

Tagungsband 2013

Kinder mit besonderem Förderbedarf - Gruppenprophylaxe in Zeiten der Inklusion

Mannheim, 21. / 22. November 2013

Erfurt, 5. / 6. Dezember 2013

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

wir freuen uns, Ihnen die Dokumentation unserer Fortbildungen 2013 vorzulegen, die unter dem Thema „Kinder mit besonderem Förderbedarf – Gruppenprophylaxe in Zeiten der Inklusion“ am 3. und 4. November 2013 in Mannheim und am 5. und 6. Dezember 2013 in Erfurt stattfanden. Mit den beiden Tagungen haben wir uns einem Thema genähert, das seit einigen Jahren in aller Munde ist: Das Recht eines jeden Menschen auf Inklusion.

„Inklusion ist, wenn Anderssein normal ist“ - so erklärt ein Aufklärungsfilm den zentralen Begriff „Inklusion“ der im März 2009 in Deutschland in Kraft getretenen Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Diese sieht eine gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft sowie Chancengleichheit im Hinblick auf Bildung und Gesundheit für alle Menschen vor, unabhängig von individuellen Fähigkeiten, ethnischer und sozialer Herkunft, Alter oder Geschlecht.

Seit dem Inkrafttreten der Konvention besuchen immer mehr Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf Regelschulen und -kindergärten, das heißt, sie werden „inklusiv“ unterrichtet und betreut. Gleichzeitig existieren auch Förderschulen weiter, die Umsetzung des Inklusionsgedankens ist von Bundesland zu Bundesland bislang sehr unterschiedlich ausgeprägt und unterscheidet sich auch stark nach der Art des spezifischen Förderbedarfs der Kinder.

Der Gesetzgeber fordert in § 21 SGB V die Akteure der Gruppenprophylaxe auf, für Kinder mit besonderem Förderbedarf spezifische Prophylaxe-Programme zu entwickeln. Es existieren DAJ-Auswahlkriterien, um diejenigen Schulen und Behinderteneinrichtungen auszuwählen, in denen eine Intensivbetreuung stattfinden soll.

Was bedeutet nun der durch die UN-Konvention herbeigeführte Paradigmenwechsel hin zur Inklusion in der Bildungslandschaft für die Arbeit der Gruppenprophylaxe?

Ziel der Tagungen war es, genau dieser Fragestellung mit Hilfe der eingeladenen Expertinnen und Experten nachzugehen, denn die Gruppenprophylaxe muss sich der Herausforderung stellen, für alle Kinder, sei es in inklusiven Einrichtungen oder in Förderschulen, zu mundgesundheitslicher Chancengleichheit beizutragen.

„Chancengleichheit“ bedeutet dabei gerade nicht, dass ganz unterschiedlichen Individuen das Gleiche abgefordert wird. Chancengleichheit bedeutet vielmehr, allen unterschiedlichen Individuen zu ermöglichen, die eigenen Potentiale und Begabungen optimal zu entfalten und einzubringen. Das stellt hohe Anforderungen vor allem an das Bildungs- und das

Gesundheitssystem, aber auch an die Gruppenprophylaxe. Wir gestalten hier für den kleinen Bereich der Mundgesundheitsförderung die Dinge mit, sind aber auch ein gutes Stück weit von dem Rahmen, den diese Systeme setzen, abhängig. Die Tagung versuchte daher herauszuarbeiten, auf welche Voraussetzungen die Gruppenprophylaxe derzeit in den Bildungs- und Betreuungseinrichtungen trifft und wie sie diese Voraussetzungen methodisch aufnehmen kann.

Der zweite wesentliche Aspekt gesellschaftlicher Teilhabe neben der Chancengleichheit ist die Selbst- bzw. Mitbestimmung: Nicht der „Normalo“ bestimmt, was für den „Behinderten“, die „Migrantin“, den „Sozial Schwachen“ hilfreich und wünschenswert ist. Inklusion bedeutet nicht „Fürsorge-Diktatur“, sondern die jeden Tag neu gestellte Anforderung an Akteurinnen und Akteure im Bildungs- und Gesundheitswesen, zu reflektieren, welche Angebote die Einzelnen darin unterstützen können, selbst für ihre Gesundheit zu sorgen und die eigenen Potentiale zu entfalten. Daher gilt es zu lernen, die anderen als Experten für die eigenen Entwicklungsaufgaben wahr- und ernstzunehmen. Das gilt auch für Kinder und Jugendliche. In diesem Sinne kreiste die Tagung auch immer wieder um die Frage der eigenen Haltung zum Inklusionsgedanken.

Es ging darum, eine Art „Werkstatt“ zu bieten, in der die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine persönliche Haltung bilden und inhaltliche und methodische Bausteine für die eigene Arbeit zusammenstellen konnten.

So boten die beiden Veranstaltungen jeweils zwei fruchtbare Tage des Mit- und Voneinanderlernens. Eingebettet in die Vorträge und Workshops der Referentinnen und Referenten aus unterschiedlichen Disziplinen – beispielsweise Bildungsforschung, Zahnmedizin und Sonderpädagogik – konnten vielfältige Ideen für die inklusive Gestaltung der gruppenprophylaktischen Arbeit angeregt und eröffnet werden. Die Diskussionen machten aber deutlich, dass der Anspruch auf „Patentrezepte“ an dieser Stelle abgelegt werden muss. Nicht nur im Bildungs- und Gesundheitsbereich stehen wir erst am Anfang eines inklusiven Umdenkens, dies gilt für alle gesellschaftlichen Bereiche.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen und hoffen, Ihnen damit weitere Impulse für Ihre Tätigkeit mit auf den Weg zu geben.

Bettina Berg

Inhaltsverzeichnis

Vorträge

Von der Exklusion zur Inklusion?

Umsetzung, Auswirkungen und Perspektiven im deutschen Bildungssystem

Prof. em. Dr. Klaus Klemm / Bildungsforscher

Seite 9

Gesundheitsförderung bei Menschen mit geistiger Behinderung

Prof. Dr. Reinhilde Stöppler / Justus-Liebig-Universität Gießen

Seite 14

Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen

Prof. Dr. Andreas Schulte / Universitätsklinikum Heidelberg, Poliklinik für Zahnerhaltungskunde

Seite 21

Das Aktivprogramm Zahnvorsorge – Intensivprophylaxe in Rheinland-Pfalz

Dr. Steffi Beckmann / LAGZ Rheinland-Pfalz

Seite 27

Einführung eines Rückmeldesystems bei Kindern mit hohem Kariesaufkommen im Kreis Steinfurt

Simona Mitter / Jugendzahnärztin Kreis Steinfurt

Seite 35

Inklusion in Schulalltag und Gruppenprophylaxe – so geht's!

Dr. Thomas Leeb / ehem. Schulleiter der Anna-Lindh-Schule Berlin-Wedding

Bianca Jüng / LAG Berlin

Seite 41

Workshops

Kinder und Jugendliche mit geistiger oder mehrfacher Behinderung in der Gruppenprophylaxe

Dr. Guido Elsässer / Referent für Behindertenzahnheilkunde der LZK BW
Silvia Reichmann (DH) / Praxisanleiterin Zahnpflege bei Menschen mit
Unterstützungsbedarf

Seite 51

Binnendifferenzierung in inklusiven Schulen – Übertragung auf die Gruppenprophylaxe

Karin Kress / Kommunikations- und Methodentrainerin Lehrerakademie Querenburg-
Institut

Seite 59

Inklusive Gruppenprophylaxe!? Stärkung von Selbstkompetenz und gegenseitiger Unterstützung

Dr. Saskia Erbring / Coach in den Bereich Salutogenese und Inklusion

Seite 69

Vom Umgang mit schwierigen und weniger schwierigen Kindern in der Jugendzahnpflege

Dr. Thomas Leeb / ehem. Schulleiter der Anna-Lindh-Schule Berlin-Wedding
Gabriele Hofmann / Sonderpädagogin, Trainerin für Entwicklungstherapie

Seite 75

Referentinnen und Referenten

Seite 79

Vorträge

Von der Exklusion zu Inklusion? Umsetzung, Auswirkungen und Perspektiven im deutschen Bildungssystem

Prof. em. Dr. Klaus Klemm / Bildungsforscher

Von der Hilfsschule zur Inklusion – ein historischer Rückblick

Ein Rückblick auf die Entwicklung der Hilfs-, Sonder- bzw. Förderschulen nach 1945 zeigt: Die ersten fünfzig Jahre waren durch eine Expansion der Zahl dieser Schulen und ihrer Schulbesuchsquoten gekennzeichnet. 1952 besuchten in der „alten“ Bundesrepublik 2,0% der Schülerinnen und Schüler Hilfs- bzw. Sonderschulen, 1989 galt dies für 4,1%¹. Auch in der DDR war es in dieser Zeitspanne zu einer vergleichbaren Ausweitung dieser Schulen und ihrer Schülerzahlen gekommen. Dieser Expansionsprozess, der von dem Gedanken getragen war, „behinderte“ Schülerinnen und Schüler könnten in eigens für sie eingerichteten Schulen am besten gefördert werden, hat bis in unsere Tage Bestand:

Als Deutschland 2009 der „UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (United Nations 2013) beitrug, wurden 4,9% der Schülerinnen und Schüler in Förderschulen unterrichtet².

Die dieser expansiven Entwicklung zu Grunde liegende Annahme, Aussonderung sei die beste Voraussetzung zur Hilfe, wurde aus heutiger Sicht schon früh in Frage gestellt: Bereits die 1973 veröffentlichte Empfehlung des Deutschen Bildungsrates ‚Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher‘ ist von dem Ziel geleitet, behinderten Kindern und Jugendlichen „abgestuft in den normalen Einrichtungen einen Platz einzuräumen“ (Deutscher Bildungsrat 1973). Dieser Gedanke gewinnt in den Folgejahren zusehends Anhänger. 1994 heißt es dann in einem Text der Kulturministerkonferenz: „Die Bildung behinderter junger Menschen ist verstärkt als gemeinsame Aufgabe für grundsätzlich alle Schulen anzustreben“ (KMK 1994:2). Aus dieser noch sehr vagen Zielsetzung macht erst die UN-Konvention ein verbindliches Ziel. Mit ihrer Ratifizierung erhalten die Vorschriften dieser Konvention den Rang eines Bundesgesetzes, an das die Länder ihre Schulgesetze anpassen müssen. Dies gilt auch für die in Artikel 24 der Konvention verankerte Vorgabe, „Kinder mit Behinderungen nicht aufgrund von Behinderungen vom unentgeltlichen und obligatorischen Unterricht an Grundschulen und

¹ Vgl. zu diesen und den folgenden bildungsstatistischen Angaben Klemm 2013.

