

Kerstin Finger

# Aufsuchende Betreuung in der Uckermark: „Zahngesundheit – mobil“

## Grundsätzliche Überlegungen und Erfahrungen nach 4-jähriger Tätigkeit

**Seit 29 Jahren ist unsere Praxis in Templin in der Uckermark tätig. Die Uckermark ist etwa so groß wie das Saarland und gilt mit einer städtischen Bevölkerungsdichte von 33–44 Einwohnern/qkm und einer ländlichen von 18 Einwohnern/qkm nach Kriterien der UNESCO als unbewohnt. Die Bevölkerungsdichte ist halb so groß wie durchschnittlich im Land Brandenburg; ein Zehntel einer Stadt wie Frankfurt/O.; ein Zwanzigstel der Landeshauptstadt Potsdam. Die damit verbundenen infrastrukturellen Probleme nehmen zu, die finanzielle Lage vieler Menschen (25 % erhalten Mittel aus der Grundsicherung) sowie die demografische Entwicklung verschärfen die Lage exponentiell.**

Der demografische Wandel ist für uns kein Problem, sondern eine Tatsache mit der wir seit 20 Jahren verstärkt konfrontiert sind. Wir sind mit unseren Mitmenschen älter geworden und so war es folgerichtig, ihnen nachzugehen. Das bedeutete für uns stets, auch Hausbesuche zu machen und diesen Hausbesuchsdienst bis zu seinem heutigen Stand weiter zu entwickeln.

### Daheim statt Heim

Sowohl die Praxis als auch ich persönlich sind Mitglied der Bundesinitiative „Daheim statt Heim“. Für unsere Arbeit sind zwei der zentralen Ziele dieser Initiative von besonderer Bedeutung:

1. Menschen zu unterstützen, solange sie es wollen, in der Häuslichkeit zu bleiben und nicht in einem Heim leben zu müssen.
2. Nicht über Menschen zu entscheiden, sondern mit Ihnen gemeinsam.

Den Hausbesuchsdienst in seiner jetzigen Form haben wir ohne institutionelle Vorgaben aus unserer Praxis heraus entwickelt.

In Anlehnung an die Überlegungen von Prof. Klaus Dörner gingen wir davon aus, dass für die Lösung einer vorhandenen Problematik nur dann ein überzeugender Vorschlag gemacht werden kann, wenn zunächst die nicht

durch uns beeinflussbaren Systemfehler außer Acht gelassen werden. So fragten wir uns: „Was können wir hier vor Ort mit den vorhandenen Mitteln unter den gegebenen gesetzlichen Voraussetzungen bereits heute für die Lösung tun?“. Für ein solches Vorgehen gibt es gute Gründe; denn einmal kann man sich selbst besser als Andere ändern, und zum anderen führt selbst dann, wenn die wesentlichen Fehler bei den Anderen lägen, die Selbständerung effektiver dazu, dass auf diese Weise auch die Anderen gezwungen sind, sich zu ändern.<sup>a</sup> Dazu gehörte für uns im Sinne der Sorge-Ethik nach Dörner, sowohl mit unseren Überlegungen, als auch in unserem praktischen Tun beim Schwächsten zu beginnen, bei demjenigen, der am wenigsten „marktfähig“ ist, dort zu investieren, wo es sich „am wenigsten lohnt“. Dörner bezeichnet dies als die „normative Eigenart des Sozialen“, die komplementär zur kapitalistischen Wirtschaftsethik zu sehen ist.

### Neue Beziehungen der Beteiligten

Mittlerweile versorgen wir ca. 450 Menschen (entspricht annähernd

<sup>a</sup> Dörner, K. (Stand 22.03.2003) „Standortbestimmung der Medizin und Stellung des Arztes Anfang des 21. Jahrhunderts“, <http://www.aekno.de/page.asp?pageID=6104.01.01.2011>.

