Familien von jungen Erwachsenen mit mehrfacher Behinderung. Immer wieder erreichen mich erschütternde Schilderungen von Problemen von Familien. Sie können aus Zuständigkeitsgründen nicht mehr zum SPZ gehen und wissen nicht mehr, an wen sie sich wenden können. In diesen skandalösen Mängeln ist übrigens die langjährige Forderung an den Gesetzgeber nach gesetzlichen Grundlagen für die ambulant tätigen und interdisziplinär besetzten Medizinischen Zentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung begründet.

Ich bin übrigens mit diesem Beispiel in den Bereich der behinderungsspezifischen Versorgung gelangt.

Ich nenne deshalb noch ein prägnantes Beispiel mit Blick auf die Grenzen der Regelversor-

gung für einen eigentlich behinderungsun-spezifischen Behandlungsbedarf: Manchmal wird bei Menschen mit schweren oder komplexen Behinderungen die Durchführung von Zahnbehandlungen unter Vollnarkose erforderlich. Wie kann das geschehen, wenn kein Anästhesist für die Durchführung der ambulanten Narkose zur Verfügung steht, wenn die Vergütung ambulanten Narkosen nicht ausreichend geregelt ist? Leider ist das vielerorts ein großes Problem. Ich habe Anfang der Woche auf mein Interview im Ärzteblatt hin zwei Anrufe von zwei Anästhesistinnen bekommen, die mich auf dieses Problem nochmals ausdrücklich hingewiesen haben. Oder denken Sie als weiteres Beispiel an eine sachgerechte OP-Aufklärung unter Mitwirkung eines Gebärdendolmetschers für jemanden, der hörbehindert ist. Was geschieht, wenn ein Gebärdendolmetscher nicht zur Verfügung steht?

Bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung steht immer auch im Dienste der Förderung der Teilhabemöglichkeiten in vielen Bereichen, auch wenn das im SGB V so gar nicht explizit benannt ist. Letztendlich unterstützt jede adäquate Gesundheitsversorgung die Entfaltung der Teilhabemöglichkeiten in vielen Lebensbereichen: Das beginnt bei der Bildung, geht über Beschäftigung und Berufsausübung bis hin zu politischer oder kultureller Betätigung.

Nun komme ich zurück zu dem anderen Komplex, bei dem sich der gesundheitliche Versorgungsbedarf unmittelbar auf die Behinderung richtet und damit natürlich ebenfalls im Dienste der Teilhabeförderung steht. Das ist vergleichsweise einfach darzustellen. Die Behinderung – auch in Form einer behindernden chronischen Krankheit mit Therapiebedarf – selbst ist also Gegenstand der therapeutischen Bemühungen. Gleichzeitig stellt die Behinderung – oder möglicherweise mehrere Behinderungen zugleich – den Kon-

text der medizinischen Versorgung dar. Natürlich sind die gleichen Voraussetzungen zu schaffen wie für die behinderungsunspecifische Versorgung. Ein Beispiel: Sie wissen, dass Menschen mit angeborenen oder erworbenen cerebralen Bewegungsstörungen oft Langzeitverordnungen von Heilmitteln brauchen. Man könnte wahrscheinlich von vielen Beispielen aus der Praxis berichten, wie schwer es Betroffenen fällt, solche Langzeitverordnungen zu bekommen. Viele Kolleginnen und Kollegen kennen leider die vom GBA getroffenen Regelungen zu den Langzeitverordnungen nicht und unterlassen aus Angst vor Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regressforderungen solche Verordnungen.

Es ist schon der Artikel 25 der UN-BRK zitiert worden: Menschen mit Behinderungen haben das Recht auf eine Gesundheitsversorgung wie andere Menschen auch und außerdem auf die Leistungen, die sie speziell wegen ihrer Behinderung benötigen. Wir dürfen diesen Gleichstellungsaspekt nicht als Gleichmacherei fehlinterpretieren. Menschen mit Behinderungen benötigen manchmal sehr spezielle oder sehr differenzierte Leistungen, nicht nur im Bildungsbereich sondern eben auch im Gesundheitsversorgungsbereich. Das kann dann u. U. auch zu spezialisierten Angeboten führen. Überhaupt ist ja das Gesundheitssystem aus gutem Grunde in hohem Maße von Spezialisierung geprägt.

Das Ziel der Unabhängigkeit und das Ziel der Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens sind schon angesprochen worden. Es kann dafür auch erforderlich werden, Geräte und Technologien – Stichwort Unterstützte Kommunikation – zur Erschließung von Teilhabemöglichkeiten zur Verfügung zu stellen.

Herr Zöller hat bereits erwähnt, der § 2a SGBV bestimme schon, dass den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen ist. Das ist

richtig, dieser Passus im SGB V müsste eigentlich eine permanente Selbstaufforderung an den Gesetzgeber sein, regelmäßig zu prüfen, ob die Gesetze, die das Gesundheits- und Sozialsystem regulieren, wirklich geeignet sind, die Versorgungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen zu gestalten. Ich bin stolz darauf, dass wir seinerzeit über die Fachverbände der Behindertenhilfe diesen Paragraphen im SGB V erkämpft haben. Ich bedauere umso mehr, dass er bis heute so wenig praktische Wirkung entfaltet.

Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, im Spiegel der Erfahrungsberichte von Menschen mit Behinderungen und deren Angehörigen stehen der bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung im Alltag vielfältige Barrieren entgegen. Es geht darum, diese Barrieren zu beseitigen. Ich darf Sie darauf hinweisen, dass viele dieser Barrieren im sogenannten Parallelbericht der UN-BRK-Allianz aufgelistet worden und vor allem auch Forderungen zur Überwindung genannt worden sind. Die UN-BRK-Allianz ist ein freiwilliger Zusammenschluss der Selbsthilfe, Betroffenenverbände, der Fachverbände, wo aus Betroffenen-sicht eine kritische Gesamtschau der Versorgungssituation und der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland über alle Sektoren der Gesellschaft, über alle Artikel der Konvention vorgenommen worden ist. Auf den Seiten 51 bis 59 des Abschlussberichtes von Anfang 2013 – der übrigens im Internet abrufbar ist – können Sie über die vielfältigen Barrieren in der Gesundheitsversorgung lesen.

Aber lassen Sie uns Ärztinnen und Ärzte, uns Zahnärztinnen und Zahnärzte nicht immer auf die anderen, auf Politik oder Selbstverwaltung, warten. Der Abbau von Barrieren der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen beginnt im Kopf und im Herzen einer jeden und eines jeden von uns. Es müssen aber konkrete Handlungen folgen.

4

Der Abbau von Barrieren endet jedoch nicht mit individuellem Verhalten und mit individuellem Kompetenzerwerb. Er verlangt, dass durch den Gesetzgeber und durch die Gremien der Selbstverwaltung adäquate Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung geschaffen werden.

Die Zusammenarbeit der vier Träger der heutigen Veranstaltung ist ein schönes Beispiel dafür, dass verstanden wurde, dass diese hochkomplexe Aufgabe nur gemeinsam bewältigt werden kann. Jenseits dieses heutigen Tages daran entschlossen zu arbeiten sind die Gremien der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen ebenso aufgefordert wie die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger in Bundestag und Landtagen. Ich denke beispielsweise an die Themen Krankenhausplan und Bedarfsplanung.

Es wäre so wichtig, mittels systematischer Aktionsplänen aller beteiligten Akteure die Aufmerksamkeit gezielt auf die Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen zu richten. Vielzahl und Vieltätigkeit der Barrieren verlangen, dass alle Akteure zusammenarbeiten und sich untereinander abstimmen.

Es ist falsch, zu sagen, zuerst einmal solle die Gesundheitspolitik vorangehen oder zuerst

sollen die Ärzte und Zahnärzte vorangehen. Wir müssen gemeinsam vorangehen, uns untereinander abstimmen. Dazu gehört auch das offene Wort, was man von der anderen Seite erwartet. Dass die heutige Veranstaltung ein Beispiel sein mag, wurde schon angesprochen.

Zum Abschluss möchte ich noch einmal Rudolf Henke zitieren, der 2004 auf dem Ärztetag in Bremen formuliert hat: „Der behinderte Mensch, jeder behinderte Mensch hat von Anfang seiner Existenz an bei allen Begrenzungen seine eigene Würde, eine Würde, die nicht Unbehinderte ihm verleihen oder zuerkennen können, sondern die er als Mensch hat, nicht weniger als jeder Unbehinderte“.

Lassen Sie sich bitte alle fragen: Wie werde ich als Ärztin oder als Zahnärztin, als Zahnarzt oder als Arzt meinen Patienten mit Behinderungen besser gerecht als bisher? Was kann ich tun im Hinblick auf meine ärztliche oder zahnärztliche Arbeit vor Ort? Was kann ich tun, wenn ich in einem Gremium der Selbstverwaltung tätig bin? Wie wird Patienten mit Behinderungen eine bedarfsgerechtere Gesundheitsversorgung als bisher zuteil? Jede und jeder von uns ist hier gefragt.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Der Beitrag wurde für die Drucklegung etwas gestrafft)

BARRIEREN ABBAUEN

PRÄSENTATIONSFOLIEN ZUM VORTRAG VON
PROF. DR. MED. MICHAEL SEIDEL

**Gesundheitliche Versorgungssituation von
Menschen mit Behinderung
im Licht der UN-Behindertenrechtskonvention
– aus ärztlicher Sicht**

Michael Seidel

v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel

Kooperationstagung „Barrieren abbauen“

Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, Kassenzahnärztliche
Bundesvereinigung, Kassenärztliche Bundesvereinigung

Berlin, 9. September 2013

Bethel 

**UN-
Behindertenrechtskonvention**

Bethel 


Bethel 

**Übereinkommen der Vereinten Nationen
über die Rechte
von Menschen mit Behinderungen**

UN-BRK

United Nations 2006



Bethel 

UN-BRK

Artikel 1 Zweck (der UN-BRK)

**...Zu den Menschen mit Behinderungen
zählen Menschen, die langfristige
körperliche, seelische, geistige oder
Sinnesbeeinträchtigungen haben,
welche sie in Wechselwirkung mit
verschiedenen Barrieren an der vollen,
wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe
an der Gesellschaft hindern können...**

**Expliziter Bezug auf das Verständnis
von Behinderung gemäß der ICF**

BARRIEREN ABBBAUEN


UN-BRK

- 
- Artikel 3 Allgemeine Grundsätze: Würde, Selbstbestimmung
 - Artikel 5 Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung
 - Artikel 8 Bewusstseinsbildung
 - Artikel 9 Zugänglichkeit und Barrierefreiheit
 - Artikel 10 Recht auf Leben
 - Artikel 24 Bildung
 - Artikel 25 Gesundheit
 - Artikel 26 Habilitation und Rehabilitation
 - Artikel 27 Arbeit und Beschäftigung
 - Artikel 29 Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben
 - Artikel 30 Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport

Bethel 

UN-BRK

Artikel 8 Bewusstseinsbildung

- 
- (1) Die Vertragsstaaten verpflichten sich, sofortige, wirksame und geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um
- a) in der gesamten Gesellschaft, ... das Bewusstsein für Menschen mit Behinderungen zu schärfen und die Achtung ihrer Rechte und ihrer Würde zu fördern;
 - b) Klischees, Vorurteile und schädliche Praktiken gegenüber Menschen mit Behinderungen, ... in allen Lebensbereichen zu bekämpfen;

Bethel 

UN-BRK

Artikel 8 Bewusstseinsbildung

...

c) das Bewusstsein für die Fähigkeiten und den Beitrag von Menschen mit Behinderungen zu fördern.

(2) Zu den diesbezüglichen Maßnahmen gehören

...

ii) eine positive Wahrnehmung von Menschen mit Behinderungen und ein größeres gesellschaftliches Bewusstsein ihnen gegenüber zu fördern, ...

Bethel  

Was ist Behinderung?

Bethel 

BARRIEREN ABBAUEN

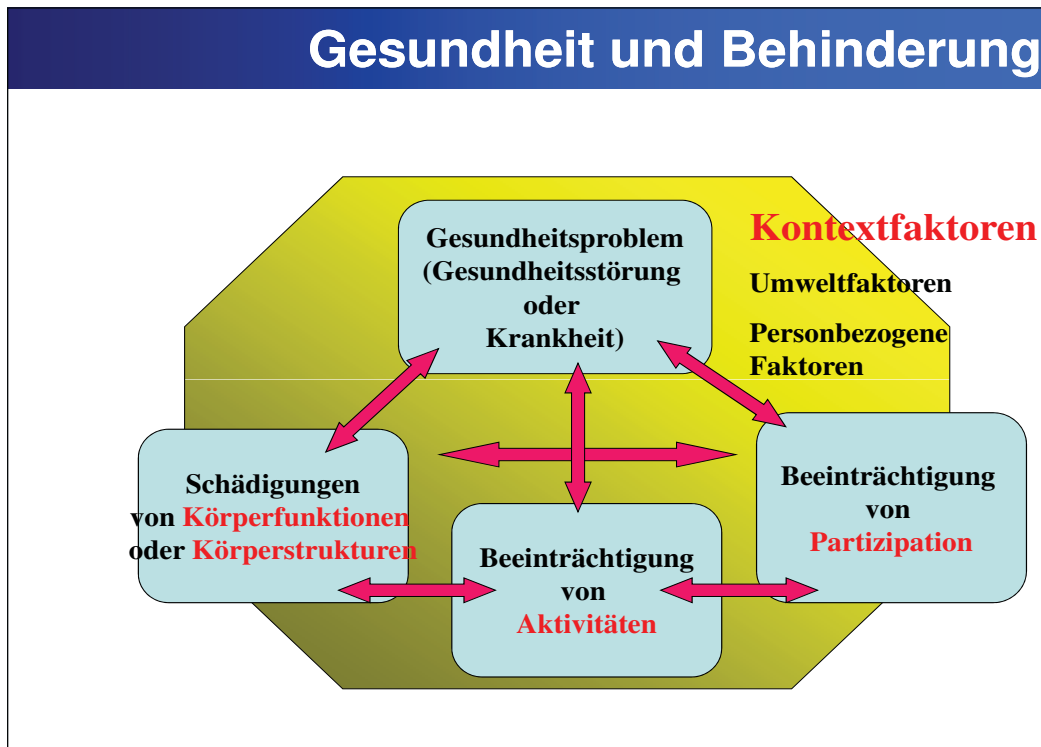


Integratives Modell von Behinderung

Integratives Modell

Medizinisches Modell
 Behinderung als Problem
 des Individuums,
 verursacht
 durch Krankheit, Trauma
 oder andere
 gesundheitsbezogene
 Zustände

Soziales Modell
 Behinderung
 hauptsächlich als
 gesellschaftlich
 geschaffenes Problem



- ## ICF-Definition von *Behinderung*
- Oberbegriff zu**
- Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder Körperstrukturen (Schädigungen),
 - Beeinträchtigungen der Aktivitäten,
 - Beeinträchtigungen der Partizipation.

BARRIEREN ABBAUEN

Gesundheit in funktionaler Betrachtung

Health is the ability to live life to its full potential.

Gro Harlem Brundlandt, 2002, Trieste

**Funktionale
Gesundheit**

Behinderung

Barrieren und Barrierefreiheit

Barrieren

Der Begriff der Barrieren ist in der ICF (WHO 2001) konzeptualisiert.

Barrieren sind **alle** Faktoren der physischen und sozialen Umwelt, die der unbeeinträchtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen im Wege stehen.

„Barrieren“ meint also keineswegs nur bauliche, gebäudetechnische Hindernisse.

Barrieren

Barrieren gibt es insbesondere in folgenden Bereichen:

- Haltung und Einstellung zu Menschen mit Behinderung, Respekt
- Haltung zu „Behinderung“
- Fachwissen
- Handlungskompetenz
- Kommunikationskompetenz
- Zugänglichkeit
- Barrierefreie Räumlichkeiten und barrierefreie Raumgestaltung (Licht, Orientierung usw.)

Lokalisation der Barrieren

1. allgemeine gesellschaftliche und politische Bedingungen
2. Bedingungen im Gesundheitssystem
 - Entscheidungen der Legislative (Länder, Bund)
 - Entscheidungen der Exekutive (Länder, Bund)
 - Entscheidungen der Selbstverwaltung (Sozialleistungsträger, GBA usw.)
 - Praktische Probleme auf der Ebene der Leistungserbringung

Behinderung und Gesundheitsversorgung

Behinderung und Gesundheitsversorgung

Zwei Konstellationen sind grundsätzlich unterscheidbar:

- 1) Behinderungsunspezifischer gesundheitlicher Versorgungsbedarf, den Menschen mit Behinderungen wie andere Menschen haben.
(Beispiele:
Psychotherapie, Zahnbehandlung, Krankenhausbehandlung)
- 2) Gesundheitlicher Versorgungsbedarf, der unmittelbar mit der Behinderung zusammenhängt bzw. sich auf ihre Linderung usw. richtet
(Beispiele:
Heilmitteln bei bestimmten Behinderungsbildern
adäquate fachliche Hilfen, z. B. Soziotherapie, für seelisch behinderte Menschen)

Behinderung und Versorgungsbedarf

- 1) Behinderungsunspezifischer gesundheitlicher Versorgungsbedarf, den Menschen mit Behinderungen wie andere Menschen haben.