² Ohne Zählung der weiteren 1,1%, die damals schon in allgemeinen Schulen ‚integrativ‘ unterrichtet wurden.

weiterführenden Schulen“ auszuschließen. Damit hat die UN-Konvention die Umkehr eines langjährigen Entwicklungstrends eingeleitet:

Nicht mehr im Ausbau sonderpädagogischer Schulangebote, sondern in der Einbeziehung behinderter Kinder und Jugendlicher und damit im Rückbau der Quote der in Förderschulen unterrichteten Kinder und Jugendlichen wird nunmehr der Königsweg der Schulentwicklung gesehen. Diesen Weg haben Deutschlands Schulen seither – wenn auch noch sehr langsam – eingeschlagen: Die Exklusionsquote, die angibt, wie viel Prozent der Schülerinnen und Schüler der Primar- und der Sekundarstufe I in Förderschulen unterrichtet werden, ist von 2008/09 bis 2011/12 von 4,9% auf 4,8% kaum spürbar zurückgegangen. Gleichzeitig ist die Inklusionsquote, die angibt, wie viel Prozent aller Schülerinnen und Schülern mit diagnostiziertem sonderpädagogischem Förderbedarf in allgemeinen Schulen (also inklusiv) unterrichtet werden, von 1,1% auf 1,6% gestiegen. In der Summe bedeutet dies, dass die Förderquote, die den Anteil der Förderungsbedürftigen unabhängig vom Förderort beschreibt, von 2008/09 noch 6,0% drei Jahre später (2011/12) auf 6,4% angestiegen ist.

Entwicklung der Inklusion in den einzelnen Bundesländern

Ein Blick in die Bundesländer macht auf länderspezifische Unterschiede aufmerksam. Besonders nachdenklich müssen die unterschiedlich hohen Förderquoten stimmen: Während 2011/12 in Mecklenburg-Vorpommern 10,9% aller Schülerinnen und Schüler als förderungsbedürftig eingestuft wurden, waren dies im gleichen Jahr in Rheinland-Pfalz und in Niedersachsen nur 4,9%. Eine derartige Spannweite der Förderquoten ist kaum geeignet, das Zutrauen in die diagnostischen Verfahren zu stärken. Auch beim Tempo, mit dem der bundesgesetzliche Rückbauweg hin zu inklusiven Schulen eingeschlagen wird, unterscheiden sich die Länder deutlich: Während in Bremen und Schleswig-Holstein inzwischen 55% bzw. 54% der Lernenden mit sonderpädagogischem Förderbedarf inklusiv unterrichtet werden, sind dies in Hessen nur 11%.

Land	Förderquote	Inklusionsanteil	Exklusionsquote
Baden-Württemberg	6,9	22,7	5
Bayern	6	22,4	4,6
Brandenburg	8,4	40	5
Hessen	5,4	17,3	4,5
Mecklenburg-Vorp.	10,9	30,4	7,6
Niedersachsen	4,9	11,1	4,3
Nordrhein-Westfalen	6,6	19,2	5,3
Rheinland-Pfalz	4,9	23	3,8
Saarland	7,3	39,1	4,4
Sachsen	8,4	23,7	6,4
Sachsen-Anhalt	9,4	20,5	7,5
Schleswig-Holstein	5,8	54,1	2,7
Thüringen	7,2	27,8	5,2
Deutschland	6,4	25	4,8

Tab. 1: Förderquoten und Inklusionsanteile 2011/12 im Ländervergleich – ohne Stadtstaaten

Exklusion und Inklusion: Zentrale Problembereiche

Unbeschadet der Unterschiede bei der Höhe der Förderquoten und beim Tempo des Umbaus haben alle Bundesländer vergleichbare Probleme auf ihrem Weg hin zur inklusiven Schule. Im Folgenden sollen die zentralen Problemfelder herausgestellt werden.

Die Bildungswege der Kinder und Jugendlichen sind deutschlandweit durch biografische Brüche geprägt: Im Elementarbereich besuchen 67,1% der Kinder mit einem besonderen Förderbedarf Kindertageseinrichtungen. In der Grundschule gilt dies nur noch für 39,2%. Dadurch macht ein Teil der im Elementarbereich inklusiv Betreuten beim Eintritt in die Schule die Erfahrung, nicht zur großen Mehrheit aller Kinder zu gehören. Den Kindern, denen in inklusiven Grundschulen diese Erfahrung erspart bleibt, wird dann wiederum beim Übergang in weiterführende Schulen deutlich gemacht, dass nur ein Teil von ihnen zur großen Gruppe der übrigen Schülerinnen und Schüler zu gehören: Dort werden nur noch 21,9% der Gruppe inklusiv unterrichtet.

Überall in Deutschland sehen sich die Jugendlichen mit sonderpädagogischem Förderbedarf, die nach der Grundschule weiterhin inklusiv unterrichtet werden, mit dem gegliederten Sekundarschulwesen konfrontiert. Inklusiver Unterricht findet hierzulande nach der Grundschule in einer auf Separation angelegten Schulstruktur statt: Von den 21,9 % derzeit in der Sekundarstufe inklusiv unterrichteten Schülerinnen und Schülern besuchen 90% Hauptschulen, Schulen mit mehreren Bildungsgängen oder Gesamtschulen, nur 6%

Gymnasien und sogar nur 4% Realschulen. In den weiterführenden Schulen findet Inklusion deutschlandweit in der Exklusion statt.

Es wurde bereits darauf verwiesen, dass dem nach 2008/09 beobachteten Anstieg der Inklusionsquote (von 1,1% auf 1,6%) kein entsprechender Rückgang der Exklusionsquote (von 4,9% auf 4,8%) entspricht. Dies macht auf eine generelle Problematik aufmerksam: Die Ressourcenverteilung ist in der Regel an die Zahl der Kinder und Jugendlichen, bei denen ein sonderpädagogischer Förderbedarf diagnostiziert wurde, gekoppelt.

Land		Förderquoten insgesamt			
		2000	2005	2010	2011
Deutschland	Förderquoten	5,3	5,7	6,4	6,4
	Inklusionsanteile	13,2	14	22,3	25
	Exklusionsquoten	4,6	4,8	4,9	4,8

Tab. 2: Wachsende Inklusionsanteile und steigende/ stagnierende Exklusionsquoten

Dies bietet einen Anreiz, in den allgemeinen Schulen Förderbedarf bei zusätzlichen Schülerinnen und Schülern zu diagnostizieren, um auf diesem Weg die an der einzelnen Schule verfügbaren Lehrerstellen zu steigern. Aus der Sicht der einzelnen Schule ist dies nachvollziehbar, für betroffene Schülerinnen und Schüler führt dies jedoch zu einer „Etikettierung“ als Förderschüler, die ihre weitere Schullaufbahn begleiten wird. Fachleute sprechen in diesem Zusammenhang von einem „Ressourcen-Etikettierungs-Dilemma“.

Alle Länder haben, unabhängig vom Ausbaustand auf dem Weg zur inklusiven Schule, große Probleme mit der Anpassung ihrer Bildungsausgaben an die Herausforderungen, die sich auf dem Weg zur inklusiven Schule ergeben: Beim lehrenden Personal wird überwiegend davon ausgegangen, dass die inklusiven Schulen mehr Lehrkräfte erfordern als die Fortführung des Unterrichts in getrennten Förderschulen und in allgemeinen Schulen - auch wenn Uneinigkeit hinsichtlich der Höhe des zusätzlichen Lehrerbedarfs besteht. Das Spektrum der Forderungen reicht bis hin zu der Verkleinerung der Klassengrößen in inklusiv arbeitenden Schulen und gleichzeitiger durchgängiger „Doppelbesetzung“, also der durchgehenden Präsenz von zwei Lehrkräften.

Neben den Mehrausgaben der Länder für Lehrkräfte werden für die Schulträger im Bereich des Schulbaus zusätzliche Ausgaben erforderlich: Viele der bestehenden Schulgebäude müssen „aufgerüstet“ werden, damit Inklusion erfolgreich realisiert werden kann. Manches davon wird sich durch „Umrüstung“ der Räume realisieren lassen, die durch den Rückgang der Schülerzahlen frei geworden sind oder noch werden. Da, wo dieser Rückgang nicht

eintritt oder nicht ausreicht, sind Erweiterungsbauten erforderlich. Gemildert wird dies dadurch, dass den in diesem Kontext den Schulträgern entstehenden zusätzlichen Ausgaben Ausgabenminderungen gegenüberstehen, die sich durch die Aufgabe von Förderschulen ergeben: Die Gebäude dieser Schulen können für andere Schulen genutzt oder aufgegeben werden, so dass die Ausgaben für andere Neubauten bzw. für den Unterhalt der Schulen entfallen. Mit Sicherheit werden sich die im Vergleich zu den Förderschulen kürzeren Schulwege zu den allgemeinen Schulen ausgabenmindernd auswirken. Eine belastbare Bilanz der erwartbaren Mehr- und Minderausgaben steht bisher allerdings noch aus.³

Hinweis:

Die Präsentation zu diesem Vortrag finden Sie auf www.daj.de unter der Rubrik Fortbildung 2013.

Literatur

Deutscher Bildungsrat (1973): Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher, Stuttgart: Klett

Klemm, K. (2013): Inklusion in Deutschland – eine bildungsstatistische Analyse, Gütersloh (Gutachten im Auftrag der Bertelsmann Stiftung)

KMK – Kultusministerkonferenz (1994): Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung in den Schulen in der Bundesrepublik Deutschland – Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 6.5.1994, Bonn

Städtetag NRW/Landkreistag NRW/Städte- und Gemeindebund NRW (2012): Mögliche kommunale Folgekosten der Umsetzung der Inklusion im Schulbereich in Nordrhein-Westfalen am Beispiel der Stadt Essen und des Kreises Borken, Köln/Düsseldorf/Düsseldorf

United Nations (2013): Convention on the Rights of Persons with Disabilities. URL: <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>; Zugriffsdatum: 12.06.2013

³ Vgl. Städtetag NRW u.a. 2012.