2.400 Besuchen) vor allem im häuslichen Bereich, wozu auch kleine Wohngruppen gehören und dies immer mit der Frage im Hinterkopf: Was brauchen diese Personen? Darüber hinaus bin ich im Rahmen meiner Masterarbeit an der Europauniversität Viadrina in Frankfurt/O. der Frage nachgegangen: Entspricht die Art und Weise, wie wir unseren Dienst gestalten, den Bedürfnissen der Betroffenen unter Berücksichtigung der Problematik, dass diese Frage gar nicht oder nicht mehr direkt vom Betroffenen beantwortet werden kann? Fazit ist: Wir kommen nicht voran, ohne uns selbst anzufragen. In dieser Situation sind wir zurückgeworfen auf unsere ethische Haltung, auf unsere Mitmenschlichkeit die buchstäblich alles entscheidet. Dann sind wir aus dem dialogischen Arzt-Patienten-Verhältnis, dem „informed consent“, herauskatapultiert! Es scheint uns nicht legitim auf eine paternalistische Grundhaltung zurückzugreifen, sondern wir sehen uns in einem solchen Moment mitten in der „Objekt-Subjekt-Beziehung“ im „Dörnerschen Sinne“. Dörners dritte Dimension ist die für unsere Projektgestaltung wohl bedeutsamste. Er bezeichnet sie als Dimension, mit der Haltung vom Anspruch des Anderen her. „Das klingt jetzt so: Du als Subjekt machst mich als Arzt zum Objekt Deines Anrufs(...) Diese Haltung ist nicht mehr beschützend, partnerschaftlich oder gegnerschaftlich, sondern in ihr setze ich mich dem Anderen aus, (...) werde von ihm in mein Antworten, in meine Verantwortung eingesetzt;“. „In dieser Haltung öffne ich mich bedingungslos der Not des Anderen, seinen nackten, ungeschützten, sprechenden Augen, seinem Ruf, der zugleich Stimme meines Gewissens ist.(...) Durch diese Haltung lasse ich mich vor jeder symmetrischen Wechselseitigkeit der Beziehung passiv asymmetrisch vom Patienten in den nicht mehr institu-

tionell erzwungenen, sondern moralisch freien Dienst nehmen.“<sup>b</sup> Für die Entwicklung eines Versorgungssystems für zeitweise oder dauerhaft mobilitätseingeschränkte Personen erscheint diese Haltung zumindest zu Beginn unerlässlich. Wir müssen zuerst zu den Betroffenen hin, einfach da sein, uns ihnen im Dörnerschen Sinne aussetzen, um im besten Sinne freiberuflich heilkünstlerisch zu erfahren, was gebraucht wird, um es dann zu gestalten. Es braucht den Arzt, der „...zu jener inneren Polarität fähig ist, die durch Freiheitsbewusstsein einerseits und Bereitschaft zum Dienen andererseits bestimmt wird.“<sup>c</sup>

## Entscheidungsfindung

Parzipative Entscheidungsfindung bedeutet dann, dialogische Beziehungen mit Pflegern, Angehörigen und Betreuern einzugehen. Im Seniorenweb kursierte der Brief einer alten Dame, welcher nach Ihrem Tod in ihrem Nachtkästchen gefunden wurde. Er begann mit den Fragen „Was seht Ihr Ärzte und Schwestern? Was seht ihr denn? Was denkt ihr, wenn ihr mich anschaut?“ und schließt mit den Worten „Schaut besser hin – seht mich!“.

Es ist die Aufforderung an die Beteiligten: Seht nicht mit pathogenetischem Blick. Seht nicht primär auf die heutigen Defizite, die vielleicht nicht mehr so optimal gepflegten Zähne, die wackligen Prothesen! Seht auf mein Leben, es war schön, es hatte und hat einen Sinn. Und wenn es seinen Sinn verloren hat, nützen weder die professionell gereinigten Zähne noch die perfektionierten Prothesen!

b Dörner, K. Ebenda 72-79.

c Geisler, L. zitiert in Dörner, K. (2008): „Helfende Berufe im Markt-Doping, Wie sich Bürger- und Profi-Helfer nur gemeinsam aus der Gesundheitsfalle befreien“, Neumünster: Paranus: 64.

Es ist unsere Verantwortung, in gleichwürdige Beziehungen zu gehen, den Sinn und die Bedeutungserteilung des Mundraumes durch den Einzelnen zu erfahren und daran das Handeln auszurichten. Fachliches Wissen und Können ist Teil der Professionalität, die vorausgesetzt werden muss. Sie wird notwendigerweise in die Entwicklung zu einer Fachpersönlichkeit münden müssen. Es gilt in erster Linie eine Beziehungsqualität zu entwickeln, der sich quantitative Daten unterzuordnen haben. Gleiches gilt aus unserer Sicht ebenso für ein Mehr an Mundhygieneschulungen sowohl für das Pflegepersonal als auch für ältere Menschen. Sie sind nur bedingt hilfreich, wenn dies nicht biographisch sinngerichtet geschieht.