Behinderungsunspezifischer Versorgungsbedarf

Die Behinderung stellt den **Kontext** der Behandlung dar

U. U. sind deshalb bestimmte Rahmenbedingungen nötig:

- Ausstattung
- Fachwissen
- Handlungskompetenz
- Kommunikationskompetenz
- Organisatorische Voraussetzungen (Kooperationen, Netzwerke, Konsiliarsysteme usw.)

Behinderungsunspezifischer Versorgungsbedarf

Beispiele

- 1) Durchführung von Zahnbehandlungen unter Vollnarkose bei Personen mit schwerer geistiger Behinderung
- 2) OP-Aufklärung unter Mitwirkung eines Gebärdendolmetschers

Behinderungsunspezifischer Versorgungsbedarf

Die bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung fördert Teilhabemöglichkeiten in vielen Bereichen:

- Bildung
- Beschäftigung und Beruf
- Soziale, kulturelle Betätigung
- Staatsbürgerliche und politische Betätigung
- usw.

Bethel 



Behinderung und Versorgungsbedarf

2) Gesundheitlicher Versorgungsbedarf, der unmittelbar mit der Behinderung zusammenhängt bzw. sich auf ihre Linderung usw. richtet

Bethel 



Behinderungsbedingter Versorgungsbedarf

Die Behinderung (ggf. chronische Krankheit) selbst ist Gegenstand der therapeutischen Bemühungen

Die Behinderung stellt gleichzeitig den Kontext der Versorgung dar

In der Regel sind bestimmte Rahmenbedingungen nötig:

- Ausstattung
- Fachwissen
- Handlungskompetenz
- Kommunikationskompetenz
- Organisatorische Voraussetzungen (Kooperationen, Netzwerke, Konsiliarsysteme usw.)

Behinderungsbedingter Versorgungsbedarf

Beispiele:

- 1) Langzeitverordnungen von Heilmitteln bei zerebralen Bewegungsstörungen
- 2) Erweiterte Präventionsmaßnahmen für die Mundgesundheit bei kognitiv beeinträchtigten oder pflegebedürftigen Menschen
- 3) Versorgung von Menschen mit fehlender lautsprachlicher Kommunikation mit technischen Geräten zur Unterstützten Kommunikation

UN-BRK

Artikel 25:

- Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard **wie für andere Menschen**
- Gesundheitsleistungen, die von Menschen mit Behinderungen **speziell wegen ihrer Behinderungen** benötigt werden

UN-Übereinkommen

Festlegungen in Artikel 26

- Maßnahmen, ... um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an **Unabhängigkeit**, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle **Einbeziehung** in alle Aspekte des Lebens und die volle **Teilhabe** an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren,
- Entwicklung der **Aus- und Fortbildung** für Fachkräfte und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Habilitations- und Rehabilitationsdiensten,
- Förderung der Verfügbarkeit, der Kenntnis und die Verwendung unterstützender **Geräte** und **Technologien**

SGB V

§ 2 a SGB V:

„Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.“

Gesundheitlicher Versorgungsbedarf

Im Spiegel der Erfahrungsberichte von Menschen mit Behinderungen und deren Angehörigen stehen aber der bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung in der alltäglichen Wirklichkeit vielfältige Barrieren entgegen.

Es geht darum, diese Barrieren zu identifizieren und zu beseitigen.

Parallelbericht der BRK-Allianz (2013)

Parallelbericht der BRK-Allianz

BRK-ALLIANZ (Hg.)

Allianz der deutschen Nichtregierungsorganisationen zur
UN-Behindertenrechtskonvention

Für Selbstbestimmung, gleiche Rechte,
Barrierefreiheit, Inklusion!



Erster Bericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der
UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland

Parallelbericht zu Art. 25

Auf den Seiten 51-59 des Parallelberichts sind vielfältige Barrieren in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen beschrieben (Wissensdefizite, Kompetenzmängel, leistungsrechtliche Probleme usw.)

und konkrete Forderungen zur Verbesserung der Situation formuliert.

Herausforderungen

Der Abbau der Barrieren der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung beginnt im Kopf und im Herzen einer jeden Ärztin, eines jeden Arztes.

Es müssen konkrete Handlungen (Wissenserwerb, Abbau von Barrieren in Praxis und Krankenhaus usw.) folgen.

Herausforderungen

Der Abbau der Barrieren der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung endet damit aber nicht, sondern verlangt, dass adäquate Rahmenbedingungen hergestellt werden.

Daran entschlossen zu arbeiten sind die Gremien der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen ebenso gefordert wie die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger im Bundestag, in den Landtagen sowie in der staatlichen Exekutive des Bundes und der Länder.

Herausforderungen

Vielzahl und Vielgestaltigkeit der Barrieren verlangen, dass alle Akteure zusammenarbeiten und sich untereinander abstimmen.

Die heutige Veranstaltung kann dafür als Beispiel dienen.

GESUNDHEITLICHE VERSORGUNGSSITUATION VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNG IM LICHT DER UN-BEHINDERTENRECHTSKONVENTION AUS BETROFFENENSICHT

PROF. DR. MED. JEANNE NICKLAS-FAUST,

BUNDESGESCHÄFTSFÜHRERIN DER BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE E.V.

Vielen Dank für die Einladung und die nette Einführung. Ich kann mich den Dankesworten von Herrn Professor Seidel anschließen. Wir beide sind jetzt schon lange zu diesem Thema aktiv und wir freuen uns sehr, dass die Ärzteschaft in ihrer Selbstverwaltung dieses Thema seit einigen Jahren aufgreift und zum Thema dieser Tagung gemacht hat.

Nach zwei Grundsatzreferaten, erst von Professor Wolfgang Huber, der sehr stark auf das Menschenbild eingegangen ist, und dann von Professor Michael Seidel, der sehr systematisch über Fragen der gesundheitlichen Versorgung gesprochen hat, werde ich mich nun mit konkreten Beispielen befassen. Dabei kann ich sehr gut an den Ausführungen von Professor Huber zum Menschenbild anknüpfen. Manchmal werde ich fachmedizinische Gesichtspunkte ansprechen, sollte Ihnen das unverständlich sein, freue ich mich über ein Zeichen oder Zwischenfragen.

Es ist schon angesprochen: Die naheliegendsten Barrieren sind räumliche Barrieren. Barrieren, die man nicht braucht, wenn man mobilitätseingeschränkt beispielsweise mit dem Rollstuhl in der Welt unterwegs ist. Auf der anderen Seite gibt es aber auch ganz andere Barrieren, die dazu beitragen, dass Menschen mit Behinderungen es schwerer haben, eine so gute Gesundheitsversorgung zu haben, wie es die UN-Behindertenrechtskonvention als Menschenrecht formuliert.

Gliederung

Deshalb werde ich mit Ihnen über folgendes reden: Zunächst einmal über die Herausforderungen einer guten gesundheitlichen

Versorgung für Menschen mit Behinderung. Hierbei werde ich auch konkret auf Beispiele, die von Menschen mit Behinderungen geäußert worden sind, eingehen.

Hierzu zwei kleine Beispiele von räumlichen Hürden der Inanspruchnahme: Es ist tatsächlich nicht einfach, Praxen zu finden, in denen eine Rollstuhlfahrerin einen geeigneten gynäkologischen Stuhl vorfindet, oder auch eine Gynäkologin, die sie ohne diesen Stuhl untersucht. In der Nähe einer Wohngruppe für Menschen mit Behinderung in Berlin-Mitte gibt es keine einzige Hausarztpraxis, die für Menschen, die im Rollstuhl sitzen, zugänglich ist, weil sie alle in Berliner Altbauten liegen. Dort gibt es keine barrierefreien Zugänge, allenfalls einen Aufzug zur halben Treppe.

Es geht dann um die Frage, welche Barrieren ergeben sich daraus, dass Besonderheiten bei der Gesundheitsversorgung zu beachten sind. Besonderheiten im Auftreten, in der Diagnose und Therapie von Krankheiten, die sich auf die Versorgung auswirken. Besonderheiten, die an bestimmten Stellen zu Hürden bei der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung werden können. Am Schluss steht, welche Veränderungen und welche Eckpunkte nötig sind, damit eine gute gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung gelingen kann.

Leben mit Behinderung und die Ambivalenz gegenüber der Medizin

Zunächst möchte ich gerne Matthias Vernaldi zum Bild „Der schiefe Baum“ zitieren. Er geht dabei auf ein Bild ein, an dem ein schiefer Baum an einem Pfahl angebunden

ist, und das für ihn als Sinnbild für die orthopädische Medizin der 60er Jahre steht. „Der schiefe Baum ist für mich ein Symbol für die schmerzhaften und entwürdigenden Erfahrungen mit dem Gerichtet-Werden. Der Pfahl dient nämlich nicht zur Stütze des Baumes, sondern soll diesen richten.“

Herr Vernaldi ist ein Mensch mit einer schweren mehrfachen Behinderung, der damit etwas anspricht, das zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung dazu gehört, gerade wenn sie heute im höheren Erwachsenenalter sind. Sie haben häufig Erfahrungen mit einer Medizin gemacht, die sie in ihrem So-Sein, ihrem Leben mit einer Behinderung nicht akzeptiert hat, sondern die sie „gerade richten wollte“:

Es gab eine beeindruckende Ausstellung im Hygiene-Museum „Der imperfekte Mensch“. Darin waren Filmaufnahmen zu sehen von einem Mädchen, das aufgrund einer Contergan-verursachten-Beeinträchtigung keine Arme hat und die Armprothesen nutzt. Damit war ein Kind mit Armen zu sehen, das mit Puppen spielte. Dennoch war sie ungeschickter als ohne Arme. Damit war für ihr Leben eben nicht die funktionale Gesundheit erreicht, die Herr Seidel angesprochen hat, sondern eine Angleichung an das Normale. Die inzwischen erwachsene Frau, die in der Behindertenbewegung aktiv ist, lebt ihr Leben nun ohne Prothesen. Und war so in der Lage, unter Nutzung anderer Hilfsmitteln wie Tragebändern ihre Kinder zu versorgen.

Es gab diese Tendenz zur Schaffung von Normalität insbesondere in der orthopädischen Medizin. In der Behandlung wurden gerade Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen häufig für lange Monate bis Jahre in ihrer Bewegungsfreiheit stark eingeschränkt. Zum Beispiel in Gipsbetten. Diese sehr beeinträchtigenden Behandlungssituationen waren häufig auch traumatisierend. Insofern ist an

dieser Stelle die Auseinandersetzung mit der Ambivalenz in der Gesundheitsversorgung wichtig.

Medizin als Segen

Menschen mit Behinderung leben heute viel länger und besser, als sie das vor 15 oder 50 Jahren getan haben. Vieles davon verdanken sie einer guten medizinischen Versorgung. Einer medizinischen Versorgung, die Dinge möglich gemacht hat, die es vorher nicht gab. Ein klassisches Beispiel wäre die Erfindung der PEG-Sonde, einer Sonde, mit der man Menschen über die Bauchdecke ernähren kann. Früher sind Menschen mit schwerer Mehrfachbehinderung durch eine zunehmende Wirbelsäulenverkrümmung, die ihre Organe eingeengt hat, zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr häufig schlicht an Unterernährung gestorben. Heute können sie über die PEG-Sonde ernährt werden und leben damit länger.

Auch an vielen anderen Stellen gibt es Beispiele dafür, dass die Medizin wesentlicher und hilfreicher Bestandteil im Leben von Menschen mit Behinderungen ist. Daneben stehen häufig Erfahrungen, bei denen sich Menschen mit Behinderung nicht angenommen fühlen, bei denen sie auf ihre Beeinträchtigung reduziert werden oder das Gefühl haben, eigentlich anders werden zu müssen. Sei es durch eine Therapie oder sei es durch medizinische Eingriffe, mit dessen Auswirkungen der Beeinträchtigung häufig aber auch der Mensch dahinter korrigiert zu werden scheint. Diese Ambivalenz der Medizin und ihrer Vertreter gegenüber spielt sicher auch in Arzt-Patienten-Verhältnisse von heute mit hinein und deswegen sollte man sie sich auch bewusst machen.

Objekt der Medizin

Auch Aiha Zemp eine Frau, die ohne Arme

und Beine geboren ist, beschreibt genau dieses Gefühl: Wie sie an das normale Bild angepasst werden sollte und sich in der Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern häufig als Objekt empfunden hat. Als Objekt, das interessante und wichtige medizinische Befunde aufweist:

„Mit zunehmendem Alter habe ich auch an den mir mit drei Jahren verpassten und immer neu angepassten Beinprothesen gelitten. Ich konnte nur unter größter Anstrengung ein wenig laufen, keine Treppen gehen, nicht selber aufstehen und mich setzen. Zudem haben sie immer ein Drittel meines Körpergewichts ausgemacht, waren also viel zu schwer und haben meinen Rücken völlig verformt, so dass ich heute mit einer doppelten Skoliose zu leben habe. Man hat mich einer Norm angepasst, ob ich das wollte oder nicht. Das Schlimmste waren die dauernden Klinikaufenthalte, die für diese Prothesenanpasserei immer nötig waren. Immer wieder, auch noch als Pubertierende, in einem Hörsaal vor 150 Studenten nackt vorlaufen müssen – eine frauenunwürdige Situation!“

In der Kinderklinik, als Begleitung meiner Tochter über mehrere Jahre bei längeren Aufenthalten habe ich das Anfang der 90er Jahre ähnlich erlebt: Kinder, denen den ganzen Tag gesagt wurde, dass sie wegen einer aufsteigenden Lähmung auf gar keinen Fall laufen sollen, sollten für die Ausbildung der Medizinstudierenden dann doch laufen, ohne dass das entsprechend eingebettet war. An dieser Stelle gilt es Sensibilität dafür zu entwickeln, dass die Behinderung eines Menschen immer auch ein Teil seiner Identität ist, und diesen einen respektvollen Umgang verlangt.

Besonderheiten der gesundheitlichen Versorgung – eine Untersuchung

Zu den Herausforderungen der gesundheitlichen Versorgung möchte ich eine Un-

tersuchung von ForseeA, einer Initiative von Menschen, die mit Assistenz leben, aus dem Jahr 2006/2007 vorstellen. Hierbei wurden behinderte Menschen und Pflegende zum jeweils letzten Krankenhausaufenthalt von Menschen mit Behinderung befragt. 302 Personen haben an dieser Untersuchung teilgenommen, 240 von ihnen sind körperbehindert, 30 sehbehindert oder blind, 14 gehörlos, 49 geistig behindert, 10 lernbehindert und dann noch 49 „sonstige“, die nicht in eine dieser Kategorien passen.

Es haben Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf geantwortet; 89 Prozent brauchen täglich Unterstützung, 61 Prozent von diesen den größten Teil des Tages und 11 Prozent einige Stunden in der Woche.

Schon Herr Seidel hat darauf hingewiesen, dass es behinderungsbedingte und behinderungsunabhängige Anlässe für medizinische Versorgung gibt. Das zeigt sich auch in dieser Studie. In 50 Prozent der Krankenhausbehandlungen war die Behinderung Anlass der Aufnahme, in 50 Prozent eine andere aktuelle Gesundheitsstörung.

Sicherstellung der Versorgung im Krankenhaus

Von besonderem Interesse war die Frage: Wie ist denn die Krankenhausversorgung? Wenn Sie oder ich ins Krankenhaus kommen, ist es die Regel und eigentlich auch das, wofür es Krankenhäuser gibt, dass sie eine umfassende Versorgung sicherstellen können. Für Menschen mit Behinderung, die verschiedene Beeinträchtigungen umfassen, ist genau dies jedoch nicht die Realität. 86 Prozent derer, die geantwortet haben, haben angegeben, dass sie im Krankenhaus ohne die mitgebrachte Assistenz nicht zu Recht kommen. 16 Prozent gaben an, dass die Versorgung durch die Pflegenden gut abgesichert wurde. 74 Prozent sagten nein, das hat nicht gereicht.

Bei einem Teil war es so, dass die nicht umfassende Betreuung gesundheitliche Gefahren mit sich bringt, zum Beispiel ein Mensch mit Dauerbeatmung, für den ohne seine Assistenz keine Überwachung seiner Beatmung auf einer Station vorhanden ist.