Gesundheitsförderung bei Menschen mit geistiger Behinderung

Prof. Dr. Reinhilde Stöppler / Justus-Liebig-Universität Gießen

In diesem Beitrag geht es um Menschen mit geistiger Behinderung, die im Vergleich zu anderen Behinderungen lange von Bildung und Teilhabe ausgeschlossen wurden und für die es auch heute noch viele Exklusionsrisiken und -barrieren gibt.

Die seit März 2009 in Deutschland in Kraft getretene UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) stellt einen Meilenstein in der Behindertenpädagogik und -politik dar und zielt darauf ab, Menschen mit Behinderungen das Recht auf ein inklusives gesellschaftliches Leben zu garantieren (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe 2009, 3). Dabei stellt Gesundheit eine der wichtigsten Voraussetzungen und Ressourcen zur Teilhabe in verschiedenen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens dar. In Artikel 25 der UN-BRK wird das Recht auf Gesundheit verankert: „Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das für sie erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit ohne Diskriminierung auf Grund ihrer Behinderung an. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechterspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich der gesundheitlichen Rehabilitation, haben“ (BMAS 2011).

Des Weiteren werden in Artikel 25 Standards für die gesundheitliche Versorgung formuliert, z.B. das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung, auf gemeindenahere Gesundheitsdienste, die speziell wegen der Behinderung benötigt werden, um Folgeerkrankungen und weitere Behinderungen zu vermeiden; es geht um dieselbe Qualität, Finanzierung und Gewähr an Leistungen der Gesundheitsversorgung (ebd.).

Aktuelle Situation

Die aktuelle Umsetzung des Artikels 25 bei Menschen mit geistiger Behinderung gibt allerdings keineswegs eine optimistische Status-Quo-Meldung; so heißt es im Teilhabebericht 2013 (BMAS 2013): „Für die Personengruppe der Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wurde im Rahmen der Special Olympics ein eklatant schlechter Gesundheitszustand festgestellt, und dies gilt insbesondere im Hinblick auf Zahngesundheit sowie die Erkennung und Versorgung von Seh- und Hörbeeinträchtigungen“ (ebd.).

Bei dem Blick auf gleichberechtigte Teilhabechancen von Menschen mit geistiger Behinderung im Bereich Gesundheit wird deutlich, dass es für diesen Personenkreis erhebliche Exklusionsrisiken gibt. Viele Menschen mit geistiger Behinderung haben ein

erhöhtes Gesundheitsrisiko und leben mit komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, sog. Mehrfachbehinderungen und Multimorbiditäten (vgl. Haveman & Stöppler 2014). Menschen mit geistiger Behinderung haben in der Regel mehr Erkrankungen und zusätzliche Gesundheitsstörungen als nichtbehinderte Menschen. Die Erkrankungsmuster können sich unterschiedlich äußern und mit der Ursache der Behinderung zusammenhängen. Sie haben häufig unbehandelte spezifische Gesundheitsprobleme, die im Zusammenhang mit der individuellen Behinderung stehen (wie z.B. Demenz bei Menschen mit Down-Syndrom) (vgl. Stöppler 2009).

Auffällig ist, dass Menschen mit geistiger Behinderung in der Gesellschaft eine hohe Prävalenzrate von vielen unbehandelten, aber behandelbaren einfacheren Erkrankungen (wie Hör-/Sehbeeinträchtigungen und Schilddrüsen-Erkrankungen) aufweisen. Des Weiteren fällt die sehr geringe Teilnahme an allgemeinen Gesundheitschecks (wie Blutdruckkontrolle) und an Vorsorgeuntersuchungen auf (Haveman et al. 2010; 2011). Menschen mit geistiger Behinderung haben im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsvorsorge und Nutzung von präventiven Gesundheitsleistungen wie dem Pap-Abstrich oder Brustkrebs-Screening-Programmen. Sie sind des Weiteren häufig von Suchtmittelmissbrauch betroffen. Einige Faktoren, die den Suchtmittelmissbrauch fördern, sind ein höheres Maß an Autonomie und Eigenverantwortung in dezentralen und ambulanten Wohnformen (vgl. Beer, 2004), vermehrte soziale Isolation und fehlende Kompetenzen in der Alltags- und Freizeitstrukturierung (vgl. Kretschmann-Weelink 2006).

Menschen mit geistiger Behinderung haben – vor allem im Erwachsenenalter – im Vergleich zur Gesamtbevölkerung einen schlechteren Zahngesundheitsstatus (vgl. Schulte 2012), der sich in höherer Karieserfahrung, niedrigerem zahnmedizinischen Sanierungsgrad sowie deutlich mehr fehlenden Zähnen äußert. Hauptursachen liegen vor allem in den Defiziten, eigenverantwortlich zahnmedizinische Vorsorge betreiben zu können, z.B. durch die erschwerte oder unmögliche selbständige Zahnpflege durch motorische Einschränkungen, Übernahme der Zahnpflege durch Eltern oder Betreuer/-innen bei schwersten Behinderungen, mangelhafte Putztechnik, fehlende Einsicht in die Notwendigkeit zahnmedizinischer Kontrollen und Eingriffe, nicht verbalisierbare Ängste sowie eine geringe Compliance (vgl. Gattermann 2009).

Teilhabe-Barrieren

Bei dem Blick auf gleichberechtigte Teilhabechancen von Menschen mit geistiger Behinderung wird deutlich, dass es für diesen Personenkreis erhebliche Exklusionsrisiken gibt. „Erschwernisse bei der Teilhabe am Leben der Gesellschaft sind nicht in erster Linie in Art und Ausmaß ihrer Beeinträchtigung begründet, sondern in einer mangelnden Passung zwischen den individuellen Bedürfnissen und Unterstützungsbedarfen und den jeweils gegebenen Umweltbedingungen“ (Seifert 2010, 385).

Für Menschen mit geistiger Behinderung gibt es viele unterschiedliche Barrieren, die den Zugang zu dem bestehenden Gesundheitssystem verstellen (z.B. physische, kommunikative, programmatische Barrieren, Einstellungen und unzureichende berufliche Ausbildung von Ärzten, begrenzte Lesefähigkeiten der Zielgruppe).

Eine zentrale Barriere stellt der erschwerte Zugang zum Gesundheitswesen dar, z.B. durch infrastrukturelle Barrieren (in Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Krankenhäusern, Therapieeinrichtungen). Körperliche Behinderungen oder Bewegungseinschränkungen erfordern oft spezielle Lagerungen auf den Behandlungsstühlen, z.B. bei zahnärztlicher oder gynäkologischer Behandlung. Nur selten sind Zahnarztpraxen behindertengerecht ausgestattet. Zudem kann der Zutritt zur Praxis aufgrund baulicher Barrieren erschwert sein (vgl. BMAS 2013).

Der Zahnarztbesuch von Menschen mit geistiger Behinderung kann zudem einen erhöhten zeitlichen und organisatorischen Aufwand sowohl für den Zahnarzt als auch für Patienten, Eltern oder Betreuer bedeuten (vgl. Cichon & Donay 2004).

Eine weitere Barriere kann eine beeinträchtigte Mobilität darstellen. Menschen mit geistiger Behinderung gehören zur Gruppe der Menschen mit Mobilitätsbehinderungen und sind in vielen gesundheitlichen Bereichen von Begleitung durch Familie und Betreuer abhängig. Sie verfügen seltener über eigene Transportmittel und müssen oft für Besuche in Gesundheitszentren in Kleinbussen, Fahrdiensten und Taxen mitgenommen werden (vgl. Stöppler 2002). Ein Mangel an solchen Transportmöglichkeiten aus finanziellen oder organisatorischen Gründen kann zu großen Schwierigkeiten für den Zugang zu Gesundheitsdiensten – vor allem in ländlichen Gebieten, in denen geeignete medizinische Dienstleistungen eher knapp verteilt sind – führen (vgl. Sonnander & Claesson 1997).

Menschen mit geistiger Behinderung verfügen oftmals (noch) nicht über notwendige Kenntnisse, z.B. über die im Gesundheitsbereich zur Verfügung stehenden Ressourcen. Die notwendigen Anforderungen können unter dem Begriff „Health literacy“ zusammengefasst werden.

Aber auch aufseiten ärztlichen und therapeutischen Personals können zahlreiche Barrieren der gesundheitlichen Versorgung entstehen, z.B. durch den Mangel an Fachwissen über geistige Behinderung, durch Kommunikations- und Verhaltensprobleme. Besondere Probleme und Herausforderungen stellen die Kommunikationsbarrieren dar; oftmals vorliegende beeinträchtigte Kommunikationsfähigkeiten erschweren die Kommunikation mit Patienten, die manchmal nicht äußern können, ob und wo sie Schmerzen haben (vgl. Wachsmuth 2009).

Teilhabe-Chancen

Angesichts des skizzierten Gesundheitsrisikos und den besonderen Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung haben Menschen mit geistiger Behinderung einen höheren Bedarf an Gesundheitsförderung. Inhalte der Gesundheitsförderung umfassen gemäß der Richtlinien und Lehrpläne der Länder die Themen Hygiene/Zahngesundheitserziehung, Ernährungserziehung, Sexualerziehung, Suchtprävention, Erste Hilfe sowie Sport und Bewegungserziehung (vgl. BZGA 2002, 92).

Menschen mit geistiger Behinderung können – wie aufgezeigt – oftmals nicht lautsprachlich kommunizieren. Hier sind Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation notwendig, z.B.