## Umsetzung

Auch die Interviews aus der Masterarbeit bestätigen eine Erkenntnis aus den Neurowissenschaften, welche der Hirnforscher und Neurowissenschaftler Prof. Gerald Hüther gern sinngemäß wie folgt beschreibt:

Um Verhaltensänderungen bei jemandem anzuregen gibt es nur drei Schritte:

1. Die Menschen einzuladen – dazu müssen wir zu ihnen gehen und uns ihnen aussetzen.
2. Dieselben Menschen ermutigen – das können wir nur, wenn wir sie ressourcenorientiert und nicht durch die pathogenetische Brille sehen.
3. Die Menschen inspirieren – dazu müssen wir es selbst sein!

Was braucht es in der Behandlung, wenn wir Mitmenschen begegnen, die nicht oder nicht mehr „unsere Sprache“ sprechen? Es braucht die Akzeptanz des Mundraums als Intimraum! Häufig der einzige Raum der verbliebenen Autonomie ist er ein Kulturraum, in dem

quantitativ zu fassende Funktionalität (z.B. Essen als Kalorienzufuhr in bestimmter Zeit mit einem bestimmten Zerkleinerungsgrad der Nahrung) eingebettet ist in qualitative Aspekte der Sinnesphysiologie, der sozialen Gemeinschaft und Teilhabe. Er ist von Geburt an die Verbindung von Innen- und Außenwelt einer Person – vom Kontakt zur nährenden Mutterbrust, über die Sprachentwicklung hin zu sozialen Kontakten und zur erotischen Symbolik und knüpft damit in hohem Maße an Biografisches an.

Mit Dörner sind wir der Meinung, dass chronisch Kranke und Menschen in „besonderen Seinsweisen“ wie z.B. im Wachkoma zuallererst biografiegestützter Begleitung bedürfen. Es liegt in unserer Verantwortung, dabei keinerlei Grenzüberschreitung zuzulassen, auch nicht durch pädagogische Manipulation.

Zahnärztliche Maßnahmen in aufsuchenden, solcherart qualitativ motivierten Projekten können zu einem weitest möglichen Wohlbefinden bis zum Ende des Lebens beitragen. Die bisher gemachten Erfahrungen unterstreichen einmal mehr die dringende Notwendigkeit eines prinzipiell palliativen Ansatzes bei der Betreuung von Menschen mit zeitweisen oder dauernden Einschränkungen ihrer Mobilität. Es geht dabei um die Vermeidung

bzw. Linderung von körperlichen, geistigen, seelischen und spirituellen Schmerzen und Einsamkeitsgefühlen, die im Mundraum auf der Körperebene ihren Ausdruck finden – und das nicht erst am absehbaren Ende des Lebens. Alle präventiven und kurativen Eingriffe sind in einen liebevollen Umgang ohne Grenzüberschreitung einzubetten. Auch Mundgesundheit ist kein Selbstzweck, sondern auch sie unterliegt der Sinnfrage. Daher geht das Plädoyer für einen Kulturwandel zu einer Verantwortungskultur, zu „value based health care“, in der individuelle und kollektive Lebensqualität – eine Kultur des Seins und nicht des Habens – entwickelt ist. Alle unsere Patienten haben mich gelehrt, dass wir nur eine Konstante haben, an die wir andocken können – unser Menschenbild. Bildung, Ausbildung und auch Gesundheitsversorgungssysteme

müssen sich mit Blick auf das zugrundeliegende Menschenbild befragen lassen. Ich bin einig mit Linus Geisler: „Welche Menschenbilder die Medizin auch entwerfen mag, sie werden nur lebbar und zu verantworten sein, wenn die drei Grundkonstanten des Menschen, seine Unvollkommenheit, seine Einmaligkeit und seine Sterblichkeit nicht Opfer hybrider Manipulationen werden.“<sup>d</sup> Mone-täre Eigeninteressen und Lieblosigkeit füge ich hinzu und plädiere mit Blick auf die Weiterentwicklung und Übertragbarkeit unseres Projekts „Zahngesundheit – mobil“ für eine demutsgetragene Verantwortungskultur. **SZM**

d Geisler, L. (2007): Drohendes Glück. Was die Medizin jenseits der Therapie verspricht. In: Rotta, Ch., Katzschmann, D. (Hrsg.): Universitas. Orientierung in der Wissenschaft, 62 Band 1, 1: 19.

#### Autorin

**Dr. med. Kerstin Finger, M.A.**  
DGAZ-Landesbeauftragte für Brandenburg  
Dargersdorfer Str.11  
17268 Templin  
Tel.: 03987 6218