Menschen mit Beeinträchtigungen brauchen häufig Hilfsmittel, diese sind in Krankenhäusern teilweise vorhanden. Allerdings ist bei manchen Hilfsmitteln wie zum Beispiel Liftsystemen eine weitere Person erforderlich, die diese bedienen kann. Nur ungefähr 40 Prozent der Pflegenden waren aus Sicht der Menschen mit Beeinträchtigungen sicher im Umgang mit diesen Hilfsmitteln.

In der Untersuchung war ein strukturiertes Entlassungsmanagement, in dem die weitere Versorgung geregelt wird war damals nur bei 57 Prozent sichergestellt. Heutzutage ist das Entlassungsmanagement vielerorts deutlich besser organisiert, ein heute erhobenes Ergebnis in dieser Frage dürfte anders sein.

Einschätzung von Pflegenden

Als weitere Perspektive wurden auch Pflegende aus Krankenhäusern der Grund-, der Regel- und der Maximalversorgung befragt: Sie schätzen ein, dass ihre Häuser überwiegend barrierefrei sind. Dazu zählt allerdings nicht, was wir auch schon gehört haben, dass Informationsmaterialien zum Beispiel „Welche Krankheit habe ich?“, „Was bedeutet diese Untersuchung?“, „Welche Therapiemöglichkeiten gibt es?“, „Welche Risiken, Nebenwirkungen und Chancen bietet eine Therapie?“ barrierefrei vorliegen. So gibt es beispielsweise die üblichen Aufklärungsbögen nicht in leichter Sprache, es gibt sie nicht für sehbehinderte oder blinde Menschen. Dies erschwert Menschen mit Beeinträchtigungen, in ein Behandlungsverhältnis einzutreten.

Rolle mitgebrachter Assistenz

In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage nach der Häufigkeit: Wie oft sind denn eigentlich Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus? Wie oft werden denn Pflegende in ganz normalen Krankenhäusern eigentlich damit konfrontiert? Und da muss man sagen, 40 Prozent der Befragten versorgen häufig bis regelmäßig behinderte Menschen. Das ist eine Zahl, die ganz gut dazu passt, dass bei vielen Menschen jenseits des 75. Lebensjahres Beeinträchtigungen der Mobilität oder der Sinne vorliegen. Das heißt, ein kompetenter Umgang mit Menschen mit Beeinträchtigungen, den Besonderheiten in ihrer Versorgung, wie auch mit Hilfsmitteln müsste selbstverständlich sein. In der Versorgung sind sehr häufig mitgebrachte Betreuungspersonen mit beteiligt und das ist insofern besonders wichtig, als damals eingeschätzt wurde – und ich glaube nicht, dass sich das heutzutage geändert hat – dass es extrem schwierig ist, zusätzliche Personalressourcen zu bekommen, wenn ein Mensch mit einer schweren mehrfachen Behinderung aufgenommen wird.

Es gibt einen Unterschied darin, wie die Assistenz von den Beschäftigten im Krankenhaus eingeschätzt wird. Die Pflegenden sind zu zwei Drittel zumindest zum Ende des Krankenhausaufenthaltes davon überzeugt, dass eine mitgebrachte Assistenz hilfreich ist, da sie dazu beiträgt, die Versorgung sicherzustellen. Und dabei geht es keineswegs nur um körperliche pflegerische Grundversorgung, sondern es geht ganz häufig auch um Kommunikation. Gerade bei Menschen, die nicht sprechen, die keine Lautsprache nutzen, bei Menschen die gehörlos sind, ist das von besonderer Bedeutung.

Ärztinnen und Ärzte tun sich da ein bisschen schwerer. Sie sind nur zu ungefähr 40 Prozent davon überzeugt, dass eine mitgebrachte Assistenz hilfreich war.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Bei einem häufigen und komplexen Thema stellt sich die Frage nach Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Thema. Bei Pflegenden wird im Curriculum auf Menschen mit Behinderung eingegangen. Ein solcher Gegenstand findet sich in der ärztlichen Approbationsordnung nicht. Eine Fortbildung dazu hatten Pflegende etwa zu 20 Prozent, 80 Prozent hingegen sahen es als notwendig an. Allerdings ist mit der Beteiligung an der Untersuchung schon eine Sensibilität für das Thema vorhanden und auch die sozial erwünschte Antwort war, Fortbildung haben zu wollen.

Barrieren in der Nutzung des Gesundheitssystems

Was alles erschwert nun den Zugang zum Gesundheitssystem? Es können schwierige Vorerfahrungen sein, die bei Menschen mit Behinderung dazu führen, einen Krankenhausaufenthalt so lange wie möglich hinauszuschieben. Bei Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung besteht noch eine andere Hürde, nämlich dass es häufig keine eigene Initiative für den Arztbesuch gibt. Eine andere Person bemerkt das schlechte Befinden: „Ich glaube, Du müsstest mal zum Arzt gehen.“ oder „Sollen wir nicht mal zum Arzt gehen?“.

Beim Arztbesuch oder im Krankenhaus ist die Kommunikation häufig aus verschiedenen Gründen erschwert. Bei nicht sprechenden Patienten, bei gehörlosen Patienten ist dies offensichtlich und auch bei Menschen mit geistiger Behinderung kommt es oft zu Verständigungsschwierigkeiten: Die Sprache von Ärztinnen und Ärzten ist oft schwer verständlich, zumal bei oft langen Vorgeschichten die begrenzte Aufmerksamkeitsspanne schon vor dem eigentlichen Gespräch aufgebraucht sein kann. Schließlich werden bei Menschen, die einfach nur einen Rollstuhl benutzen, häufig

nicht sie selbst angesprochen wird, sondern ihre Begleitperson.

Das Zweite ist die Frage: Worauf richtet sich die Kommunikation? Ärztinnen und Ärzte neigen häufig dazu, gesundheitliche Probleme, die bei Menschen mit Beeinträchtigungen auftreten, allein auf die Beeinträchtigung zurückzuführen. Unabhängige Gesundheitsprobleme werden seltener erkannt. Der Mensch mit Behinderung, für den seine eigene Beeinträchtigung etwas ist, was in seinem Alltag selbstverständlich ist, versteht diese Fokussierung häufig nicht. Er sagt, wieso kann jetzt nicht einfach mal meine Luftnot, die vielleicht aus einer Lungenentzündung resultiert, im Vordergrund stehen und nicht meine Beeinträchtigung. Somit hat erschwerte Kommunikation verschiedene Aspekte.

Als gutes Beispiel gibt es in Bochum ein Projekt, bei dem in Zusammenarbeit mit der Lebenshilfe Medizinstudierende Praktika in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung absolvieren. Die Erfahrung, einfach mal ins Gespräch zu kommen, ist sehr hilfreich, weil erstaunlich viele Menschen selten oder nie privaten Kontakt mit Menschen mit Behinderung haben. Mit dieser Erfahrung wären die Fragen „Was wollen Sie eigentlich?“, „Was interessiert Sie an der Gesundheitsversorgung?“ und „Was ist schwierig?“ viel naheliegender. Und daraus würde sich eine bessere Verständigung ergeben.

Erschwerte Anamnese und Untersuchung

Mit diesem erschwerten Zugang zu Praxen und Informationen sind gerade die Anamnesen und Untersuchungen eine Herausforderung. Mein erster Chef hat in der Ausbildung zu mir gesagt „Wenn Sie, nachdem Sie sich mit dem Patienten unterhalten und eine Anamnese durchgeführt haben, nicht zwei Drittel der Diagnosen stellen können, sind Sie keine gute Ärztin.“ Er war Internist, eine Fach-

richtung, in der die Anamnese vielleicht eine besonders hohe Bedeutung hat. In jedem Fall spielt die Unterhaltung zwischen Arzt und Patient darüber, welche Krankheitszeichen aufgetreten sind, wann diese angefangen haben, und wie sich verschiedene Aktivitäten darauf auswirken, nach wie vor eine ganz zentrale Rolle. Ähnliches gilt für die ganz schlichte körperliche Untersuchung. Beides kann bei Menschen mit Beeinträchtigungen erschwert sein, weil auf der einen Seite der Dialog nicht so leicht zustande kommt, auf der anderen Seite auch die Untersuchung schwierig sein kann, wenn jemand zum Beispiel aus seinem Rollstuhl kaum auf eine Untersuchungsfläche kommen kann.

Bei Anamnese und Untersuchung sind häufig mehrere Personen beteiligt, wenn es sich um Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung handelt. Neben Betreuern aus der Wohnstätte oder der Werkstatt, die etwas beobachtet haben, kommen Angehörige, gesetzliche Betreuer und unter Umständen verschiedene Ärzte dazu. Damit ist die Untersuchungssituation häufig ziemlich komplex.

Zudem fehlt gerade bei Menschen mit mehrfachen oder geistigen Behinderungen die Eigenbeobachtung. Sie können sich selbst nicht so beobachten, wie wir das häufig tun, zu merken, der Bauch tut weh und gestern hat er auch schon weh getan und wenn er morgen auch noch weh tut, dann gehen wir mal zum Arzt. Diese Eigenbeobachtung muss häufig durch Fremdbeobachtung ersetzt werden und das ist schwierig. Besonders dann, wenn die beobachtenden Personen, wie im Schichtdienst üblich, wechseln.

Der Vergleich von Menschen mit Beeinträchtigungen und Kindern ist problematisch, dennoch ähnelt die Situation der mit einem schreienden Säugling: Man merkt manchmal eben auch nur, es geht ihm nicht gut, und kann nicht erkennen, warum eigentlich. So

haben Kinderärztinnen und Kinderärzte einen besonders guten Ruf in der Behandlung von Menschen mit Beeinträchtigungen. Sie haben nämlich einerseits das Beobachten und den Umgang bei erschwerter Kommunikation gut gelernt und zum anderen sind sie auch Profis darin, mit den Eltern eine dritte Person zu haben und trotzdem das Kind in den Mittelpunkt zu stellen.

Atypische Symptome

Bei Menschen mit Beeinträchtigungen zeigen sich Symptome häufig anders, als bei Menschen ohne Beeinträchtigung. Und wie immer, wenn sich etwas anders zeigt, ist es schwer zu erkennen. Da macht es sich wieder bemerkbar, dass die Besonderheiten bei Menschen mit Behinderung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung nicht so eine große Rolle spielt und damit Fachkenntnisse fehlen.

Es gibt zu den Folgen dieser atypischen Symptome zahlreiche, auch fürchterliche Berichte. Im letzten Sommer hat eine Mutter geschrieben: Ihre schwer geistig behinderte Tochter, die erwachsen ist und laufen kann, konnte sich nicht mehr bewegen und schrie laut. Daraufhin kam sie in die Ambulanz eines Krankenhauses, wurde dort untersucht, für zwei Tage in die Aufnahmestation aufgenommen, wo man nichts gefunden hat. Daher hat man sie in die Psychiatrie überwiesen, in der Annahme einer Verhaltensbesonderheit. Sie wurde aus der Psychiatrie nach einigen Tagen entlassen, das Schreien war besser geworden und sie kam wieder in ihre Wohneinrichtung zurück. Dort fiel dem Hausarzt auf, dass doch irgendwas immer noch nicht in Ordnung ist. Sie kam erneut ins Krankenhaus, und dort wurde nun ein Oberschenkelhalsbruch diagnostiziert.

Um den Vorfall gleich etwas zu relativieren, das kann auch mal bei einem alten Menschen passieren. Aber bei Menschen mit Be-

hinderung, gerade bei geistig oder mehrfach Behinderten, passiert es besonders häufig. Die Symptome sind wenig ausgeprägt und atypisch, die eigentliche Diagnose wird nicht gestellt, sondern die Verhaltensauffälligkeiten behandelt. Wobei zum Beispiel in diesem Fall schreien und sich nicht bewegen wollen eigentlich das sinnvollste Verhalten waren.

Aufdeckende Gesundheitsversorgung

Von daher ist häufig eine aufdeckende Handlungsweise wichtig. Aus Sicht der Familie hatte diese Geschichte trotzdem ein Happy End. Sie haben nämlich dieser Klinik, einer Klinik der Maximalversorgung, einen Brief geschrieben und darin nachgefragt, wie das eigentlich passieren konnte. Daraufhin hat sich die Klinik genau mit dieser Frage auseinander gesetzt, hat mit der Familie ein Gespräch geführt und überlegt, wie in solchen schwierigen Situationen die richtige Diagnose schneller gestellt werden kann. Dies in der Gesundheitsversorgung strukturell zu verankern, was wichtig wäre, ist zugleich sehr schwierig: Auch wenn zehn Prozent der Bevölkerung einen Schwerbehindertenausweis haben, Menschen, die von dieser Besonderheit der medizinischen Versorgung betroffen sind, kommen in Praxen und Krankenhäusern selten vor.

Es ist daher nicht realistisch, dass alle Ärztinnen und Ärzte dazu entsprechende Fachkenntnisse und Erfahrungen erhalten. Insofern ist es vielleicht eine Überlegung wert, so wie man Hygienebeauftragte hat, Beauftragte in Kliniken zu haben, die sich besonders gut mit den Belangen von Menschen mit Beeinträchtigungen auskennen und wissen, wo es möglicherweise Spezialisten gibt. Sie könnten möglicherweise auch Checklisten bereithalten, über die man solche Dinge aufdecken kann, weil es tatsächlich das Wissen darum, was häufig ist, das Wissen darum, was immer wieder übersehen wird, durchaus gibt.

Eine aufdeckende Herangehensweise ist auch wegen der „duldenden Haltung“ erforderlich. Gerade Menschen mit einer mehrfachen Behinderung erleben immer wieder, dass sie von anderen Menschen versorgt werden, dass dies auch unangenehm ist, dass sie von anderen Menschen gewaschen werden, von anderen Menschen an Stellen berührt werden, an denen sie eigentlich nicht so gern von fremden, anderen Menschen berührt werden wollen. Das führt häufiger dazu, dass sie sich in gewisser Weise davon auch ein bisschen distanzieren und gerade wenn zusätzlich noch eine kognitive Beeinträchtigung vorliegt, Dinge einfach aushalten. Dies könnte eine Ursache dafür sein, warum zum Beispiel Schmerzen weniger stark angegeben werden, warum bestimmte Symptome weniger stark auftreten.

Häufigkeiten bestimmter Krankheitsbilder

Bei einer Untersuchung in Australien wurden 202 Menschen mit Behinderung körperlich untersucht und dabei wurde erhoben, welche gesundheitlichen Probleme vorliegen. Man hat 504 größere gesundheitliche Probleme gefunden, etwa 2,5 Probleme pro Person, kleinere Probleme 2,9 pro Person. Etwa 60 Prozent der Probleme waren vorher schon bekannt, gut 40 Prozent nicht bekannt. Wenn alle, die hier im Raum sind, zum Arzt gehen würden und sich durchuntersuchen ließen, käme sicher auch der eine oder andere Bluthochdruck, graue Star oder sonst ein Gesundheitsproblem zum Vorschein. Auch bei Menschen ohne Behinderung, ohne Beeinträchtigung findet man bei einer Untersuchung ohne Anlass Erkrankungen, die zuvor nicht bekannt waren. Allerdings ist dieser Anteil bei Menschen mit Beeinträchtigung oft deutlich höher, weil diese aufdeckende Diagnostik nötig ist. Man sieht in der Tabelle, dass Menschen mit Beeinträchtigung relativ häufig Spezialisten brauchen, das ist tatsächlich auch so.

Gleichzeitig ist es häufig so, dass sie bei verschiedenen Ärztinnen und Ärzten gleichzeitig in Behandlung sind und die Koordination der verschiedenen Behandlungen eine zusätzliche Herausforderung ist.

Besonders häufig sind Beeinträchtigungen der Sinnesorgane. Sowohl das Sehvermögen als auch das Hören sind bei Menschen, die eine geistige oder mehrfache Behinderung haben, besonders häufig beeinträchtigt. Besonders oft sind auch orthopädische Besonderheiten und Veränderungen der Schilddrüse. Wenn Sie ärztlich tätig sind, denken Sie bei Menschen mit Behinderung, die Sie behandeln, an die Möglichkeit einer Schilddrüsenunterfunktion und bestimmen den TSH-basal, eine einfache Blutuntersuchung. Denn viel häufiger und zu einem früheren Zeitpunkt tritt eine Schilddrüsenunterfunktion auf, die sowohl die Lebensqualität als auch die Gesundheit wesentlich beeinträchtigen kann. Schließlich sind auch psychiatrische Erkrankungen und Atemwegserkrankungen häufig bei Menschen mit Beeinträchtigungen.