- Gebärden, z.B. Zahnarzt-Gebärden von MAKATON oder Bildwörterbuch Gebärdensprache (MORIGGi et al. 2010)
- Graphische Symbole, z.B. Boardmaker – Programm und Picture Communication Symbols (PCS); <https://itunes.apple.com/de/app/isignit/id564747962?mt=8>
- Elektronische Sprachausgabegeräte

Die Einschätzung von Schmerzen von Menschen mit geistiger Behinderung, die nicht verbal eindeutig kommunizieren, ist ziemlich schwierig – auch für erfahrene Pflegekräfte und Ärzte. Es gibt Hilfsmittel, einige standardisierte Einschätzungsinstrumente für Schmerzen bei Menschen mit geistiger Behinderung, z.B. wurde, um Schmerzzustände sicherer erkennen zu können, eine „Non-Communicating Childrens’s Checklist“ entwickelt, mit deren Hilfe Schmerzzustände bei kognitiv beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen, die Schmerzen weder verbal noch durch ihre Mimik oder Gestik bewusst und angemessen äußern können, erfasst werden können (Breau et al. 2004).

Ressourcen, Kompetenzen und Selbstwirksamkeitspotentiale der Patienten mit geistiger Behinderung sind individuell verschieden. Möglichkeiten, diese einzuschätzen sind z.B. das Gespräch mit dem/der Patient/in SELBST sowie das Gespräch mit den

Betreuern/Eltern/Begleitern. Grundsätzlich gilt jedoch zu beachten, dass auch im behinderten Patientenkreis die Selbstwirksamkeitspotentiale individuell verschieden sind.

Weitere Hilfen für den Praxisalltag im Umgang mit Patienten mit geistiger Behinderung können sein:

- Information über kommunikative Kompetenz des/der Patient/in durch Gespräch mit ihm erfahren;
- viel sprechen (Erläuterung der einzelnen Verfahrensschritte);
- Verwendung von Modellen, Grafiken, Symbolen zur Unterstützung von Erklärungen;
- Wenn lautsprachliche Einschränkungen vorliegen sind Sprachverständnis und intellektuelle Fähigkeiten nicht zu unterschätzen!
- Bereitstellen von Informationen in leichter Sprache (vgl. People First 2013).

Good-Practice-Beispiele

Im Rahmen der Special Olympics werden kostenlose Untersuchungen für die Athletinnen und Athleten angeboten¹. Zusätzlich wurde mit finanzieller Unterstützung des Bundesgesundheitsministeriums das Projekt „Selbstbestimmt gesünder“ gestartet. Ziel des Projekts ist es, „in gemeinsamer Zusammenarbeit, Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderung dazu zu befähigen, Gesundheit und umfassendes Wohlbefinden selbstbestimmt zu gestalten und ihre Teilhabe an der Gesundheitsvorsorge zu verbessern“. „Gesundheit für alle!“ ist ein weiteres Projekt, das Barrieren für diesen Personenkreis abbauen will, durchgeführt vom Netzwerk „People First“.

Fazit

Abschließend ist festzustellen, dass es zur Umsetzung von Artikel 25 der UN-BRK, die das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung festschreibt, noch zahlreicher Maßnahmen bedarf, z.B. die Aus- und Weiterbildung von Ärzten, Gesundheitsberufen und pädagogischen Fachkräften, mehr Gesundheits-Forschung mit und über Menschen mit geistiger Behinderung sowie Gesundheits-Bildung als Schlüssel zur Teilhabe in schulischen und außerschulischen Settings.

¹ Vgl. Vortrag Prof. Schulte, S. 18.

Weiterführende Links

Zahnarzt-Gebärden von MAKATON:

www.makaton-deutschland.de

Bildwörterbuch Gebärdensprache: Hand in Hand die Welt begreifen (MORIGGI et al. 2010):

www.gebaerdenservice.de/hand-in-hand

Boardmaker – Programm und Picture Communication Symbols (PCS™):

www.mayer-johnson.com/category/symbols-and-photos/pcs-symbol-collections

Literatur

Beer, O. (2004): Suchtmittelgebrauch bei Menschen mit geistiger Behinderung, Geistige Behinderung, 3, 255-269

BMAS (2011): Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Bonn.

BMAS (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung.

Breau, L.; McGrath, P.; Finley, A.; Camfield, C. (2004): Non-communicating Children's Pain Checklist – Postoperative Version (NCCPC-PV). Online im Internet. URL: http://www.aboutkidshealth.ca/en/documents/akh_breau_post-op.pdf

BZGA (2002): Schulische Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung, Köln.

Cichon, P.; Donay, S. (2004): Entwicklung der Kariesprävalenz bei Patienten mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung. Online im Internet. URL: http://www.bzaek.de/list/presse/sym/cich_hv.pdf

Gattermann, A. (2009): ‚Zahn um Zahn‘ Zahngesundheit als Thema der Förderschule Geistige Entwicklung, Lernen Konkret, 2, 5-8

Haveman, M.J.; Heller, T.; Lee, L.; Maaskant, M.; Shooshtari, S.; Strydom, A. (2010): Major health risks in aging persons with intellectual disabilities: an overview of recent studies, Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 7, 59-69

Haveman, M.J.; Perry, J.; Salvador-Carulla, L.; Noonan Walsh, P.; Kerr, M.; van Schroyen Lantman-de Valk, H.; van Hove, G.; Moravec-Berger, D.; Azema, B.; Buono, S.; Carmen Cara, A.; Germanavicius, A.; Linehan, C.; Maata T.; Tosserbro, J.; Weber, G. (2011). Ageing and health status in adults with intellectual disabilities: Results of the European POMONA II study, Journal of Intellectual and Developmental Disability, March 2011; 36(1): 49–60

Haveman, M./Stöpler, R. (2014): Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer.

Kretschmann-Weelink (2006): Modellprojekt ‚Menschen mit einer geistigen Behinderung und Alkoholproblematik‘. In: Hennicke, K. (Hrsg.): Psychologie und geistige Behinderung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGb vom 29.9. bis 1.10.2005 in der Pädagogischen Hochschule Heidelberg. Materialien der DGSGb, Band 12. Berlin, 200-206

MAKATON-Deutschland (Hrsg.) (2011): ‚Ich gehe zum Zahnarzt‘.

Moriggi, S.N., Costrau, A., Hesselbart, S., Jentsch, U. (2010): Hand in Hand die Welt begreifen. Ein Bildwörterbuch der Gebärdensprache. Leipzig: Klett Kinderbuch-Verlag.

People First-Netzwerk People First Deutschland e.V. (Hrsg.): Goldene Regeln – Gesundheit leicht gemacht. Online im Internet. URL: http://www.people1.de/pdf/Goldene_Regeln.pdf

Schulte, A. (2012): Zur Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen in Deutschland – eine systematische Übersicht (Review) auf der Grundlage aktueller Einzelstudien (2000-2012), Heidelberg

Seifert, J. (2010): Chancen für Menschen mit komplexen Bedarfslagen durch die UN-Behindertenrechtskonvention?!, Behindertenpädagogik, 4, 383-399

Sonnander, K.; Claesson, M. (1997): Classification, prevalence, prevention and rehabilitation of intellectual disability: an overview of research in the People's Republic of China, Journal of Intellectual Disability Research. 41, 180-192

Stöppler, R. (2002): Mobilitäts- und Verkehrserziehung bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt

Stöppler, R. (2009): ‚Hauptsache gesund!?!‘ Gesundheitsförderung bei Menschen mit geistiger Behinderung, Lernen Konkret, 2, 2-4

Wachsmuth, S. (2009): ‚Aua!‘ Merkt den keiner, dass ich Schmerzen habe? Lernen Konkret 2, 30-32

Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen

Prof. Dr. Andreas G. Schulte / Universitätsklinikum Heidelberg, Poliklinik für Zahnerhaltungskunde

Der Personenkreis mit einer Behinderung ist in einer Bevölkerung viel größer als gemeinhin angenommen wird. In der UN-Konvention zu den Rechten von Personen mit Behinderungen, die am 13.12.2006 von UN-Versammlung verabschiedet wurde, wird folgende Definition verwendet: „Zu den Personen mit Behinderungen zählen diejenigen, die an körperlichen, geistigen, psychischen oder sensorischen Langzeit-Beeinträchtigungen leiden, die in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren dazu beitragen, dass sie nicht vollständig und auf gleichberechtigter Basis mit anderen an der Gesellschaft teilnehmen können“ (United Nations 2013).

Datenlage

Kinder und Jugendliche mit Behinderungen haben vor allem dann ein erhöhtes Risiko für Karies und Gingivitis, wenn bei ihnen eine geistige Behinderung bzw. eine kombiniert geistig-körperliche Behinderung besteht. Bei Kindern und Jugendlichen mit reiner Körperbehinderung besteht dieses Risiko in der Regel nur dann, wenn die motorischen Fähigkeiten zur Durchführung der Mundhygiene eingeschränkt sind. Da letztere Gruppe sehr inhomogen ist und im Vergleich zur Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit geistiger Behinderung klein ist, soll in diesem Artikel nur auf die Situation von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung eingegangen werden.

In den letzten 10 bis 15 Jahren wurden nur sehr wenige epidemiologische Studien zur Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen durchgeführt (Schulte 2012). Exemplarisch sollen die Ergebnisse einer Studie vorgestellt werden, die bei jugendlichen Athleten mit geistiger Behinderung durchgeführt wurde (Bissar et al. 2010). Anlässlich der Special Olympics Sommerspiele 2008 in Karlsruhe konnten 160 Jungen und Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren zahnärztlich untersucht werden. Diese nahmen auf freiwilliger Basis an dem Gesundheitsscreening-Programm „Special Smiles“ teil. Die Kariesprävalenz betrug bei den 12- und 13-Jährigen 55% und bei den 16- und 17-Jährigen 69%. In der letzten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV) wurde bei 12-Jährigen eine erheblich niedrigere Kariesprävalenz (29,9%) festgestellt (Micheelis/Schiffner 2006). In Bezug auf die Quantifizierung der Karieserfahrung ließ sich ein ähnlicher Unterschied beobachten. Bei 12-jährigen Kindern mit geistiger Behinderung wurden viel mehr kariöse Zähne, erheblich mehr extrahierte Zähne und deutlich weniger Molaren mit Fissurenversiegelungen als bei 12-Jährigen der Allgemeinbevölkerung beobachtet (s. Tab 1).