Durch die Erfolge der Medizin werden Menschen mit Beeinträchtigungen älter und das macht sich auch in den Krankheitsmustern bemerkbar. Jetzt haben wir die erste Seniorengeneration von Menschen mit geistiger Behinderung und wir müssen uns darauf einstellen, dass die klassischen Alterserkrankungen auch da häufiger auftreten werden. Eine Besonderheit ist die Demenzerkrankung, die häufig bei Menschen mit geistiger Behinderung auftritt, gerade wenn sie eine Trisomie 21 haben.

Kompensation oder Schwierigkeit der Fremdbeobachtung

Die Beobachtung durch andere spielt für die Diagnose eine große Rolle. Bei einer Untersuchung sind Betreuer von Menschen mit Behinderung gefragt worden, wie gut die Be-

wohnerinnen und Bewohnern hören können. Bei drei Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner waren die Betreuer der Meinung, sie könnten gut hören. Die Wirklichkeit war deutlich anders. Nur ein Viertel konnte bei einem objektiven Hörtest gut hören. Und ganz ähnlich ist es auch bei der Sehfähigkeit.

Das hat schlichtweg damit zu tun, dass wir chronische Beeinträchtigungen gut kompensieren können, auch ich bräuchte seit langem eine Brille, aber irgendwie kriegt man das ja trotzdem so hin. Bei Beobachtungen werden daher immer wieder Einschränkungen nicht gefunden. Insofern wäre es gerade für spezifische Gesundheitsrisiken gut, wenn es angepasste Vorsorgeuntersuchungen gäbe. Es gibt die Gesundheitsuntersuchungen, die angepasst sind auf die Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die Krebserkrankungen, die in der allgemeinen Bevölkerung häufig sind. Es wäre gut, wenn bezogen auf die spezifischen Risiken, die bei Menschen mit verschiedenen Beeinträchtigungen bestehen, spezifische Vorsorgeuntersuchungen zur Verfügung stehen würden.

Fazit

Wir haben über die Anforderungen der UN-BRK schon viel gehört. Die Essenz für mich ist zunächst eine zugängliche Regelversorgung. In der Regelversorgung brauchen wir weniger räumliche Barrieren, weniger Informationsbarrieren und weniger Zugangsbarrieren, die aus mangelnder Fachlichkeit resultieren. Darüber hinaus brauchen wir eine spezialisierte Versorgung. So wie bestimmte Krebserkrankungen in ganz spezialisierten Ambulanzen versorgt werden, sind manche Folge- und Begleiterkrankungen von Menschen mit Beeinträchtigungen sehr komplex. Dazu haben wir ein Modell einer gemeindenahen Gesundheitsversorgung entwickelt: Es besteht aus einer zugänglichen Grundversorgung, einer Facharztversorgung, die angemessen

kommuniziert und über fachliche Expertise verfügt. Die in einem kooperationsförderlichen Umfeld statt findet und darum weiß, wie wichtig es ist, Gesundheit zu erhalten, zu fördern und wiederherzustellen, um teilhaben zu können. Dies wird ergänzt, durch eine Ebene der spezialisierten Förderung.

In der Einführung der spezialärztlichen Versorgung sind genau diese Versorgungsbedarfe angesprochen worden. In der Gesetzesbegründung wird als Beispiel für mögliche Erkrankungen auch eine Querschnittlähmung genannt. Man kann am Beispiel des offenen Rückens ganz klar zeigen, Kinder und Jugendliche mit offenem Rücken, die verschiedene Gesundheitsprobleme haben können und deswegen eine umfassende Versorgung brauchen, sind im Kinder- und Jugendalter gut versorgt. Wenn sie erwachsen sind, bricht diese Versorgung häufig ab. Hier wäre eine umfassende, interdisziplinäre Versorgung wichtig, die auf Blasenentzündungen achtet, die durch die Blasenlähmung häufig entstehen, und ebenso die Beeinträchtigungen, die möglicherweise durch Abflussstörungen des Gehirnwassers verursacht sind im Blick hat. Dies könnte über spezialärztliche Versorgung gelingen. Insofern würde wir uns tatsächlich freuen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss bei den Erkrankungen, für die Richtlinien geschrieben werden, Behinderungen mit aufführt.


Es ist normal, verschieden zu sein, und es braucht Gemeinsamkeit, um Verbesserungen der gesundheitlichen Versorgung zu erreichen. Am Anfang war die Politik angesprochen. Ich habe die Ärzte angesprochen. Herr Seidel hat die Strukturen der Gesundheitsversorgung angesprochen. Wir brauchen tatsächlich alle zusammen. Und das Problem an dieser Stelle ist häufig, dass jeder erst mal auf Andere verweist. Damit sollten wir definitiv heute aufhören. Wir sollten gemeinsam überlegen, welche Schritte sind zu gehen, welche Schritte sind sinnvoll und diese abgestimmt miteinander umsetzen und nicht nach dem Schwarze-Peter-Prinzip verfahren.

Wir brauchen eine gemeindenahere Regelversorgung. Wir brauchen ergänzende spezialisierte Versorgungsangebote, aufdeckende Vorsorgeuntersuchungen und eine Koordination gesundheitlicher Leistungen. Dokumentationssysteme für die Kommunikation können bei komplexen Beeinträchtigungs- und Gesundheitssituationen sehr hilfreich sein. Wir brauchen die Verbesserung der Fachlichkeit und wir brauchen entsprechende Rahmenbedingungen.

Vielen herzlichen Dank für die Aufmerksamkeit!

BARRIEREN ABBAUEN

PRÄSENTATIONSFOLIEN ZUM VORTRAG VON
PROF. DR. MED. JEANNE NICKLAS-FAUST




Gesundheitliche Versorgungssituation von Menschen mit Behinderung im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention

Barrieren abbauen, 9. September 2013

Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust
Bundesgeschäftsführerin
Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.

BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE E.V., LEIPZIGER PLATZ 15, 10117 BERLIN, TEL.: 030 208411-0, WWW.LEBENSHILFE.DE

Barrieren abbauen – Gesundheitliche Versorgung, 9. September 2013
Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust, Bundesgeschäftsführerin



Gliederung

- Herausforderungen
- Besonderheiten der gesundheitlichen Versorgung
- Hürden der Inanspruchnahme
- Medizinische Besonderheiten
- Versorgungsstruktur und Problemkreise
- Gesundheitssorge

BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE E.V., LEIPZIGER PLATZ 15, 10117 BERLIN, TEL.: 030 208411-0, WWW.LEBENSHILFE.DE

2

Vorbemerkung

- **Der „schiefe Baum“**

„Der ‚schiefe Baum‘ ist für mich ein Symbol für die schmerzhaften und endwürgenden Erfahrungen mit dem ‚Gerichtet-Werden‘: Der Pfahl dient nämlich nicht zur Stütze des Baumes, sondern soll diesen ‚richten‘“

Matthias Vernaldi

Vorbemerkung II

„Mit zunehmendem Alter habe ich auch an den mir mit drei Jahren verpassten und immer neu angepassten Beinprothesen gelitten. Ich konnte nur unter größter Anstrengung ein wenig laufen, keine Treppen gehen, nicht selber aufstehen und mich setzen. Zudem haben sie immer ein Drittel meines Körpergewichts ausgemacht, waren also viel zu schwer und haben meinen Rücken völlig verformt, so dass ich heute mit einer doppelten Skoliose zu leben habe. Man hat mich einer Norm angepasst, ob ich das wollte oder nicht. Das Schlimmste waren die dauernden Klinikaufenthalte, die für diese Prothesenanpasserei immer nötig waren. Immer wieder, auch noch als Pubertierende in einem Hörsaal vor 150 Studenten nackt vorlaufen müssen – eine frauenunwürdige Situation!“

Aiha Zemp

Herausforderungen – ForseA-Studie

- Befragung von behinderten Menschen und Pflegenden zu den Erfahrungen bei Krankenhausaufenthalten
- 302 Befragte, 240 körperbehindert, 30 stark sehbehindert/blind, 14 gehörlos, 49 geistigbehindert, 10 lernbehindert, 49 „sonstige“,
- Unterstützungsbedarf von einigen Stunden die Woche bis zu rund um die Uhr, 89% täglich, 61%
- Anlass der Krankenhausbehandlung 50% behinderungsbedingt, 50% aktueller Anlass

Herausforderungen – ForseA-Studie Ergebnisse

- 86% der Befragten geben an, ohne mitgebrachte Assistenz nicht zurecht zu kommen, 16% gaben an, dass die Versorgung durch die Pflegenden gut abgesichert wurde, 74% verneinten dies und die Hälfte gab an, dass dies gesundheitliche Gefahren mit sich bringe, 30% sahen diese Gefahren für sich nicht
- Nötige Hilfsmittel sind aus Sicht eines Drittels vorhanden, aus Sicht von 39% teilweise vorhanden, wobei der Umgang von Pflegenden damit für 38% sicher war
- Entlassungsmanagement nur in 57%, oft nur teilweise


Herausforderungen – ForseA-Studie Ergebnisse

- 68 Pflegende, zu 50% aus Häusern der Grund- und Regelversorgung, 30% Maximalversorgung
- 60% überwiegend barrierefrei, Informationsmaterialien selten (19%) barrierefrei, Hilfsmittel häufig vorhanden
- 38% versorgen häufig/regelmäßig behinderte Menschen, bei 79% sind zusätzliche (mitgebrachte) Betreuungspersonen beteiligt, zusätzliches internes Personal bei 55% nicht möglich, von 10% als nicht nötig angesehen
- Bei 68% sahen Pflegende die Assistenz als positiv an, bei 38% die Ärzte
- Knapp 20% hatten eine Fortbildung zum Thema

Erschwerter Zugang zum Gesundheitssystem

- Schwierige Vorerfahrungen/ bei Menschen mit geistiger Behinderung keine eigene Initiative für den Arztbesuch
- Erschwerte Kommunikation
- Erschwerter Zugang zu Praxen und Informationen
- Anamnese- und Untersuchung oft schwierig und langwierig, da verschiedene Personen beteiligt: Betreuer aus Wohnstätte oder Werkstatt, Angehörige, gesetzliche Betreuer, verschiedene Ärzte
- „Menschenbild“

Barrieren abbauen – Gesundheitliche Versorgung, 9. September 2013
 Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust, Bundesgeschäftsführerin




Probleme bei der Diagnosestellung

- Fehlende Eigenbeobachtung
- Atypische Symptome
- Mangelnde Kommunikationsmöglichkeiten
- „Duldende Haltung“ erfordert aufdeckende Herangehensweise
- Zuschreibung zur Behinderung
- Andere Krankheitshäufigkeiten besonders ausgeprägt bei schwerer, mehrfacher Behinderung und chronischem Verlauf

BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE E.V., LEIPZIGER PLATZ 16, 10117 BERLIN, TEL.: 030 209411-0, WWW.LEBENSHILFE.DE | 9

Barrieren abbauen – Gesundheitliche Versorgung, 9. September 2013
 Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust, Bundesgeschäftsführerin



Type of problem	n	% of total problems	Mean no. per person
Major problems	504	46	2.5
Minor problems	599	54	2.9
Previously diagnosed	644	58	3.1
Not previously diagnosed	459	42	2.3
Adequately managed	544	49	2.7
Not adequately managed	599	51	2.7
Specialist care needed	819	74	4.0
Specialist care not needed	284	26	1.4

BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE E.V., LEIPZIGER PLATZ 16, 10117 BERLIN, TEL.: 030 209411-0, WWW.LEBENSHILFE.DE | 10

Untypische Krankheitszeichen


- Verhaltensänderungen
- Gefühlsäußerungen
- Änderung der Aktivität, Lebensgewohnheiten
- Mangelndes Gedeihen
- Verminderte Nahrungsaufnahme

Grunddiagnose und Verlauf der Auffälligkeiten nach Diagnosestellung

Zuweisung von Menschen mit geistiger Behinderung zur Psychologin bei Verhaltensauffälligkeiten

- 9 Menschen im Alter von 25- 61 Jahren mit schwerer geistiger Behinderung, größtenteils auch Lähmungen, 3 mit Epilepsie
- Besserung der Verhaltensauffälligkeiten bei 7 von 9 Menschen mit geistiger Behinderung, 1 gleichbleibend, 1 verschlechtert

Barrieren abbauen – Gesundheitliche Versorgung, 9. September 2013
 Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust, Bundesgeschäftsführerin




Zuweisende Person	Beobachtung	Aktuelle Diagnose	Diagnose nach 2 Jahren
Pflegekraft	Lethargisch	Trümmerfraktur des Beines	Geheilt
Lehrer	Schreien, Beißen	Harnwegsinfekt	Chronischer Harnwegsinfekt
Lehrer	Kopf gegen die Wand schlagen, aggressiv	Mittelohrentzündung, Verletzung des Penis	Chronische Otitis
Arzt	Nahrungsverweigerung	Hydrocephalus	PEG-Sonde
Lehrer	Kopf gegen die Wand schlagen, aggressiv	Darmverschlingung	Geheilt
Pflegekraft	Agressives Verhalten	Harnwegsinfekt	Chronischer Harnwegsinfekt, Psychose
Lehrer	Nahrungsverweigerung	Med.überdosierung	Geheilt

BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE E.V., LEIPZIGER PLATZ 16, 10117 BERLIN, TEL.: 030 209411-0, WWW.LEBENSHILFE.DE

13

Barrieren abbauen – Gesundheitliche Versorgung, 9. September 2013
 Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust, Bundesgeschäftsführerin



Erkrankung	Studie (n = 202)	Kontrolle (n=807)	
Zahn	86		
Augen (inkl. Blindheit)	68.0 (4.4)	(0.2)	***(26.526)
Stoffwechsel	57.0		
Neurologisch (inkl. Epilepsie)	53.0 (29.0)	(1)	** (207.491)
Haut (inkl. Akne)	96.0 (3.5)	(1.3)	*(4.834)
HNO (inkl. Taubheit)	40.0 (25.0)	(2.2)	****(133.50)
Orthopädisch	25.0		
Endokrin (inkl. Schilddrüse)	29.0 (12.0)	(0.1)	****(92.426)
Herz-Kreislauf	24.0		
Psychiatrisch (inkl. Psychose)	24.0 (9.0)	(0.2)	****(62.407)
Gastrointestinal	17.0		
Hämatologisch	12.0		
Iatrogen	11.0		
Nieren	11.0		
Atemwege (inkl. Asthma)	10.0 (2.5)	(7.4)	*(6.594)

BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE E.V., LEIPZIGER PLATZ 16, 10117 BERLIN, TEL.: 030 209411-0, WWW.LEBENSHILFE.DE

14

Barrieren abbauen – Gesundheitliche Versorgung, 9. September 2013
 Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust, Bundesgeschäftsführerin

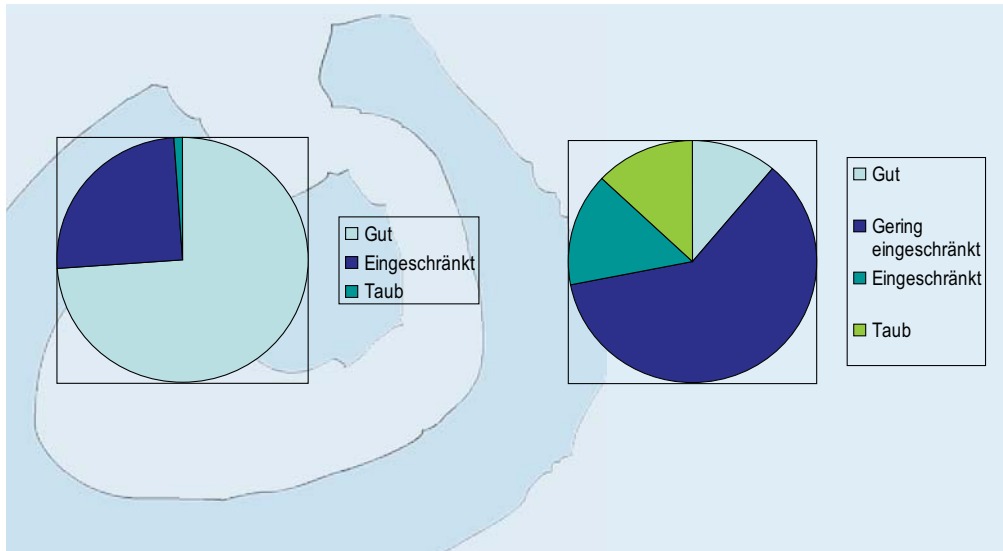


	40-49 W (245)/ M(312)	50-59 W(187)/ M (186)	60-69 W(88)/ M(106)	70-79 W(76)/ M (77)
Krebs	3/1	5/3	16/6	17/13
Herz-Kreislauf	14/14	17/23	40/28	38/43
Haut	53/49	55/52	45/53	51/58
Endokrin	19/16	27/17	33/10	32/18
Gastrointestinal	7/13	12/23	23/17	14/30
Gynäkologisch	18	25	26	21
Hörminderung	18/13	16/27	34/26	57/52
Hämatologisch	6/5	5/7	11/8	12/10
Infektionen	42/29	57/53	72/56	72/79
Orthopädisch	13/5	14/12	34/9	50/19
Neurologisch	33/26	32/35	26/32	18/30
Psychiatrisch	44/51	49/47	36/48	29/27
Atemwege	7/4	9/9	19/14	16/29
Sehminderung	37/37	43/43	64/49	70/65

BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE E.V., LEIPZIGER PLATZ 16, 10117 BERLIN, TEL.: 030 209411-0, WWW.LEBENSHILFE.DE

15

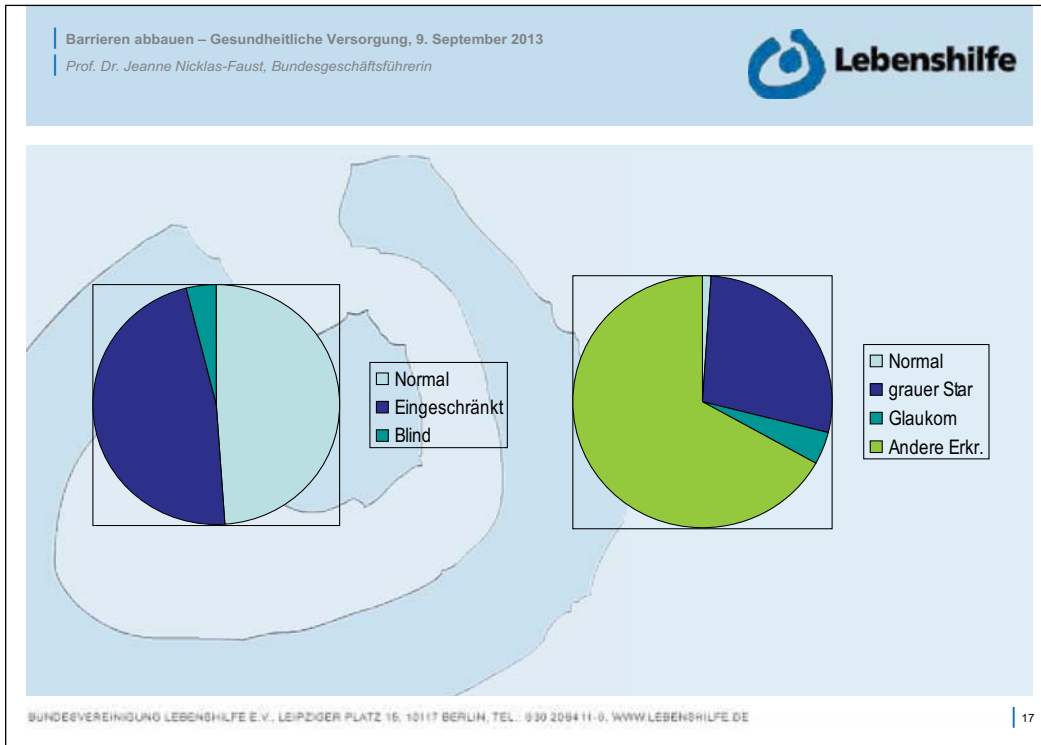
Barrieren abbauen – Gesundheitliche Versorgung, 9. September 2013
 Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust, Bundesgeschäftsführerin



BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE E.V., LEIPZIGER PLATZ 16, 10117 BERLIN, TEL.: 030 209411-0, WWW.LEBENSHILFE.DE

16

BARRIEREN ABBAUEN



Barrieren abbauen – Gesundheitliche Versorgung, 9. September 2013
 Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust, Bundesgeschäftsführerin



Schwierigkeiten in der Therapie

Medikamentöse Therapie:

- Compliance meist sehr gut
- Häufig Wechselwirkungen bei Mehrfachtherapie
- Häufigere NW z. B.: psychiatrische bei Antiepileptika

Mitwirkung durch Verhaltensänderung:

- Bei schwieriger Verständigung und/oder Krankheitseinsicht oft vermindert

Therapie über längere Zeit:

- Keine Nennung von Besonderheiten, keine Initiative zur Therapieüberprüfung

BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE E.V., LEIPZIGER PLATZ 16, 10117 BERLIN, TEL.: 030 209411-0, WWW.LEBENSHILFE.DE

18

Gesundheitssorge für Menschen mit geistiger Behinderung

- Wissen um Besonderheiten
- Beobachtung, Ersatz der Eigenbeobachtung z.B. in festgelegten Abständen durch Bezugserzieher
- Aufdeckende ärztliche Betreuung
- Zusätzliche Untersuchungen an spezielle Risiken angepasst, Seh- und Hörtests (s.a. Gesundheitspässe, Bezug über Frau Luer: 05305-201280, Jutta.Luer@neuerkerode.de)
- Anpassung der Rahmenbedingungen an spezielle Bedarfe
- Impfungen und Krebsvorsorge, Gesundheitsberatung, Unfallverhütung

Artikel 25 und 26 der BRK

- Zugängliche Regelversorgung
- Versorgung spezialisierter Bedarfe
- mit dem Ziel in einer vulnerablen Situation Gesundheit zu gewährleisten und Rehabilitation zu ermöglichen

Barrieren abbauen – Gesundheitliche Versorgung, 9. September 2013
 Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust, Bundesgeschäftsführerin

The diagram is divided into three vertical columns representing different levels of care:

- Grundversorgung (Primary Care):** Includes 'Hausarzt' (General Practitioner) and 'Facharzt mit Hausarztfunktion' (Specialist with GP function).
- Facharztversorgung (Specialist Care):** Includes 'Facharzt' (Specialist).
- Spezialisierte Versorgung (Specialized Care):** Includes 'Andere Zentren' (Other centers) and 'Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung' (Medical centers for adults with disabilities).

Arrows indicate bidirectional relationships between 'Hausarzt' and 'Facharzt mit Hausarztfunktion', and between 'Facharzt' and 'Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung'. A vertical label on the right side reads 'Teilhabe durch Hilfsmittel' (Participation through aids).

Below the columns, a box labeled 'Kooperation' (Cooperation) lists: 'Gesundheits- und Teilhabeförderung' (Health and participation promotion), 'Abstimmung mit persönlichem Umfeld' (Coordination with personal environment), and 'Lebenswelt' (Life world). Below this, another box lists: 'Angemessene Kommunikation' (Appropriate communication), 'Fachliche Expertise' (Professional expertise), and 'Umgang mit besonderen Verhaltensweisen' (Dealing with special behaviors).

BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE E.V., LEIPZIGER PLATZ 16, 10117 BERLIN, TEL.: 030 209411-0, WWW.LEBENSHILFE.DE | 21

Barrieren abbauen – Gesundheitliche Versorgung, 9. September 2013
 Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust, Bundesgeschäftsführerin

The diagram shows a transition from a 'Sozialpädiatrisches Zentrum' (Social pediatric center) to 'Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung' (Medical centers for adults with disabilities). An arrow labeled 'Transition' points from the social pediatric center to the medical centers.

On the left, three boxes represent external services: 'Ambulanz §116b SGB V' (Ambulance §116b SGB V), 'Facharzt' (Specialist), and 'Hausarzt' (General Practitioner). Arrows point from these services towards the medical centers.

The 'Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung' are composed of several internal components: 'Fachärzte' (Specialists), 'Psychologen' (Psychologists), 'Physiotherapie' (Physiotherapy), 'Hilfsmittelversorgung' (Aids supply), 'Logopädie' (Logopedics), 'Ergotherapie' (Ergotherapy), and 'Sozialberatung' (Social counseling).

BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE E.V., LEIPZIGER PLATZ 16, 10117 BERLIN, TEL.: 030 209411-0, WWW.LEBENSHILFE.DE | 22

Barrieren abbauen – Gesundheitliche Versorgung, 9. September 2013
 Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust, Bundesgeschäftsführerin



Es ist normal, verschieden zu sein!




**Es braucht
Gemeinsamkeit,
um
Verbesserungen
zu erreichen!**




BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE E.V., LEIPZIGER PLATZ 16, 10117 BERLIN, TEL.: 030 209411-0, WWW.LEBENSHILFE.DE

23

Barrieren abbauen – Gesundheitliche Versorgung, 9. September 2013
 Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust, Bundesgeschäftsführerin



Anforderungen an die Versorgungsstruktur

- Gemeindenahe Regelversorgung
- Ergänzung durch spezialisierte Versorgungsangebote
- Koordination gesundheitlicher Leistungen
- Dokumentationssysteme für die Kommunikation
- Verbesserung der Fachlichkeit
- Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme schaffen, besondere Bedarfe in der Organisation berücksichtigen

BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE E.V., LEIPZIGER PLATZ 16, 10117 BERLIN, TEL.: 030 209411-0, WWW.LEBENSHILFE.DE

24

BARRIEREN ABBAUEN

Barrieren abbauen – Gesundheitliche Versorgung, 9. September 2013
 Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust, Bundesgeschäftsführerin



Literatur zum Weiterlesen:

- Informationen zum Thema www.gesundheitfuersleben.de
- Eine Behinderte Medizin?!, 2002, Lebenshilfe Verlag, 319. S. ISBN : 978-3-88617-204-7
- Gesundheitliche Versorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Bestandsaufnahme und Zukunftsmodell, Lebenshilfe Rheinland-Pfalz, www.lebenshilfe-rlp.de
- Pflegerische Versorgung und Betreuung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus, Lebenshilfe Rheinland-Pfalz, www.lebenshilfe-rlp.de
- Herausforderungen: Mit schwerer Behinderung leben, Hrg. Markus Dederich und Katrin Grüber, 2007, Mabuse Verlag
- Positionspapier der Fachverbände für Menschen mit Behinderung, http://www.lebenshilfe.de/wDeutsch/aus_fachlicher_sicht/artikel/Gemeindenae_Gesundheitsversorgung.php?listLink=1
- Schwere und mehrfache Behinderung – Medizinische Aspekte, Jeanne Nicklas-Faust, Schwere und mehrfache Behinderung – interdisziplinär, Andreas Fröhlich, Norbert Heinen, Theo Klauß, Wolfgang Lamers (Hgg.), ATHENA-Verlag

BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE E.V., LEIPZIGER PLATZ 16, 10117 BERLIN, TEL.: 030 209411-0, WWW.LEBENSHILFE.DE

26

Barrieren abbauen – Gesundheitliche Versorgung, 9. September 2013
 Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust, Bundesgeschäftsführerin



Quellen:

- H. Beange et al. Medical Disorders of Adults With Mental Retardation: A Population Study, American Journal on Mental Retardation 99 (1995) 6:595-604
- David L. Councilman, Caring for adults with mental disabilities: problems tend to be complex among this growing population, Postgrad Med (1999) 6:181-190
- MF Hayden et al. Health Status, Utilization Patterns, and Outcomes of Persons with Intellectual Disabilities: Review of the Literature, Mental Retardation (2005) 43: 175-95
- MP Janicki et al. Health characteristics and health services utilization in older adults with intellectual disability living in community residences, J Intellect Disabil Res (2002) 46: 287-98
- N.G. Lennox et al. The general practice care of people with intellectual disability: barriers and solutions, Journal of Intellectual Disability Research 41 (1997) 5:380-390
- H. Budroni, „Ich muss ins Krankenhaus, was nun?“, Qualitative und quantitative Untersuchung behinderter Menschen und Pflegepersonen, 2007, http://www.forsea.de/projekte/Krankenhaus/Dokumentation_ich_muss_ins_Krankenhaus.pdf
- M. Vernaldi und S. Köbsell in Medizin und Behinderung, Dokumentation einer Fachtagung der AEM, http://www.user.gwdg.de/~asimon/bb_2003.pdf

BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE E.V., LEIPZIGER PLATZ 16, 10117 BERLIN, TEL.: 030 209411-0, WWW.LEBENSHILFE.DE

27

BARRIEREN ABBAUEN

6

ARBEITSGRUPPE 1: WIE GESTALTE ICH MEINE PRAXIS BARRIEREARM – EIN ERFAHRUNGSBERICHT SOWIE TIPPS ZUM UMBAU

EINFÜHRUNG: DR. MED. WOLFGANG BLANK, FACHARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN,
KIRCHBERG IM WALD, LEHRBEAUFTRAGTER FÜR ALLGEMEINMEDIZIN AN DER TU MÜNCHEN

In dem Workshop zum Thema „Barrieren abbauen“ erläuterte Herr Dr. Wolfgang Blank, Facharzt für Allgemeinmedizin und Landarzt in einer Gemeinschaftspraxis in Kirchberg im Bayerischen Wald seine Motivation, sich dem Thema Barrierefreiheit anzunähern. Er beschrieb sieben vulnerable Bereiche, mit denen es besonders Hausarztpraxen zu tun hätten:

Mobilität

Was kann man in der eigenen Praxis für die Mobilität tun?

Medikamente

Was muss die Praxis hinsichtlich der Medikation beachten?

Versorgung

Wie kann die Praxis die Versorgungssituation Älterer verbessern helfen?

Funktionalität

Welche Funktionstests können in der Praxis durchgeführt werden?

Krankheiten

Wie kann die Praxis bestehende Krankheiten besser behandeln?

Ernährung

Was kann die Praxis hinsichtlich der Ernährung Älterer unternehmen?

7 Sinne

Wie geht die Praxis mit den schwindenden Sinnen Älterer um?

Anhand der Punkte „Mobilität“, „Sehen“ und „Kognition“ erarbeiteten die Teilnehmer der Arbeitsgruppe in Kleingruppen Einzelpunkte, die beim Zugang zur Praxis, im Wartezimmer und bei der Anmeldung relevant sind.

Zugang zur Praxis

Mobilität

- Krankentransport durch Praxis organisieren lassen
- Klingel gut erreichbar und laut
- Barrierefreier Öffentlicher Nahverkehr bzw. spezialisierte Taxisunternehmen
- Behindertenparkplatz nah am Eingang
- Rampe
- Betreuungsperson kennen
- Hinweise auf Homepage über die vorhandenen Barrieren
- Bürgersteigkanten kennzeichnen oder umgehen können
- Barrierefreiheit der Homepage
- Rückmeldesystem für Patienten an das Praxisteam
- Oberflächensituation der Böden in der Praxis beachten
- Mobilitätshilfsdienst oder Tragedienst in der Praxis vorhalten

Sehen

- Sensibilität des Teams
- Empathie des Teams
- Schilder groß genug
- Ausschilderung des Praxiszugangs
- Besondere Klingel für Hilfsanforderung ohne Diskriminierung
- Fax und SMS zeitnah
- Klingelschild mit Brailleschrift

Kognition

- Lückenloses Leitsystem (Piktogramme)
- Speziell geschultes Personal

Barrieren abbauen KBV Berlin 09.09.2013

Wartezimmer

Mobilität

- Stuhlanordnung mit einfacher Nutzbarkeit
- Ausreichende Türbreite für Rollatoren und Rollstühle
- Realistische Auskünfte auf der Homepage über Barrieren
- Stuhlauswahl ausgerichtet nach den möglichen Einschränkungen
- Abstellplätze und Halterungen für Hilfsmittel
- Höhe von Stühlen, sinnvolle Lehnen

Sehen

- Kontrastreiche und genügende Ausschilderung
- Markierungen für die Wege in den Praxen und der Räume
- Schwierigkeiten bei Sehen und Hören in der Karteikarte für alle Teamer sichtbar machen
- Wahrung der Intimsphäre, um Einschränkungen nicht unnötig öffentlich zu machen
- Ausreichende Beleuchtung der Räumlichkeiten

Kognition

- Persönliche Betreuung (Bezugspersonen) in der Praxis
- Persönliche Kontakte („Führung“) der Patienten und Angehörigen auch außerhalb der Praxis
- Lärm / Reizüberflutung vermeiden
- Informationsmaterialien in „Leichter Sprache“ und angemessener Größe
- Hilfsmaterialien zur Umsetzung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen

Barrieren abbauen KBV Berlin 09.09.2013

BARRIEREN ABBAUEN

Anmeldung

Mobilität

- Unterfahrbarkeit des Tresens
- Höhenanpassung des Tresens
- Bewegungsflächen vor dem Tresen trittsicher machen (auch je nach Wetterlage)
- Rutschfähiger Untergrund für Patienten mit und ohne Hilfsmittel
- Krücken- und Stockhalter an der Anmeldung
- Flächen, um Rollatoren und andere Hilfsmittel zu nutzen
- Haltegriffe an Tresen und Flurwänden
- Behindertengerechte Toilette
- Trennung des Anmelde- vom Betreuungsbereich (Separater Raum für intensive Betreuung)

Sehen

- Spezielle Formularvermittlung bei Einschränkungen (Vergrößern, Lupen)
- Vorlesen von Anweisungen
- Rollenklärung des Betreuten und des Begleiters (Assistent oder Betreuer) für den respektvollen Umgang
- Größe des Therapieplans (Vergrößern)