	Allgemeinbevölkerung (DMS IV)	Special Olympics Athleten (Bissar et al. 2010)	Patienten einer Spezialambulanz (Schnorrenberg 2010)
Alter in Jahren	12	12 und 13	12
Kariesprävalenz	29,9%	55,2%	76,0%
mittlerer DMFT	0,7	1,4	5,4
mittlerer DT	0,2	0,4	3,2
mittlerer MT	0,04	0,1	1,0
Anteil Kinder mit mindestens 1 FV	71,7%	54,8%	./.

Tab. 1: Zahl der Zähne mit Karieserfahrung (DMFT), der Zähne mit unbehandelten kariösen Defekten (DT) und der fehlenden Zähne (MT) bei unterschiedlichen Gruppen von Kindern mit geistiger Behinderung

Bei der Interpretation dieser Daten muss auch berücksichtigt werden, dass die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung, die an Sportveranstaltungen teilnehmen können, deutlich besser ist als von Kindern und Jugendlichen mit sehr schwerer geistiger Behinderung. So betrug die Kariesprävalenz bei 12-jährigen Kindern, die die Spezialambulanz für Menschen mit Behinderung der ZMK-Klinik der Universität Witten-Herdecke aufsuchten, 76% (Schnorrenberg 2010).

In Anbetracht der Tatsache, dass Menschen mit geistiger Behinderung auch im Erwachsenenalter einer beständigen, wenn auch im Ausmaß unterschiedlichen, Unterstützung bei der Durchführung von kariespräventiven Maßnahmen bedürfen, soll auf die zunehmende Karieserfahrung und vor allem auf den hohen Zahnverlust mit zunehmendem Lebensalter hingewiesen werden (Tab. 2). Diese Zahlen zeigen deutlich, dass präventive Maßnahme ein Leben lang erforderlich sind.

	18-24-Jährige	25-34-Jährige	35-44-Jährige	45-54-Jährige
mittlerer DT	1,7	2,2	1,8	2,2
mittlerer MT	1,4	3,0	6,1	11,5
mittlerer FT	3,6	4,9	5,7	4,0
mittlerer DMFT	6,7	10,1	13,6	17,7

Tab 2: Zahl der Zähne mit Karieserfahrung (DMFT), der Zähne mit unbehandelten kariösen Defekten (DT), der fehlenden Zähne (MT) und der restaurierten Zähne (FT) bei Menschen mit geistiger Behinderung, die in speziellen Werkstatt arbeiten bzw. betreut werden (Schulte et al. 2013).

Kariespräventive Maßnahmen

Die Wirksamkeit von kariespräventiven Maßnahmen lässt sich auch bei Menschen mit geistiger Behinderung zeigen. In der Studie von BISSAR et al. (2010) hatten die Kinder und Jugendlichen (mittleres Alter 15,1 Jahre) mit mindestens einer Fissurenversiegelung einen mittleren DMFT-Index von 1,7, wohingegen der mittlere DMFT-Index bei Kindern und Jugendlichen ohne Fissurenversiegelung (mittleres Alter 15,4 Jahre) 2,9 betrug. Bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung, die in einer Werkstatt betreut wurden (Schulte et al. 2013), wurden die DMFT-Werte in Bezug auf die Frage ausgewertet, ob ein Zusammenhang mit verschiedenen Fluoridierungsmaßnahmen und kariespräventivem Effekt besteht. Es konnte festgestellt werden, dass die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz und die Verwendung von einem Gel mit hoher Fluoridkonzentration unabhängig voneinander zu einer Reduktion der Karieserfahrung beitrugen, nicht aber die Verwendung von fluoridhaltigen Mundspüllösungen.

Angehörige, Betreuer und Pflegepersonal berichten immer wieder, dass ihnen das unterstützende Zähneputzen bei den ihnen anvertrauten Menschen mit geistiger Behinderung in der Regel große Probleme bereitet. Hierfür sind in erster Linie zwei Faktoren verantwortlich: mehr oder weniger starke Abwehrreaktionen von Seiten der Menschen mit geistiger Behinderung sowie die fehlende Ausdauer dieser Menschen beim Zähneputzen. Letzteres hat zur Folge, dass nicht alle zugänglichen Zahnflächen innerhalb von drei Minuten mit der Zahnbürste und mit Zahnpasta gereinigt werden können. In Anbetracht der Tatsache, dass die dentale Plaque mehrere Tage benötigt, um kariespathogen zu werden, soll den Angehörigen, Betreuern und dem Pflegepersonal folgende Informationen gegeben werden: Bei begrenzter Kooperationsfähigkeit sollen nicht immer alle Zähne in einer Sitzung geputzt werden, sondern dies sollte fraktioniert in mehreren Sitzungen folgen. So kann z.B. die eine Hälfte der Zähne morgens und die andere Hälfte abends geputzt werden. Bei sehr stark reduzierter Kooperationsfähigkeit kann dies im Einzelfall sogar auf zwei Tage verteilt werden. Dies bedeutet, dass entweder die Ober- oder die Unterkieferzähne geputzt werden. Vorstellbar ist auch, dass die Aufteilung in rechte und linke Seite erfolgt.

Des Weiteren wird dringend empfohlen, nur Zahnpasten mit einem Fluoridgehalt von 1000 bis 1500 ppm zu verwenden.

Ein weiterer wichtiger Hinweis für die betreuenden Personen betrifft die Getränke. Häufig werden Menschen mit geistiger Behinderung zu wenig Wasser oder zuckerfreier Tee oder andere nicht-kariogene Getränke angeboten. Der einseitige Genuss von zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken führt zu unnötiger Kalorienaufnahme und erhöht das Kariesrisiko beträchtlich. Hier sollte eine ausgewogene Balance gefunden werden. Als Faustregel kann

gelten, dass die Zahl der zuckerhaltigen Impulse zwischen den Hauptmahlzeiten auf fünf begrenzt werden sollte.

Außerdem ist zu wenig bekannt, dass Käse ein nennenswertes kariespräventives Potential hat. Deshalb sollte man Eltern, Angehörige und Betreuer ermutigen, regelmäßig Käse zum Abschluss einer Mahlzeit anzubieten.

Die karies- und parodontitispräventive Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung ist sehr komplex und kann erfahrungsgemäß in sehr vielen Fällen nicht allein von den betreuenden Angehörigen geleistet werden. Es wäre ideal, wenn Menschen mit geistiger Behinderung entsprechend ihrem Karies- und Parodontitisrisiko regelmäßig, d.h. bis zu 12mal pro Jahr von einem Zahnarzt in einer Praxis oder Klinik präventiv betreut werden könnten. Dieses Ziel erscheint aus verschiedenen Gründen (finanzielle Aspekte, hoher Aufwand eine Praxis aufzusuchen, fehlendes adäquates Fachwissen vieler Zahnärzte) vorerst nicht erreichbar zu sein. Deshalb wird vorgeschlagen, die Aktivitäten verschiedener Gruppen des Gesundheitssystems im Sinne der Karies- und Parodontitisprävention für Menschen mit geistiger Behinderung zu kombinieren.

Die Basis dieses Präventionskonzeptes sollte in einem überwachten bzw. unterstützenden Zähneputzen bestehen, das von ausgebildeten Fachkräften (z.B. Zahnmedizinischen Fachangestellten, Dental-Hygienikerinnen oder Fachfrauen für Zahngesundheit) in den Einrichtungen, in denen Menschen mit geistiger Behinderung leben, arbeiten, zur Schule gehen oder betreut werden, angeboten wird. Diese Fachkräfte sollten die Einrichtungen in Abhängigkeit vom Karies- und Parodontitisrisiko der zu betreuenden Personen einmal pro Woche, alle 2 Wochen oder einmal pro Monat aufsuchen und dort Hilfestellung geben. Diese Fachkräfte sollten außerdem darauf hinwirken, dass in diesen Institutionen gute Möglichkeiten zum Zähneputzen bestehen (ausreichende Zahl an gut ausgestatteten Waschräumen, Angebot an Zahnbürsten und Zahnpasten). Darüber hinaus sollte die Möglichkeit bestehen, dass nicht nur in den zahnärztlichen Praxen, sondern auch in den genannten Einrichtungen Fluoridlack appliziert werden kann. Aus Untersuchungen von Pieper et al. (2012) geht hervor, dass die Karieserfahrung von Kindern mit hohem Kariesrisiko deutlich gesenkt werden kann, wenn bei ihnen viermal pro Jahr Fluoridlack (z.B. Duraphat) appliziert wird. Dies zeigt, dass bei Menschen mit geistiger Behinderung auf Grund ihres erhöhten Kariesrisikos in der Regel auch viermal pro Jahr Fluoridlack appliziert werden sollte. Das Angebot, diese Maßnahme in Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung durchzuführen, gilt in erster Linie den Personen, die aus verschiedenen Gründen ihren Hauszahnarzt nicht viermal pro Jahr aufsuchen können. In Absprache mit den jeweiligen Hauszahnärzten kann die Applikation von Fluoridlack geteilt werden, so dass sie z.B. bei den halbjährlichen zahnärztlichen Untersuchungen in der Zahnarztpraxis erfolgt und

dazwischen in den Einrichtungen. Des Weiteren sollte für jede Institution in Absprache mit den dort tätigen Mitarbeitern ein allgemeiner Präventionsfahrplan erstellt werden.

Allgemeiner Präventionsfahrplan

In diesem Rahmenplan sollte nach Möglichkeit auf folgende acht Aspekte eingegangen werden:

1. Wie kann regelmäßiges Zähneputzen in den Tagesablauf der Einrichtung integriert werden?
2. Wo kann das Zähneputzen stattfinden?
3. Wie kann die unterstützende Betreuung durch das externe zahnmedizinische Fachpersonal organisiert werden?
4. Wie kann das Angebot an zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken minimiert werden?
5. Wie kann die Zahl der Zuckerimpulse zwischen den Hauptmahlzeiten minimiert werden?
6. Wie wird das Kariesrisiko der Menschen mit geistiger Behinderung in der Einrichtung ermittelt?
7. Wie kann die Applikation von Fluoridlack organisiert werden bzw. wenn dies nicht möglich sein sollte, wie kann die Verwendung von fluoridhaltigen Gelen erfolgen? Dabei muss auch beachtet werden, dass die Zustimmung der gesetzlichen Betreuer zu dieser Maßnahme erforderlich ist.
8. Besteht die Möglichkeit, für die Zubereitung der Gemeinschaftsverpflegung die Genehmigung zu erlangen, Jodsalz mit Fluorid verwenden zu können?