Kognition

- Recht auf Assistenz einfordern (Amt)
- Verantwortliche MFA für den Zeitraum des Besuches
- Wartezeit minimieren
- Betreuung in der Praxis durch aufmerksames Team sicherstellen
- Mehr Zeit für diese Patienten einplanen
- Kinderbetreuung für die Angehörigen
- Patient im Zentrum, auch wenn Angehörige verantwortlich sind
- Wahrung der Intimsphäre
- Hinweis des Behinderungsstatus in Krankenakte für alle Teamer einsichtig

Barrieren abbauen KBV Berlin 09.09.2013

Sprechzimmer

Mobilität

- Zeitmanagement: Längere Termine im voraus einplanen
- Abklärung des Behinderungsstatus vorab
- Begleitung ins Sprechzimmer durch MFA
- Hilfe bei Untersuchungen durch MFA
- Beratung des Teams für eine optimale Betreuung durch Betroffene
- Den Einschränkungen angemessenes Sprechzimmer
- Untersuchungsmöglichkeiten auch für Patienten mit Einschränkungen möglichst zeitnah vorhalten oder vorbereiten

Sehen

- Senkung der Umgebungsgerausche
- Angemessene Lichtverhältnisse
- Vorlesen von wichtigen Unterlagen
- Beratung des Teams für eine optimale Betreuung durch Betroffene
- Einsatz von Piktogrammen im Untersuchungsraum

Kognition

- Individuell angepasste Sprache
- Feste Ansprechperson im Team und in der Familie
- Angemessene Anamnesebögen für Patienten und deren Angehörige mit Konzentration auf die jeweiligen Einschränkungen
- Beratung des Teams für eine optimale Betreuung durch Betroffene
- „Gutes Erklären“ von Sachverhalten
- Rückmeldesystem in die Beratung einbauen („Hat der Patient mich verstanden“)
- Routinemäßiger, regelmäßiger Medikamentencheck in Kooperation von Patienten, Angehörigen, MFA und Arzt

Barrieren abbauen KBV Berlin 09.09.2013

Barrierefreie Arztpraxis

Praxisräumlichkeiten

- Stühle im Wartezimmer – mit Armlehnen
- Anmeldung niedrig machen
- Türbreite, Schwellen, Kabel, andere Sturzfallen (Lappen auf dem Boden)
- Rutschfester Boden (Nässe)
- Kurze Wege für Gehbehinderte, nahe an die Tür setzen
- Abstellplatz für Stützen und Rollstühle im Wartezimmer und Zimmer
- Gehilfen in der Praxis vorhalten (Stock, Vierpunktstock, Rollator, Rollstuhl)

Barrieren abbauen KBV Berlin 09.09.2013

Barrierefreie Arztpraxis

Praxisräumlichkeiten altersgerecht gestalten

- Krücken- und Stockhalter
- Notfall-Klingel
- Toilettensitzerhöhung
- Handgriffe
- Sitzgelegenheit Waschbecken
- Niedrige Untersuchungsliegen
- Kleiderhaken im Zimmer
- Schuh- und Strumpfanzieher
- Antritt unter Liegen

Barrieren abbauen KBV Berlin 09.09.2013

Barrierefreie Arztpraxis

Hören und Sehen

- Wichtige Informationen schriftlich verfassen (kurz, verständlich, groß)
- Langsam sprechen und Blickkontakt halten
- Wichtige Hinweise groß und deutlich gestalten (Zimmernummern)
- Fax- und Internetkommunikation zeitnah einsetzen
- Lesebrillen
- Hörhilfen
- Kontaktdaten von Gebärdendolmetschern

Barrieren abbauen KBV Berlin 09.09.2013

Barrierefreie Arztpraxis

Kognitionsstörungen

- Regelmäßige Besprechungen über diagnostische und therapeutische Maßnahmen sowie langfristige Therapieziele mit Patienten, Angehörigen und Therapeuten sowie schriftliche Festlegung.

Tabuthemen

- Fahrtüchtigkeit
- Sexualität

Barrieren abbauen KBV Berlin 09.09.2013

Barrierefreie Arztpraxis

Wahrnehmen von Einschränkungen

- Verfahren zum Wahrnehmen von Einschränkungen (Tests)
- Verfahren zum Umgang mit Einschränkungen
- Schulung der Mitarbeiter im Umgang mit Einschränkungen

Barrieren abbauen KBV Berlin 09.09.2013

Barrierefreie Arztpraxis

Potentielle Unterstützer

- Betroffene und ihre Angehörige
- Ergotherapeuten
- Physiotherapeuten
- Architekten
- Sanitätsfachhandel

Barrieren abbauen KBV Berlin 09.09.2013

ARBEITSGRUPPE 2: FACHLICHE UND STRUKTURELLE ERFORDERNISSE DER BEDARFGERECHTEN GESUNDHEITSVERSORGUNG VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNG

EINFÜHRUNG: PROF. DR. MED. MICHAEL SEIDEL,
ÄRZTLICHER DIREKTOR V. BODELSCHWINGHSCHEN STIFTUNGEN BETHEL

Um uns zu vergewissern, über welche sehr verschiedenen Personengruppen wir sprechen, erinnere ich eingangs daran, wie das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, die sogenannte UN-BRK, diese Gruppen zusammenfassend beschreibt. In ihrem Artikel 1 heißt es: „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ Es kommt also wesentlich auf die Wechselwirkung mit nachteilig wirksamen Kontextfaktoren, also Barrieren der sozialen und physischen Umwelt an.

Die einzelnen speziellen Formen von Behinderungen sind überaus vielgestaltig. Man kann sie zumindest gruppieren in:

- Körperbehinderungen
- Sinnesbehinderungen
- Psychische/seelische Behinderungen
- Geistige Behinderungen.

Es liegt auf der Hand, dass die Bedürfnisse und Bedarfslagen der erwähnten Gruppen einerseits überaus verschieden sind – und sich außerdem an den individuellen Besonderheiten konkretisieren –, andererseits Gemeinsamkeiten aufweisen. Auch werden teilweise ähnliche Barrieren, teils unterschiedliche Barrieren wirksam. Trotzdem bleibt uns hier nichts anderes übrig, als einigermaßen allgemein zu bleiben.

Fachliche Voraussetzungen

Zu den fachlichen Voraussetzungen zähle ich: erstens Haltung, zweitens Wissen und drittens Kompetenzen.

Zunächst erinnere ich mit einem Zitat an einen Beschluss des 107. Deutschen Ärztetages 2004 in Bremen: „Der Deutsche Ärztetag appelliert an alle in Klinik und Praxis tätigen Ärztinnen und Ärzte, ihre ärztliche Tätigkeit im Rahmen von Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation bei behinderten Menschen in besonderem Maße auf deren spezifischen Belange auszurichten.“

Konkret geht es unter der Überschrift „Haltung“ um folgende Gesichtspunkte

- Achtung der Menschenwürde
- Achtung des Rechtes auf Selbstbestimmung
- Haltung der Achtsamkeit, der Fürsorglichkeit und Verantwortlichkeit
- Gerechtigkeit

In den Themenkomplex unter der Überschrift „Wissen“ möchte ich etwas tiefer eindringen:

Manche Formen von Behinderung sind mit zusätzlichen Risiken für schwere Erkrankungen oder zusätzliche Behinderungen verknüpft oder sie modifizieren das Erscheinungsbild und die Ausdrucksformen von akuten und chronischen Krankheiten. Deshalb sind besondere fachliche Kenntnisse bei den Gesundheitsberufen notwendig. Es wäre jedoch sehr unrealistisch zu erwarten, jede Ärztin, jeder Arzt könnte jederzeit alles erforderliche Wissen parat haben und mit jeder nur

denkbaren Problematik kompetent umgehen (Handlungskompetenzen). Aus diesem Grunde brauchen wir Möglichkeiten, kompetenten Rat und Hintergrundinformationen abzurufen, z. B. in Form von Internet-Plattformen.

Kognitive Beeinträchtigungen, denen wir bei Menschen mit Altersdemenzen oder mit geistiger Behinderung begegnen, beeinträchtigen oft die Introspektionsfähigkeit und Körperwahrnehmung, die Kommunikationsfähigkeit und die krankheitsbezogene Kooperationsfähigkeit.

Sie brauchen besondere organisatorische und strukturelle Bedingungen in der Gesundheitsversorgung, die dem besonderen fachlichen und kommunikativen Aufwand gerecht werden. Es sind spezielle Kenntnisse zu Krankheitsrisiken und Gesundheitsproblemen von Menschen mit Behinderung, insbesondere im Hinblick auf bestimmte Ätiologien, erforderlich.

Eine besondere Bedeutung haben die Faktoren in der sozialen und in der physischen Umwelt, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei kognitiven Beeinträchtigungen beitragen.

Unter der Überschrift der „Kompetenzen“ geht es sowohl um Handlungskompetenzen als auch um kommunikative Kompetenzen. Es sind interdisziplinäre und transdisziplinäre Arbeitsformen im Gesundheitswesen und in der Behindertenhilfe notwendig.

Für eine einfühlsame und situationsgerechte Kommunikation mit kognitiven und sinnesbehinderten Patienten zu Beschwerden und Krankheitssymptomen sind Kompetenzen erforderlich. Eine respektvolle Haltung vorausgesetzt, ergibt sich manches im Konkreten fast von allein. Man könnte auch sagen: „Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg.“

Unumgänglich sind Kompetenzen für eine respektvolle und empathische Kommunikation mit anderen Berufsgruppen oder Menschen aus dem Unterstützersystem der behinderten Person.

Auf die Wahrnehmung und auf die Bewertung der Kontextfaktoren im Hinblick auf ihre förderlichen (Förderfaktoren) oder nachteiligen Wirkungen (Barrieren) kommt es ganz entscheidend an. Dies gilt gerade dann, wenn an einer bestehenden Schädigung einer Körperfunktion oder Körperstruktur nichts mehr zu verändern ist und schon deshalb das Gewicht der Interventionen auf die Umweltgestaltung verlagert werden muss.

Grundsätzliches

Bevor ich noch etwas zum sog. Parallelbericht ausführe, möchte ich in thesenhafter Form einiges Grundsätzliche sagen:

1. Die engagierte Zuwendung der deutschen Ärzteschaft zu Menschen mit Behinderungen ist ein Beitrag zur Wertorientierung der deutschen Gesellschaft.
2. Die gründliche fachliche und berufsethische Durchdringung der Thematik kann einen wichtigen Beitrag zur ärztlichen Anthropologie leisten.
3. Sie kann vor allem dazu beitragen, die schleichende Entwertung „beschädigten“ Lebens im öffentlichen Diskurs aufzuhalten (heimliche Lebenswert-Debatte im Kontext der Verrechtlichung der Anwendung der Patientenverfügung und der Kosten-Nutzen-Debatte im gesundheitsökonomischen Diskurs).

Parallelbericht zur Umsetzung der UN-BRK in Deutschland

Nun komme ich zum Parallelbericht von Vertretern der deutschen Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-BRK in Deutschland. Die-

ser Bericht flankiert in unabhängiger und kritischer Weise den offiziellen Regierungsbericht, den sog. Staatenbericht, den die Bundesregierung 2011 abgegeben hat. Diesem Parallelbericht kommt deshalb eine besondere Bedeutung zu, weil er die Perspektive der Betroffenen aufnimmt und auf ihren Erwartungen und Erfahrungen beruht. Dieser Parallelbericht beleuchtet in notwendigerweise komprimierter Form die verschiedenen Aspekte von Teilhabe: Schule, Beruf, Bildung, Gesundheitsversorgung usw.

Auf den Seiten 51-59 des Parallelberichts sind vielfältige Barrieren in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen beschrieben (Wissensdefizite, Kompetenzmängel, leistungsrechtliche Probleme usw.) und vor allem konkrete Forderungen zur Verbesserung der Situation formuliert. Es genügt eigentlich, die Forderungen vollständig zu zitieren, denn daraus geht zwangsläufig hervor, wo die wichtigsten Probleme und Mängel liegen, die sich aus der Sicht der Mehrzahl der am Bericht beteiligten Gruppen darstellen. Deshalb folgt das vollständige Zitat der Forderungen:

„Forderungen der BRK-Allianz zu Gesetzen und zum Leistungsrecht:

- Gesundheits- und Sozialgesetzgebung sowie Entscheidungsprozesse der Selbstverwaltungsgremien müssen behinderungssensibel im Sinne eines „Disability Mainstreaming“ erfolgen.
- Im Sinne des Solidarprinzips ist eine individuell bedarfsgerechte Versorgung unter verstärkter Berücksichtigung oft begrenzter wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit bei Eigenbeteiligung zu gewährleisten.
- Es sind Sanktionen gegen Selbstverwaltungsgremien und Leistungsträger bei Verschleppung von Grundsatzentschei-

dungen, Leistungsgewährung, ungerechtfertigten Leistungsverkürzungen einzuführen.

- Die interdisziplinäre Frühförderung ist bundesweit und flächendeckend umzusetzen.
- Ambulante Leistungen für psychisch Kranke wie ambulante psychiatrische häusliche Pflege, Soziotherapie, ambulante Krisendienste/Krisentelefone und die integrierte Versorgung sind flächendeckend entsprechend den gesetzlichen Vorgaben im SGB V umzusetzen. Hierbei ist die Kooperation und die Vernetzung zwischen stationären und komplementären Bereich zu stärken (ambulant vor stationär).
- Der zeitliche Mehraufwand bei der Versorgung von Menschen mit Behinderungen ist angemessen zu vergüten.
- Es ist eine deutliche Stärkung der Rechte der Patientenvertreter/innen in den Gremien durchzusetzen.
- Das Recht auf Verbandsklage ist auch im Gesundheitswesen zu schaffen bzw. soweit bereits vorhanden, entsprechend anzupassen.

Forderungen der BRK-Allianz zum Abbau von Barrieren:

- Zugangsbarrieren (in Form von Einstellung, Wissen, Handlungskompetenzen, Kommunikationskompetenzen, interkultureller Kompetenzen, wohnortferne Erbringung der Leistungen, bauseitige Barrieren, Kommunikationstechniken, Stigmatisierung usw.) in der Gesundheitsversorgung müssen systematisch abgebaut werden.

- Die Zugänglichkeit von Arztpraxen muss durch den Gesetzgeber als Kriterium für die Zulassung und Nachbesetzung von Arztsitzen vorgesehen werden.
- Es müssen flächendeckend umfassend barrierefreie ambulante Behandlungsangebote zur Verfügung stehen. Für Frauen mit Behinderungen muss es ausreichend barrierefreie gynäkologische Praxen geben.
- Die Verwendung alternativer Kommunikationsformen (Deutsche Gebärdensprache, lautsprachbegleitende und lautsprachunterstützende Gebärden) und Kommunikationstechniken (Unterstützende Kommunikation) sowie die Hilfestellung durch Schriftdolmetschung und Ton-Übertragungsanlagen in der Gesundheitsversorgung muss ermöglicht werden.
- Barrierefreie Informationsmaterialien zur gesundheitlichen Versorgung inklusive Verhütung etc. müssen zur Verfügung gestellt werden.
- Die Einbeziehung erforderlicher nicht-medizinischer personeller Unterstützung (z. B. Assistenzpersonen von Kund*innen ambulanter Dienste oder Bewohner*innen stationärer Einrichtungen) in allen Bereichen der medizinischen Rehabilitation ist zu gewährleisten.

Forderungen der BRK-Allianz zum Abbau von Wissensdefiziten:

- Angehörige der Gesundheitsberufe müssen für Würde und umfassende Rechte von Menschen mit Behinderungen jeder Art sensibilisiert werden.
- Die Themen Behinderung und behinderungsassoziierter Mehrbedarf sowie grundlegende Orientierungen zur Kom-

munikationskompetenz im Umgang mit Menschen mit Behinderungen müssen in Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe systematisch integriert werden. Dies kann u. a. durch die Überarbeitung der ärztlichen Approbationsordnung oder der Ausbildungscurricula der anderen Heilberufe erfolgen. Interkulturelle, geschlechterspezifische (etwa das Erkennen von und Umgang mit Gewalt bei Frauen mit Behinderungen) und behinderungsbedingte Aspekte, sind dabei zu berücksichtigen. Spezifische Gegebenheiten von Sexualität, Schwangerschaft und Geburt in Kombination mit einer Behinderung sind in den Ausbildungskatalog von Gynäkologinnen und Gynäkologen aufzunehmen.

- In einer geschlechtersensiblen Forschung zu Therapien und deren Wirksamkeit sind Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen.
- Die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) ist in Aus-, Fort- und Weiterbildung einerseits, in der Versorgungspraxis andererseits umfassend zu berücksichtigen.
- Medizinische Forschung und Versorgungsforschung muss die Belange von Menschen mit Behinderungen berücksichtigen. Menschen mit Behinderungen sollen bei Planung und Auswertung der Forschungen beteiligt werden.“

So weit das ausführliche Zitat aus dem Parallelbericht zur Umsetzung der UN-BRK. Der Abbau der Barrieren der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung beginnt im Kopf und im Herzen einer jeden Ärztin, eines jeden Arztes. Es müssen konkrete Handlungen (Wissenserwerb, Abbau von Barrieren in Praxis und Krankenhaus usw.) folgen.

6

Praktische Tipps

Um nun aber in unserer heutigen Veranstaltung nicht allein im Theoretischen zu verharren, möchte ich einige ausgewählte Hinweise, gegliedert nach motorischen, visuellen, auditiven und kognitiven Beeinträchtigungen, geben. Ich zähle sie nur stichwortartig auf.

Bei Beeinträchtigungen der Motorik ist an Folgendes zu denken, und zwar im Hinblick auf die Ausstattung:

- Behindertenparkplatz
- einfache, hindernisfreie Wegführung
- Fahrstuhl (mit „Rangierfreiheit“)
- „Notfall“-Rollstuhl anschaffen (und betriebsfähig halten)
- neigungsarme Rampe
- Haltegriffe, Handläufe usw. (auch in Umkleieräumen)
- Rollstuhl-WC
- für Rollstuhlfahrer erreichbare Schalter, Knöpfe, Waschbecken usw.
- breite Türen
- Schwellenfreiheit
- ausreichend Sitzgelegenheiten
- rutschfeste Fußböden
- niedriger Tresen
- höhenverstellbare Untersuchungsliegen usw.
- Notruf-Anlage (Toilette, Umkleieräume)

Im Hinblick auf Kommunikation und Verhalten erwähne ich:

- Bedarf an Hilfestellung erfragen
- Hilfestellung geben
- Vorab-Informationen zur Praxis geben (z. B. bei telefonischer Anmeldung)
- eigenes Verhalten reflektieren
- Mitarbeiter schulen

Beeinträchtigungen des Sehens verlangen bezüglich der Ausstattung:

- große Beschriftung mit klarem Schriftbild
- kontrastreiche optische Signale

- große, kontrastreiche Bedienelemente
- ggf. Braille-Schrift
- Vermeidung von großen Fußbodenmustern
- helle, blendfreie Beleuchtung
- Markierung von Stolperfallen, Treppenkanten, Handläufen, Schwellen
- Markierung von Glasflächen (Aufprallgefahr)
- Fahrstuhl mit akustischer Ausgabe
- schriftliche Materialien groß ausdrucken
- Standard-Lesehilfen

Bezüglich der angemessenen Kommunikation geht es um:

- gezielte Ansprache bei Begegnung und Kontaktaufnahme
- Bedarf an Hilfestellung erfragen
- Hilfestellung geben
- eigenes Verhalten reflektieren
- Mitarbeiter schulen

Beeinträchtigungen des Hörens brauchen bei der Ausstattung:

- die Dämpfung von Echo-Hall und hartem Schall durch Mobiliar oder Wandmaterialien

Kognitive Einschränkungen benötigen in der Ausstattung:

- das Angebot von ruhigen Rückzugsmöglichkeiten

und in Verhalten und Kommunikation:

- Ansprache des Patienten selbst, nicht an ihm vorbei oder über seinen Kopf hinweg
- den Bedarf an Hilfestellung zu klären
- Hilfestellung zu geben
- langsam, deutlich und verständlich zu sprechen
- Gesagtes wiederholen
- das Verständnis für das Erklärte prüfen
- Abläufe erklären, ggf. mittels Bildern, Zeichnungen usw.
- Bezugsperson, gesetzlichen Betreuer,

Bevollmächtigten usw. in die Kommunikation einbinden

- ggf. Pausen anbieten
- geeignete Tageszeit und Rahmenbedingungen für Konsultation oder Behandlungsmaßnahme auswählen

Fortbildungsmöglichkeiten

Für Ärztinnen und Ärzte gibt es verschiedene einschlägige Fortbildungsmöglichkeiten, u. a. die strukturierte curriculare Fortbildung „Medizinische Betreuung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung“, der Bundesärztekammer, das von der Bundesarbeitsgemeinschaft Ärztinnen und Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderungen entwickelt wurde.

ARBEITSGRUPPE 3: „MUNDGESUND TROTZ HANDICAP UND HOHEM ALTER“ – WIE FINDEN „LEUCHTTURMPROJEKTE“ EINGANG IN EINE WOHNORTNAHE, FLÄCHENDECKENDE VERSORGUNG?

EINFÜHRUNG: FRANZ KNIEPS, VORSTAND BKK-DACHVERBAND

In der Arbeitsgruppe 3 zur Mundgesundheit analysierte Franz Knieps, Vorstand des BKK-Dachverbandes die Ausgangslage für die Einführung präventiver zahnmedizinischer Leistungen für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung und die Überführung von Modellprojekten in die Regelversorgung.

Zunächst wurden in der AG zwei „Leuchtturmprojekte“ vorgestellt:

- **Dr. Imke Kaschke** stellte das Berliner Projekt zur Gruppenprophylaxe für erwachsene Bewohner von Behinderteneinrichtungen und das Programm „special smiles“ aus dem Gesundheitsprogramm von Special Olympics vor. Dort leitet **Dr. Kaschke** das Referat Gesundheit. Sie legte den Behandlungsbedarf der Sportler und die Erfolge der Projekte dar. Für Menschen mit Behinderung ist diese Unterstützung wichtig, wie **Dennis Melenthin**, Athletensprecher von Special Olympics Berlin-Brandenburg, deutlich machte. Viele Menschen mit Behinderung hätten Probleme mit Zähnen und Zahnfleisch, aber Angst vor dem Zahnarzt, den sie oft nur beschwerdeorientiert und auch nur in Begleitung aufsuchen könnten. Selbst das Zähneputzen mache einigen Schwierigkeiten, umso mehr bräuchten sie eine professionelle präventive Betreuung, die auch die Krankenkasse bezahlen sollte. Gruppenprophylaxe ist wichtig, reiche aber nicht für den Behandlungsbedarf dieser Patienten, so **Dr. Kaschke**.

- **Dr. Cornelius Haffner** von der LMU München stellte das mit der AOK-Bayern umgesetzte Projekt „Teamwerk“ vor, das in Münchner Pflegeheimen Pflegebedürftige präventiv betreut. 76 Prozent der Patienten würden dadurch ihre Mundpflege und Mundgesundheit erheblich verbessern und es würden 70 Prozent weniger Zähne extrahiert. Entscheidend sei die Kombination aus der Einbeziehung der Pflegekräfte und zahnärztlicher Betreuung. Um die Pflegekräfte tatsächlich für die Schulung zu erreichen, sollte man direkt an den Träger des jeweiligen Heimes herantreten, so die Empfehlung von **Dr. Haffner**.

Für die dafür nötige Qualifikation von Zahnärzten und ihren Behandlungsteams sei der Berufsstand selbst verantwortlich, so **Prof. Dr. Dietmar Oesterreich**, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer. Das wäre keine Frage für den Gesetzgeber. Unterstützt wurde er bei diesem Anliegen von der Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) **Prof. Dr. Ina Nitschke**. Die DGAZ bietet zu diesem Thema ein breites Spektrum an Fortbildungsveranstaltungen an.

Franz Knieps zeigte sich in seinem **Impulsreferat** begeistert von der Vielfalt und Qualität zahnärztlicher Initiativen und Konzepte für die bessere zahnmedizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigen. Die Ausgangsbedingungen für das von Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) erarbeitete Konzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ seien gut. Denn das Konzept überzeuge fachlich und

schließe eine Regelungslücke. Die Verankerung in einem § 22a SGB V sei sinnvoll, um die Angebote rechtssicher zu machen und eine Verpflichtung herzustellen. Durch eine gesetzliche Regelung kämen Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftige aus der Rolle des Bittstellers heraus. Sie hätten einen Anspruch auf präventive zahnmedizinische Leistungen, so Knieps.

Da die Komplexität des Gesundheitswesens abschreckend sei, würden Reformprozesse lange dauern. Knieps appellierte an die engagierten Zahnärztinnen und Zahnärzte, die Geduld nicht zu verlieren. Positive Veränderungen im System bräuchten lange bis zur Umsetzung. Viele kapitulierten vor der politischen Gemengelage. Die Politik konzentriere sich auf die großen Problemfelder, so Knieps. Allerdings seien die Bedingungen für Innovationen nie besser als heute angesichts der Rücklagen der gesetzlichen Krankenversicherungen. Es bestehe aber harte Konkurrenz bei der Umsetzung von Versorgungskonzepten. Daher sei es wichtig, gemeinsam mit den Betroffenen auf den politischen Handlungsbedarf aufmerksam zu machen und sich dafür einzusetzen, dass die Politik die Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungssituation von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung aufgreift.

Unser Ziel ist es, für diesen Personenkreis gesetzliche Anspruchsgrundlagen im SGB V zu verankern, um „Leuchtturmprojekte“ – neben den beiden vorgestellten Projekten gibt es eine Vielzahl solcher Projekte – in die flächendeckende Versorgung zu überführen, führte der Vorsitzende des Vorstandes der KZBV **Dr. Wolfgang Eßer** in der anschließenden Diskussion aus.

Die gesetzliche Regelung in einem § 22a SGB V sei notwendig, antwortete **Franz Knieps**. Gleichzeitig wies er darauf hin, dass die Mühlen des Gesetzgebers langsam mahlen. Auch

ein Gesetz sei noch keine Garantie für eine zeitnahe Umsetzung. Das System sei für eine zeitnahe Umsetzung einfach zu träge. Knieps appellierte an die Akteure, bis zu einer gesetzlichen Regelung die vorhandenen Instrumente für die Weiterentwicklung der Versorgung im SGB V, wie beispielsweise Modellprojekte oder 73c-Verträge, zu nutzen.

Dr. Eßer wies darauf hin, dass bereits eine ganze Reihe von Modellprojekten existieren, die auch positiv evaluiert wurden. Diese Projekte würden auch den besonderen Präventionsbedarf von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung deutlich machen.

An der positiven Entwicklung der Mundgesundheit könnten diese Menschen nicht partizipieren. Sie gehörten zur Hochrisiko-Gruppe für Karies und Parodontalerkrankungen. Der GKV-Leistungskatalog entspräche nicht den Bedürfnissen dieser Patientengruppe, ergänzte **Prof. Oesterreich**.

„Wir haben viele ehrenamtliche engagierte Zahnärztinnen und Zahnärzte, die sich in einer Vielzahl von regionalen Leuchtturmprojekten engagieren, wofür ich sehr dankbar bin.“, so **Dr. Eßer**. „Jetzt gilt es, die bestehenden gesetzlichen Barrieren abzubauen und ein zahnärztliches Präventionsmanagement für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung gesetzlich zu verankern“, forderte Dr. Eßer den Gesetzgeber auf. Die Vorschläge lägen auf dem Tisch. Der Sachverständigenrat habe bereits in seinem Gutachten 2009 den Handlungsbedarf aufgezeigt.

Es gebe auch im bestehenden System Möglichkeiten, das Konzept von KZBV und BZÄK flächendeckend umzusetzen, antwortete **Franz Knieps**. So ließe sich die Versorgung auf der Grundlage von § 73c SGB V als Selektivvertrag in Form eines de facto Kollektivvertrages gestalten. Keinen Zweifel ließ Knieps daran, dass die Behandlung von Pflegebe-

6

dürftigen und Menschen mit Behinderung nicht im Wettbewerb organisiert werden sollte. Hier dürfe es keinen Flickenteppich geben, so Knieps. Es ließen sich auch Gruppenprophylaxe-Vereinbarungen mit Krankenkassen treffen, um Modellprojekte in die Breite zu tragen.

Diesen Vorschlag griff **Dr. Eßer** auf. Bis zu einer gesetzlichen Regelung könne es hilfreich sein, mit den vorhandenen Vertragsinstrumenten die Versorgungssituation zu verbessern. Allerdings zeigte er sich überzeugt, dass eine grundlegende Verbesserung der Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen nur durch gesetzliche Regelung der zahnärztlichen Prävention erzielt werden könne. Als ausgesprochen hilfreich bezeichnete Dr. Eßer die ersten Schritte, die der Gesetzgeber mit dem Versorgungsstrukturgesetz und dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz zur Verbesserung der Versorgungssituation gemacht habe.

KZBV und BZÄK seien mit ihrem Konzept und ihren Vorschlägen auf einem guten Weg, so **Franz Knieps**. Für Mehrheiten müsse man kämpfen und auch Akteure jenseits des Gesundheitswesens mit einbeziehen.

Alle Diskussionsteilnehmer waren sich einig, dass es für die Überführung der Modellprojekte in die Regelversorgung der Unterstützung durch die Politik bedürfe. Für den Gesetzgeber bestehe Handlungsbedarf bei der gesetzlichen Verankerung von präventiven Leistungen für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung, fasste die Moderatorin der AG, **Dr. Marion Marschall**, Chefredakteurin der Deutschen Zahnarztwoche (DZW) die Diskussion zusammen.

BARRIEREN ABBAUEN

PRÄSENTATIONSFOLIEN ZUM VORTRAG VON
DR. IMKE KASCHKE

Barrieren abbauen

Angebote zur Zahn- und Mundgesundheitsförderung für Menschen mit Behinderung



**Zahnmedizinische
Gruppenprophylaxe für Erwachsene**
in Berliner Wohneinrichtungen für
Menschen mit Behinderung



Special Olympics Deutschland –
Zahn- und Mundgesundheitsprogramm
Special Smiles*

* gefördert durch WRIGLEY



Projekt zur zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe für erwachsene Bewohner Berliner Behinderteneinrichtungen (seit 2005)



- **Gruppenprophylaxemaßnahmen**
für Bewohner **jenseits** des 18. Lebensjahres
- Aufsuchende **theoretische Fortbildung**
und **regelmäßige praktische Anleitung**
der Bewohner mit Betreuern
 - Mundhygieneinstruktionen
 - Fluoridanwendung,
 - Ernährungsberatung,
z.B. Reduktion des Zuckerkonsums,
Verwendung fluoridierten Speisesalzes...





Projekt zur zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe für erwachsene Bewohner Berliner Behinderteneinrichtungen



	Pilotphase 2005 - 2006	Modellprojekt 2007 - 2009	Folgeprojekt 2010 - 2013
Teilnehmer	56 Wohneinrichtungen (1000 Bewohner, 345 Betreuer)	1.300 Bewohner mit Betreuern	1.500 Bewohner mit Betreuern
Finanzierung	Berliner Hilfswerk Zahnmedizin e.V.	Berliner Senat	Berliner Senat Berliner Hilfswerk Zahnmedizin e.V.
Evaluation	Verhaltensänderungen des Betreuungspersonals	Veränderungen der Mundhygienemaß- nahmen der Bewohner	Nachhaltigkeit der Verhaltensänderung der Bewohner (ab 2013)

Ergebnisse des Berliner Gruppenprophylaxeprojekts

2005 - 2006 Pilotphase

- **Kompetenzerwartung und Selbstwirksamkeit der Betreuer** ↑
- Zahnreinigung statt **vor** → **nach** dem Frühstück
- behindertengerechte Zahnbürste **Superbrush** ↑

→ **95% der Betreuer wünschen sich regelmäßige fachliche Unterstützung und Anleitung**

2007 - 2009 Modellprojekt

- **behindertengerechte Zahnbürsten** ↑
- **zusätzlich Fluoridanwendung** ↑
- **Zahnpflege nach dem Frühstück** ↑
- **1 bis 2 Minuten oder längere Putzzeit**






**IN JEDEM VON
UNS STECKT EIN
HELD**


Special Olympics
Deutschland

**Special Olympics Deutschland
Special Smiles* -
Zahn- und Mundgesundheitsförderung für
Menschen mit geistiger Behinderung**
* in Deutschland gefördert durch WRIGLEY

ABB s.Oliver
Premium Partner von Special Olympics Deutschland





Special Smiles Deutschland
gefördert durch WRIGLEY



WAS ?

- ➔ Zahn- und Mundhygiene-
unterweisungen und Übungen
- ➔ Zahnmed. Untersuchung:
(Putzfrequenz, Behandlungsbedarf
Karies / Trauma, Restaurationen / Gingivitis
Extraktionen / Fluorosis)
"DMS konforme Untersuchungsdaten"
→ anonymisierte Datenerfassung
- ➔ Weiterbehandlungsempfehlungen



Special Smiles Deutschland

gefördert durch WRIGLEY



WANN ?