Ein weiterer Baustein in dem kariespräventiven Konzept kann darin bestehen, dass sich in einer Region die Arbeitsgemeinschaften für Zahngesundheit, die Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes und die niedergelassenen Zahnärzte einmal im Jahr zu einem Erfahrungsaustausch treffen. Ziel dieses Treffens soll es sein, die Karies- und Parodontitisprävention sowie die zahnärztliche Versorgung der Menschen mit geistiger Behinderung in dieser Region zu optimieren.

Die Einführung von Aktionen zur Kariesprävention unter Beteiligung von verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen ist auch deshalb geboten, weil der Artikel 25 der eingangs erwähnten UN-Konvention zu den Rechten von Menschen mit Behinderung auch Forderungen zur Gesundheit enthält. In Artikel 25 a heißt es: „Insbesondere sollen Staaten Personen mit Behinderungen eine kostenlose oder bezahlbare Gesundheitsfürsorge oder die Teilhabe an Gesundheitsprogrammen in demselben Ausmaß, derselben Qualität und demselben Standard zur Verfügung stellen wie sie auch anderen Personen gewährt wird. Dies schließt das Gebiet der bevölkerungsbasierten Programme mit ein“. In Artikel 25 b heißt es außerdem: „Insbesondere sollen Staaten Gesundheitsleistungen anbieten, die von Personen mit Behinderungen auf Grund ihrer Behinderung benötigt werden. Dazu gehören eine geeignete Früherkennung und Frühbehandlung sowie Angebote, die dazu dienen weitere Behinderungen zu minimieren oder zu vermeiden. Dies schließt Kinder und alte Menschen mit ein“.

Literatur

Bissar, A-R.; Kaschke I.; Schulte AG. (2010): Oral Health in 12-17-year-old athletes participating in the German Special Olympics. *International Journal of Pediatric Dentistry* 2010; 20: 451–457

Micheelis, W, Schiffner, U. (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Neue Ergebnisse zu oralen Erkrankungsprävalenzen, Risikogruppen und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad in Deutschland 2005. IDZ-Materialband 31, Köln.

Pieper, K., Weber, K, Margraf-Stiksrud, Stein S, Heinzl-Gutenbrenner M, Jablonski-Momeni A. (2012): Evaluation of an intensified preventive programme aimed at 12-year-olds with increased caries risk. *J Public Health* 2012; 20:151–157

Schnorrenberg J. (2010): Karieserfahrung und Inanspruchnahmeverhalten behinderter Patientengruppen. *Med Diss Universität Witten-Herdecke*

Schulte AG, Kaschke I., Bissar A-R. (2011): Mundgesundheit erwachsener Athleten mit geistiger Behinderung. *Gesundheitswesen* 2011, 73: e78-83.

Schulte AG (2012): Systematisches Review zur Frage der Mundgesundheit und des zahnmedizinischen Versorgungsgrades bei Menschen mit Behinderungen in Deutschland. IDZ-Information 3-2012. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Köln, 2012, ISSN 0931-9816

Schulte AG; Freye, K; Bissar A. (2013) Caries experience and treatment need in adults with intellectual disabilities in two German regions. *Community Dental Health* 2013; 30:39-44

United Nations (2013): Convention on the Rights of Persons with Disabilities. URL: <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>; Zugriffsdatum: August 2013

Aktivprogramm Zahnvorsorge – Intensivprophylaxe in Rheinland-Pfalz

Dr. Steffi Beckmann / Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (LAGZ) Rheinland-Pfalz

Das Aktivprogramm Zahnvorsorge der LAGZ Rheinland-Pfalz entstand infolge § 21 des Sozialgesetzbuches V: „Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind spezifische Programme zu entwickeln“. Diese Vorgabe des Gesetzgebers war die notwendige Schlussfolgerung aus den Ergebnissen vorangegangener kariesepidemiologischer Studien (Pieper 2010).

Alle Studien der letzten Jahre stellten neben einer sehr deutlichen Verbesserung der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland eine zunehmende Polarisierung fest. Das heißt, dass in manchen Altersgruppen etwa 20 Prozent der Schüler bis zu 80 Prozent der Karies haben. Der erfreuliche Kariesrückgang einerseits und die Polarisierung vorhandener kariöser Läsionen andererseits sind auch für Rheinland-Pfalz zutreffend. In intensiver Zusammenarbeit und Abstimmung mit den zuständigen Ministerien, deren Unterstützung vorbildlich ist, hat die LAGZ Rheinland-Pfalz das folgende Konzept erstellt. Die bisher schon sehr erfolgreiche Schulzahnpflege wurde um dieses wichtige Kapitel erweitert. In der folgenden Grafik werden Struktur und Ablauf des Aktivprogramms vorgestellt (Abb.1).

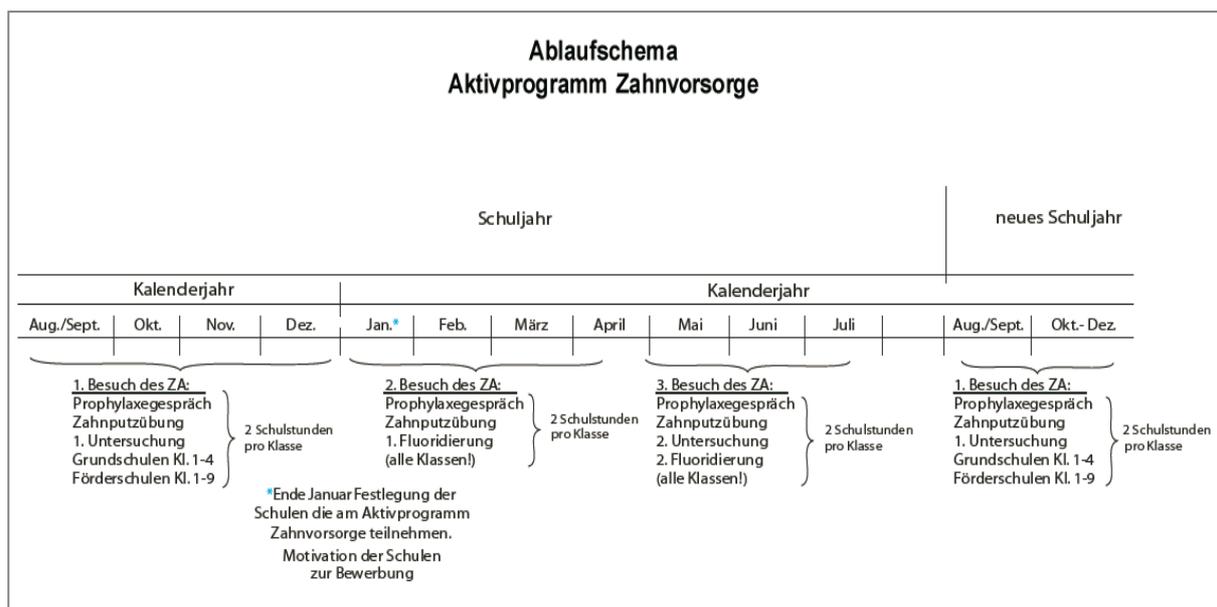


Abb. 1: Ablauf des Aktivprogramms Zahnvorsorge der LAGZ Rheinland-Pfalz

Die Auswahl der teilnehmenden Schulen erfolgt nicht nach der Schulart. Wenn auch zu erwarten ist, dass ein großer Teil der ca. 80 rheinland-pfälzischen "Schulen mit dem Förderschwerpunkt Lernen" betroffen sein werden, so soll aber keine Stigmatisierung erfolgen. Die Zahngesundheit der Schülerinnen und Schüler ist an manchen Grundschulen schlechter als z.B. an Förderschulen, in denen bisher schon präventive Angebote stattgefunden haben. Die kariesepidemiologischen Daten aus den Reihenuntersuchungen der 1. Klassen, die inzwischen flächendeckend in allen Grundschulen und in allen Schulen mit Förderschwerpunkt Lernen erfolgen, stehen als ein differenziertes Kriterium zur Verfügung. Ausschlaggebend ist dabei die Prozentzahl der nicht naturgesunden Gebisse und der Kinder mit hohem Kariesrisiko. Die für das Aktivprogramm vorgesehenen 80 Schulen von ca. 800 Grundschulen und Schulen mit dem Förderschwerpunkt Lernen entsprechen in etwa dem Anteil (10%) der Schüler mit erhöhtem Kariesrisiko. Dr. Reinhard Steinmeyer vom Gesundheitsamt Koblenz hat folgende Formel entwickelt, um die Schulen dem Aktivprogramm zuzuordnen:

Referenzwerte:

Punktzahl = Anteil der Nicht-Naturgesunden + 5 x Anteil der Risikokinder

Aus dieser Formel würde sich bezogen auf 100 Schüler ein theoretischer Maximalwert von 600 ergeben, wenn alle Kinder Risikokinder wären.

Die untere Grenze für die Auswahl der Schulen in das Aktivprogramm lag für die Auswahlrunde im Schuljahr 2005/2006 bei 205 Punkten.

Schuljahr	Grundschulen im Normalprogramm (Klasse 1)	Schulen mit dem Förderschwerpunkt Lernen im Normalprogramm (Klasse 1 bis 6)	Grundschulen und Schulen mit dem Förderschwerpunkt Lernen im Aktivprogramm (Klassen 1 bis 4 bzw. 1 bis 9)	Normalprogramm hochgerechnet Klasse 1 bis 4 in den Grundschulen, Klassen 1 bis 6 in den Schulen mit dem Förderschwerpunkt Lernen
2005/2006	104,8	158,1	141,5	92,8
2006/2007	99,7	149,2	151,5	88,7
2007/2008	96,8	133,2	141,5	86,5
2008/2009	89,5	128,6	134,5	80,3
2009/2010	83,2	135,5	138,8	75,3
2010/2011	76,2	109,5	152,8	69,4
2011/2012	74,0	95,7	151,0	67,6

Abb. 2: Referenzwerte bezüglich der Auswahl der Schulen für das Aktivprogramm

Die Effizienz der Schulauswahl für das Aktivprogramm Zahnvorsorge hat im Laufe der Jahre zugenommen. Daraus resultiert auch die sich in den letzten Jahren abzeichnende Stabilisierung bei den teilnehmenden Schulen. Die relativ niedrigen Werte der Grundschulen und Schulen mit dem Förderschwerpunkt Lernen in den letzten Jahren sind vor dem Hintergrund zu sehen, dass ein Teil der Schulen mit schlechten Referenzwerten in das Aktivprogramm gewechselt ist (Abb. 2). Die Verbesserung im Normalprogramm beruht allerdings nicht allein darauf, dass es immer besser gelang, die „schlechten“ Schulen aus dem Normalprogramm in das Aktivprogramm zu überführen, sondern auch auf einer realen Verbesserung der Zahngesundheit im Normalprogramm.

Im Folgenden soll am Beispiel einer Grundschule die Umsetzung des Aktivprogramms Zahnvorsorge dokumentiert werden. Die zur Verfügung stehenden Daten beziehen sich auf den Zeitraum 2009 bis 2012 bzw. 2010 bis 2013, d.h. auf die Schulkinder, die während der Grundschulzeit durchgängig am Aktivprogramm teilgenommen haben (Abb.3 bis 6).

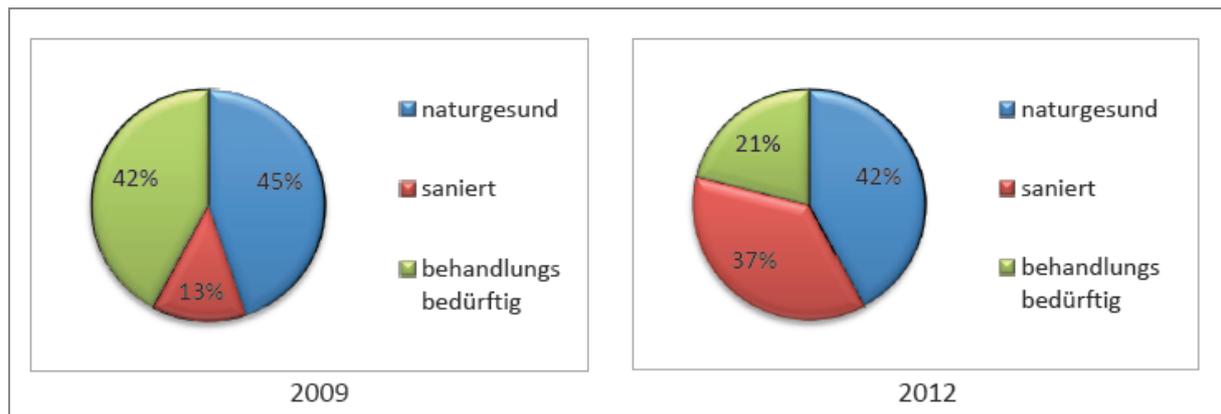
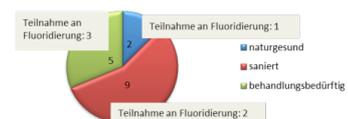


Abb. 3: Grundschule im Aktivprogramm – Untersuchungsergebnisse der Erstklässler 2009/ Viertklässler 2012; N=38

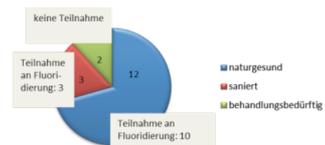
Anhand der grafischen Darstellungen werden positive Tendenzen hinsichtlich des Erfolges des Aktivprogramms Zahnvorsorge deutlich. Der Anteil der Kinder mit einem sanierten Gebiss hat sich im Laufe der vier Schuljahre verdreifacht (2009-2012) bzw. vervierfacht (2010-2013). Der Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss ist nahezu gleich geblieben, nur noch ein Fünftel der Kinder hatte im 4. Schuljahr ein behandlungsbedürftiges Gebiss. Diese Zahlen verdeutlichen, wie sinnvoll es ist, Kinder und Erziehungsberechtigte (diese erhalten nach jeder Untersuchung durch den betreuenden Schulzahnarzt eine schriftliche Mitteilung über den Befund) immer wieder auf die Notwendigkeit einer zahnärztlichen Behandlung hinzuweisen. Die Kinder finden in ihrem Schulzahnarzt eine Vertrauensperson, die ihnen Wissen und Fähigkeiten vermittelt, um ein Leben lang selbstständig für die eigene Zahn- und Mundgesundheit Verantwortung tragen zu können. Betrachtet man die Entwicklung der einzelnen Befunde (Naturgesund; Behandlungsbedürftig; Saniert) über einen Zeitraum von vier Schuljahren, findet sich eine Bestätigung der Aussagen von Dürr (2002): Kinder mit kariesfreiem Milchgebiss haben mit hoher Wahrscheinlichkeit auch gesunde bleibende Zähne.

So wiesen von ursprünglich 17 naturgesunden

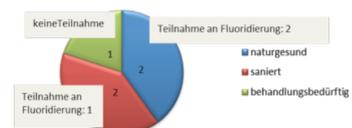
Abb. 4 a-c): Veränderung der Befunde „Behandlungsbedürftig“, „Naturgesund“ und „Saniert“ aus dem Jahr 2009



a) 2009 gab es bei 16 Kindern den Befund „Behandlungsbedürftig“. An der Fluoridierungsmaßnahme nahmen insgesamt 6 Kinder teil. Hier die entsprechenden Befunde aus 2012.



b) 2009 gab es bei 17 Kindern den Befund „Naturgesund“. An der Fluoridierungsmaßnahme nahmen insgesamt 13 Kinder teil. Hier die entsprechenden Befunde aus 2012.



c) 2009 gab es bei 5 Kindern den Befund „Saniert“. An der Fluoridierungsmaßnahme nahmen insgesamt 3 Kinder teil. Hier die entsprechenden Befunde aus 2012.

Erstklässlern des Einschulungsjahrganges 2009 als

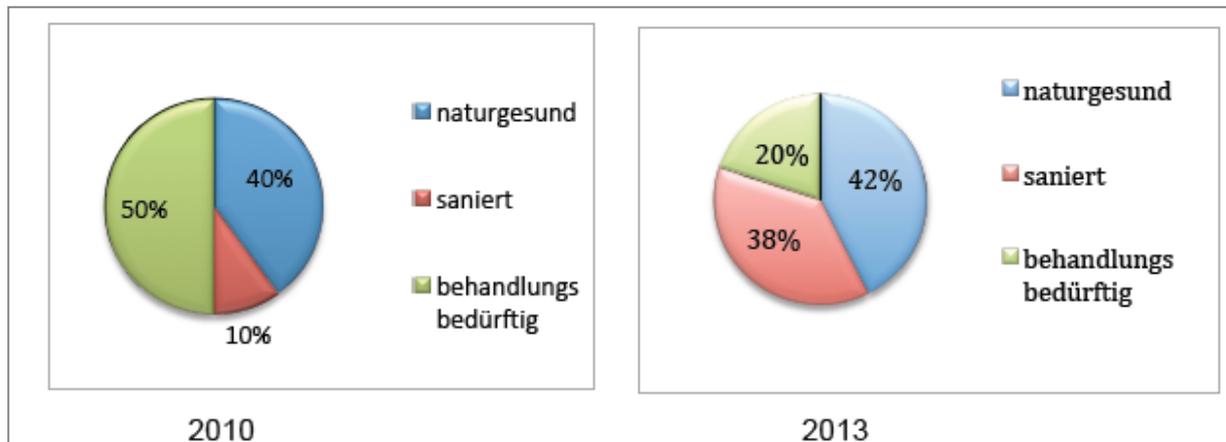
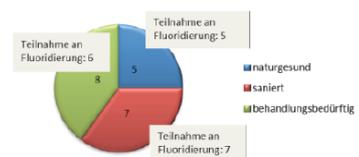


Abb. 5: Grundschule im Aktivprogramm – Untersuchungsergebnisse der Erstklässler 2010/ Viertklässler 2013; N=40

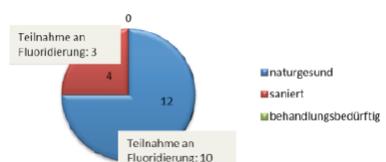
Viertklässler im Jahr 2012 nur zwei Kinder ein behandlungsbedürftiges und drei Kinder ein saniertes Gebiss auf, die übrigen waren naturgesund geblieben. Von den 16 naturgesunden Erstklässlern des Jahrgangs 2010 hatten als Viertklässler zwölf immer noch ein naturgesundes Gebiss, die anderen vier ein saniertes Gebiss. Dass man trotz bester Bemühungen nicht alle Kinder bzw. deren Erziehungsberechtigte erreichen kann, verdeutlicht die Tatsache, dass fünf Kinder während des Zeitraums von 2009 bis 2012 ihre behandlungsbedürftigen Gebisse nicht sanieren ließen (8 Kinder im Zeitraum 2010 bis 2013). Und das, obwohl die Möglichkeit zur Fluoridierung von drei (6) von ihnen wahrgenommen wurde. Waren Kinder mit bereits sanierten Zähnen eingeschult worden, so blieben die Zähne bis auf eine Ausnahme (2012) saniert (2012 und 2013) bzw. waren nach dem natürlichen Zahnwechsel sogar zwei Kinder (2012) kariesfrei.

Die rege Teilnahme der Kinder an den Fluoridierungsmaßnahmen zeigt, wie gut das Aktivprogramm von den Eltern angenommen wurde. Diese mussten ihr schriftliches Einverständnis zur Fluoridlacktouchierung abgeben.

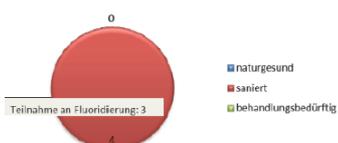
Abb. 6: Veränderung der Befunde „Behandlungsbedürftig“, „Naturgesund“ und „Saniert“ aus dem Jahr 2010



a) 2010 gab es bei 20 Kindern den Befund „Behandlungsbedürftig“. An der Fluoridierungsmaßnahme nahmen insgesamt 18 Kinder teil. Hier die entsprechenden Befunde aus 2013.



b) 2010 gab es bei 16 Kindern den Befund „Naturgesund“. An der Fluoridierungsmaßnahme nahmen insgesamt 13 Kinder teil. Hier die entsprechenden Befunde aus 2013.



c) 2009 gab es bei 5 Kindern den Befund „Saniert“. An der Fluoridierungsmaßnahme nahmen insgesamt 3 Kinder teil. Hier die entsprechenden Befunde aus 2012.