Jährlich im Wechsel

während Nationaler Sommerspiele von SOD (ca. 1000 Teilnehmer)
bzw. Nationaler Winterspiele von SOD (ca. 300 Teilnehmer)



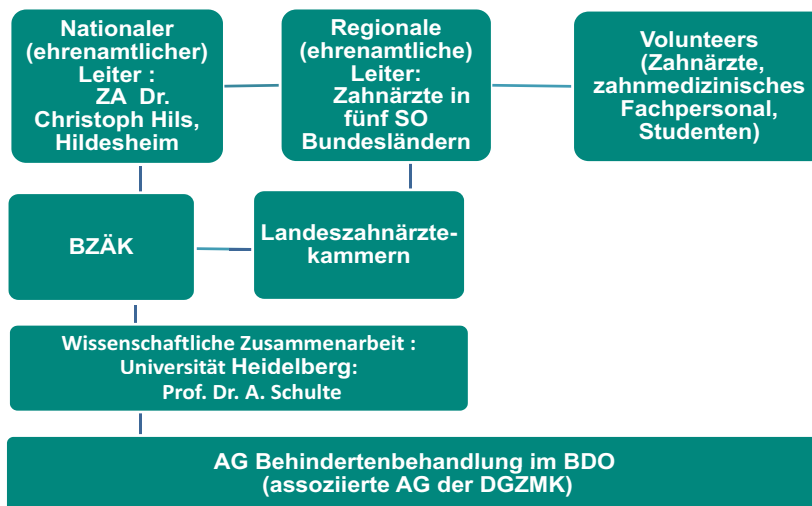
Mehrfach jährlich

- während regionaler Sommerspiele bzw. regionaler Winterspiele von SO Landesorganisationen (jeweils ca. 200 -300 Teilnehmer)
- während regionaler Einzelsportwettbewerbe von SO Landesorganisationen (jeweils ca. 100 Teilnehmer)
- während regionaler Angebote in Wohneinrichtungen oder Werkstätten für Menschen mit Behinderung (unterschiedliche Teilnehmerzahlen)

Special Smiles 2013: Nationale Winterspiele,
7 regionale Angebote (in 5 Bundesländern)



in Deutschland gefördert durch WRIGLEY



6

Geteilt durch:  Bundesministerium für Gesundheit
aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Selbstbestimmt gesünder II -
Gesundheitskompetenzen für Menschen mit
geistiger und Mehrfachbehinderung



WARUM

? ? ?

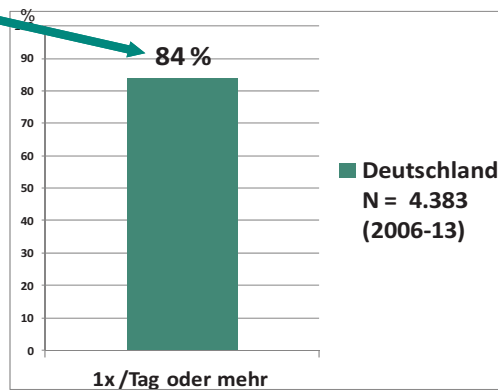


Häufigkeit der Reinigung der Mundhöhle



Wie oft reinigst Du Deinen Mund?

- einmal am Tag
- 2 bis 6 mal pro Woche
- einmal die Woche
- weniger als einmal die Woche
- nicht sicher



Anzahl untersuchter Athleten 2006 – 2013	Untersuchungsergebnisse der Athlet(inn)en
4.383	<ul style="list-style-type: none"> - 46 % Zahnfleischentzündungen - 46 % zahnärztliche Behandlung erforderlich <i>davon:</i> <ul style="list-style-type: none"> 14 % zahnärztliche Behandlung akut erforderlich - 6 % Schmerzen im Mund

BARRIEREN ABBAUEN

PRÄSENTATIONSFOLIEN ZUM VORTRAG VON
DR. CORNELIUS HAFFNER


Duales Konzept

zahnmedizinische Versorgung stationärer Pflegebedürftiger in München



Cornelius Haffner & Christoph Benz - KUM Klinikum der Universität München
Dienstag, 3. September 2013

1



Erfolge

2002

81 % Mundpflege dramatisch schlecht

risikoabhängig
3 Termine pro Jahr

▶ 76 % Mundpflege und Mundgesundheit ganz erheblich verbessert

▶ wesentlich seltener akute Schmerzen

▶ 70 % weniger Zähne entfernt

Dienstag, 3. September 2013

2

das **duale** Konzept

1 Prävention

2 Therapie

Dienstag, 3. September 2013

3

das **duale** Konzept

1



regelmäßige **Fort- und Weiterbildung** von Pflegekräften im Bereich der **zahnmedizinischen Prophylaxe**

wie geht es ?

Dienstag, 3. September 2013

4

BARRIEREN ABBAUEN

das **duale** Konzept

1

www.dgaz.org



Dienstag, 3. September 2013

5

das **duale** Konzept

1

regelmäßige, dezentrale,
mobile Prophylaxe in
Münchner Einrichtungen

wie geht
es?



Dienstag, 3. September 2013

6

das **duale** Konzept

- Befund *soweit möglich* erheben

Teamwerk
Zahnmedizin für Menschen mit Behinderungen

persönliche Daten

Allgemeinanamnese

Zähne

Bemerkungen

© Prof. Dr. Christoph Benz, München

Dienstag, 3. September 2013

7

das **duale** Konzept

- Risiko bewerten
- “Recall” regelmäßig durchführen

Risikoparameter

1. DMF-T

2. Karies

3. Schmerzen

4. Zuckerimpulse

5. Fluoridkontakt

6. Mundhygiene

7. Sondierungstiefe

8. Bleeding on Probing

9. Furkationsbefall

Mundhygiene

© Prof. Dr. Christoph Benz, München

Dienstag, 3. September 2013

8

BARRIEREN ABBAUEN

das **duale** Konzept

2



dezentrale,
zahnmedizinische
Behandlung
durch Patenzahnärzte

wie geht
es?

Dienstag, 3. September 2013

11

das **duale** Konzept

2



zahnärztliche Sanierung
interdisziplinär
eingebunden in einem
Kompetenzzentrum

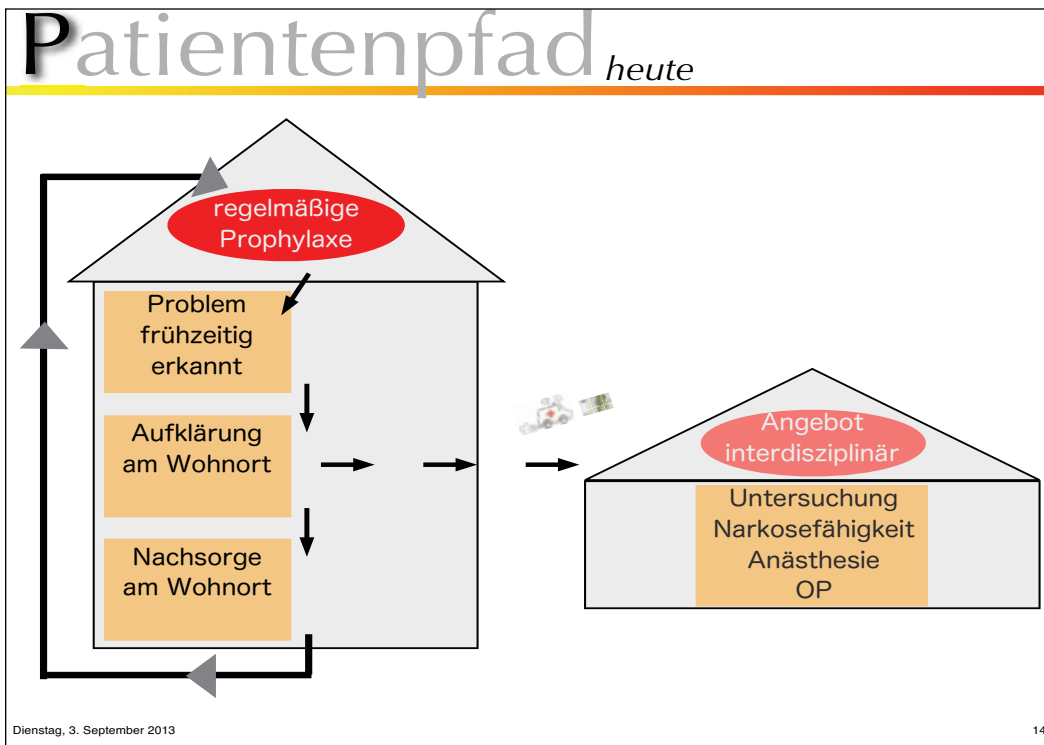
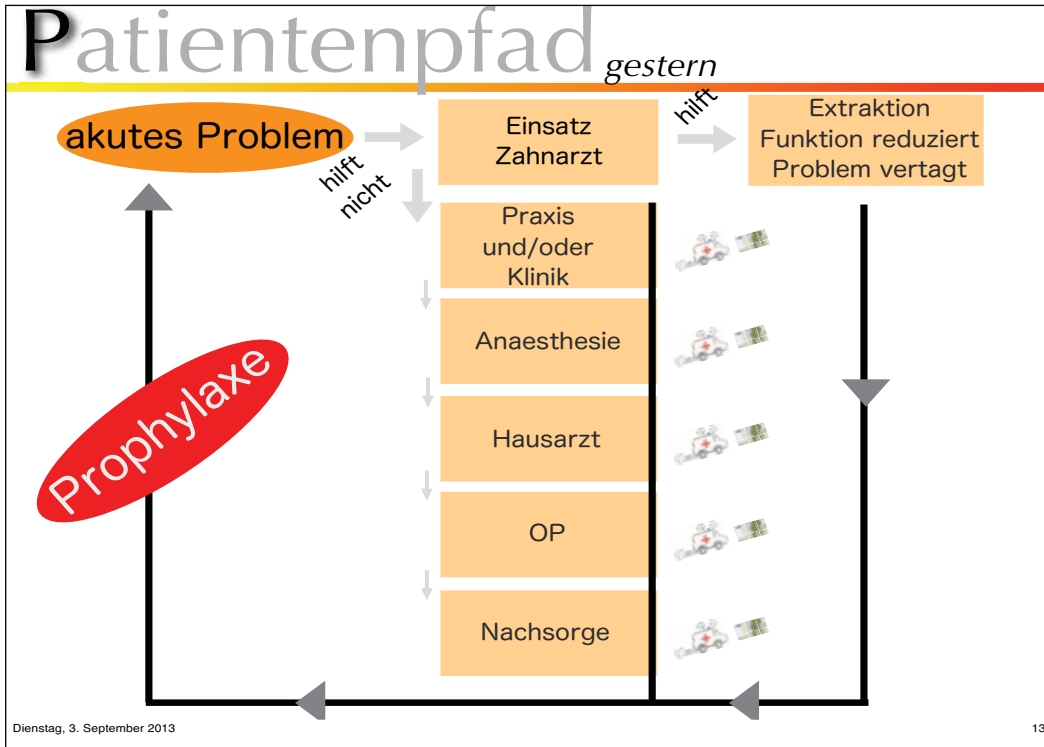
wie geht
es?

Dienstag, 3. September 2013

12

BARRIEREN ABBREKEN

6



das **duale** wer **finanzierts?** Konzept

1

Modellvorhaben
§ 63ff SGB V AOK Bayern

2

Abrechnung Praxis
Modellvorhaben
§ 63ff SGB V AOK Bayern

Dienstag, 3. September 2013

15

das



setzung

- Verteilung **I=13%**
TeamwerkIndex **II=49%**
2005 **III=38%**
- Verteilung **I=21%**
TeamwerkIndex **II=71%**
2007 **III=8%**
- Besuchsfrequenz
quartalsweise
- ohne Modul **1a** kein
Erfolg

Dienstag, 3. September 2013

16

BARRIEREN ABBAUEN

das **duale** Sozialökonomie Konzept

Kosten **Referenzzeitraum**
IV. 2004-III. 2005

Kosten **Zeitraum Modell**
II. 2006-I. 2007

309.626,6 €

242.630,4 €

22%

Die Gesamtkosten ergeben sich aus den
zahnmedizinischen Kosten im Umfeld der betreuten
Patienten (zahnärztliche Behandlung (KCH, Prothetik)
Transport Zahnarzt, Narkosekosten)

Dienstag, 3. September 2013

17

das **duale** was bringt Konzept es?

- mehr Lebensqualität
für den Pflegebedürftigen
weniger Schmerzen
besser Kauen
keine Belastung des Immunsystems
weniger Mundgeruch
- weniger Stress
für Angehörige
und Pflege
- Kosteneinsparung



Dienstag, 3. September 2013

18

BARRIEREN ABBAUEN

7

AUSBLICK DER VERANSTALTER

Die Ärzte- und Zahnärzteschaft hat mit ihrer gemeinsamen Tagung den Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention zum Anlass genommen und Initiativen vorgestellt, die bereits eine barrierearme (zahn)medizinische Versorgung und die Idee einer inklusiven Gesellschaft vorleben. Andererseits wurden mit den Betroffenen selbst viele noch notwendige Bedarfe erörtert. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Bundesärztekammer (BÄK), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) sind sich einig, dass die Eintagesveranstaltung im September 2013 keine „Eintagsfliege“ bleiben soll. Wo liegen also unsere zukünftigen Schwerpunkte, um den Gedanken der Inklusion von Menschen mit Behinderung in die (Zahn)Ärzteschaft zu tragen?

Perspektivisch bedeutsam sind vor allem die kontinuierliche Vermittlung von Interaktionskompetenzen in der (zahn)ärztlichen Aus- und Fortbildung, um eine barriere- und vorurteilsfreie Kommunikation zu Menschen mit Behinderung im Versorgungsalltag zu fördern. Interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte, Zahnärzte und deren Teams sensibilisieren die Professionen im Umgang mit Menschen, die Unterstützungsbedarf benötigen. Zudem haben sie eine Multiplikatorenfunktion und helfen bei der weiteren Vermittlung zentraler Botschaften der UN-Behindertenrechtskonvention vor Ort. Auch der Meinungs- und Erfahrungsaustausch in Form von interkollegialen Veranstaltungen sowie zwischen den Landes(zahn)ärztekammern und /oder den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen auf regionaler Ebene soll verstetigt und intensiviert werden, damit sich

die Versorgung von Menschen mit Behinderung verbessert.

Ein spezielles Förderprogramm der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) ist ein weiterer wichtiger Baustein, um in den nächsten Jahren mit dem Ausbau von Arzt- und Zahnarztpraxen die Barrierefreiheit voranzubringen. So fordert die Bundesregierung die Verantwortlichen in ihrem Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention auf, innerhalb der nächsten 10 Jahre weitere Arztpraxen barrierefrei zugänglich zu machen. Hierzu benötigen wir jedoch die Unterstützung der Politik. Gemeinsam haben wir daher den Vorschlag unterbreitet, dass die KfW ein Förderprogramm auflegen sollte, um den geforderten barrierefreien Ausbau von Arzt- und Zahnarztpraxen zu fördern und dies gegenüber den Bundesministern für Gesundheit, Wirtschaft, Arbeit und Soziales sowie dem Patientenbeauftragten und dem Behindertenbeauftragten der Bundesregierung zum Ausdruck gebracht. Mit einem solchen KfW-Programm können alle Ärzte und Zahnärzte gefördert werden, die Investitionen zum Abbau von Barrieren in Angriff nehmen wollen.

Schließlich ist der Abbau sozialgesetzlicher Barrieren notwendig, um bestehende Versorgungslücken zu schließen. Die Zahnärzteschaft engagiert sich deshalb weiterhin dafür, für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung präventive Maßnahmen im SGB V zu verankern. Der Gesetzgeber ist gefordert, Prävention für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung zu ermöglichen. Das Konzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ bietet sich hierfür als Blaupause an.

Es liegt also noch eine gehörige Wegstrecke vor uns, um die (zahn)medizinische Zugangs- und Versorgungsgerechtigkeit sowie die gesellschaftliche Teilhabe im Sinne des Inklusionsbegriffs der UN-Behindertenrechtskonvention zu schaffen, sowohl was die Ansprüche der Betroffenen angeht als auch die Ausstattung der Praxen, um diesen Ansprüchen gerecht werden zu können

IMPRESSUM

Herausgeber:

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin
www.bundesaerztekammer.de

Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V.
Chausseestraße 13, 10115 Berlin
www.bzaek.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
www.kbv.de

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
Universitätsstraße 73, 50931 Köln
www.kzbv.de

Redaktion:

Klaus Balke (KBV)
Sebastian Draeger (KZBV)
Dr. Justina Rozeboom (BÄK)
Elfi Schmidt-Garreht (KZBV)
Dr. Sebastian Ziller (BZÄK)

Layout:

atelier wieneritsch

Fotos:

Jozef Sedmák / Shotshop
KBV