Am erfolgversprechendsten waren die Maßnahmen bei Kindern mit naturgesundem bzw. saniertem Gebiss. Diejenigen unter ihnen, die nicht an der Fluoridierung teilnahmen, waren auch dieselben, die zum Ende der Grundschulzeit ein behandlungsbedürftiges Gebiss aufwiesen.

Damit das Aktivprogramm bei Kindern, Eltern und Lehrerkollegium ein Erfolg wird, ist eine gute Zusammenarbeit mit der Schule unerlässlich. Der Zahngesundheitsunterricht mit praktischen Übungen zur Zahnpflege soll anschaulich und interessant sein. Und natürlich Spaß machen. So werden die Kinder dazu befähigt, Eigenverantwortung für ihre Zahngesundheit zu übernehmen. In einigen Familien kommt dieses Thema zu kurz. Die Eltern haben andere Sorgen oder messen gesunden Kinderzähnen keine Bedeutung zu.

Nachdem durch die intensive Betreuung der Grundschüler im Aktivprogramm in den Jahren 2012 nur noch 21% (2013 nur noch 20%) von ursprünglich 40% (50%) ein behandlungsbedürftiges Gebiss aufwiesen, war es wichtig, die Verhältnisse in der Schule so zu gestalten, dass mundgesundes Verhalten auch dort ermöglicht werden kann.

Neben der Versorgung der Kinder mit Schulobst (EU-Programm) und Mineralwasser (Schule) gibt es jetzt bereits seit einem Jahr die Möglichkeit für alle Schüler, in der Schule nach dem Frühstück die Zähne zu putzen. Diese bereits in der Grundschule erworbenen Gewohnheiten sollen die Kinder ihr ganzes Leben begleiten.

Wie wertvoll es für die zahngesundheitliche Entwicklung von Kindern ist, Verhältnisprävention durchzuführen, zeigt ein Vergleich mit Untersuchungsergebnissen aus einer Förderschule mit dem Schwerpunkt Lernen und aus einer Schule mit dem Förderschwerpunkt ganzheitliche und motorische Entwicklung (Abb.7).



Abb. 7: Untersuchungsergebnisse 2011: Grundschule im Aktivprogramm – Schule mit dem Förderschwerpunkt ganzheitliche und motorische Entwicklung - Förderschule mit dem Schwerpunkt Lernen

Diese Schulen sind Ganztagschulen. Gefrühstückt wird gemeinsam mit Lehr- und Betreuungspersonal. Die Kinder erhalten eine Mittagsmahlzeit mit Dessert. Danach werden die Zähne geputzt. Es gibt keine süßen Zwischenmahlzeiten. Als Getränke werden Mineralwasser und ungesüßter Tee angeboten. Des Weiteren werden alle Schüler einmal jährlich vom betreuenden Schulzahnarzt untersucht. Die Erziehungsberechtigten erhalten bei

Bedarf eine Aufforderung, zur Sanierung des Gebisses des Kindes den Hauszahnarzt aufzusuchen.

Die deutlich besseren Untersuchungsergebnisse (weniger Kinder mit behandlungsbedürftigen Gebissen, mehr naturgesunde Gebisse) in diesen beiden Schulen unterstreichen die erfolgreiche Zusammenarbeit von allen Beteiligten.

Es stellte sich auch die Frage, warum in den kreisfreien Städten und Landkreisen von Rheinland-Pfalz die Anzahl teilnehmender Schulen am Aktivprogramm so unterschiedlich ist. Vermutet wurden wirtschaftliche und strukturelle Unterschiede. Um das genauer zu untersuchen, wurde als verfügbarer Sozialindikator die Arbeitslosenquote vom Juli 2013 herangezogen.

Die kreisfreien Städte und die Landkreise wurden in Abhängigkeit von der Arbeitslosenquote in drei Gruppen unterteilt und ihnen danach die durchschnittliche Anzahl teilnehmender Schulen am Aktivprogramm Zahnvorsorge zugeordnet (Abb.8).

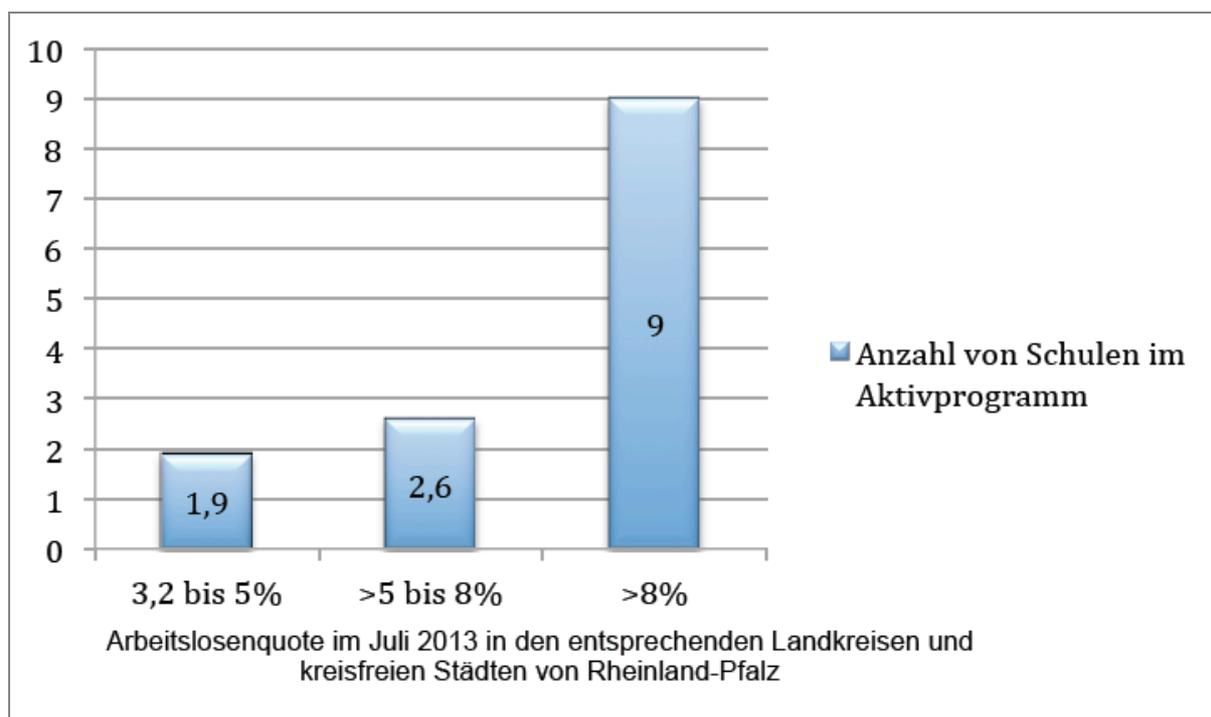


Abb. 8: Durchschnittliche Anzahl von Schulen im Aktivprogramm in Abhängigkeit von der Arbeitslosenquote in den entsprechenden Landkreisen und kreisfreien Städten von Rheinland-Pfalz gerechnet auf die Zuständigkeitsbereiche der 23 Arbeitsgemeinschaften Jugendzahnpflege der LAGZ Rheinland-Pfalz

Es ist beeindruckend, mit einem einfachen Sozialindikator wie der Arbeitslosenquote ein solch deutliches Ergebnis zu erhalten. Der Vergleich zeigt erneut, dass intensive Gruppenprophylaxemaßnahmen dort notwendig sind, wo Familien infolge wirtschaftlicher und sozialer Besonderheiten benachteiligt sind.

Literatur

LAGZ Rheinland-Pfalz (2005): Leitfaden Aktivprogramm Zahnvorsorge, Mainz

Pieper, K. (2010): Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2009, Bonn

Gollasch, D. (2011): Das Aktivprogramm zur frühzeitigen Erkennung von Zahnschäden und besseren Vorbeugung, Mainz

Dürr, K-G. (2002): Mehr Aufmerksamkeit für Milchzähne, Hessische Zahnärztezeitung, 6,2-3

Einführung eines Rückmeldesystems bei Kinder mit hohem Kariesaufkommen im Kreis Steinfurt

Simona Mitter / Jugendzahnärztin Kreis Steinfurt

Einleitung

In den letzten Jahrzehnten hat es einen beeindruckenden Rückgang der Kariesprävalenz bei Kindern und Jugendlichen gegeben (IDZ 2006; DAJ 2005). Dies lässt sich auf bestimmte Maßnahmen in Verbindung mit der Zahngesundheit zurückführen. Hier wären zu nennen: die verbesserte Mundhygiene, eine wirksame Fluoridanwendung, die gruppenprophylaktischen Maßnahmen wie das tägliche Zähneputzen in den Kindergärten, Reihenuntersuchungen und die Vermeidung von kariogenen Lebensmitteln sowie die Inanspruchnahme von individualprophylaktischen Leistungen für Kinder zwischen sechs und achtzehn Jahren (Pieper & Momeni 2006). Das Individualprophylaxeprogramm für Kinder zwischen sechs und achtzehn Jahren beinhaltet die halbjährliche Erhebung des Mundhygienestatus, eine Mundgesundheitsaufklärung und die lokale Fluoridierung der Zähne sowie die Fissurenversiegelung der Sechs- und Zwölfjahrmolaren. Es ist festzustellen, dass im Verlauf der Jahre immer mehr Kinder ein naturgesundes Gebiss vorweisen. Das bedeutet, dass kein Zahn im Gebiss des Kindes jemals eine Karieserfahrung hatte.

Ein bestimmter Anteil der Kinder weist aber dafür eine sehr hohe Anzahl an Zähnen mit Karies oder Karieserfahrung vor. Hier spricht man von einer Schiefelage der Kariesbetroffenheit, da eine deutliche Kariespolarisation zu verzeichnen ist (Micheelis 2006). Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) formulierte 2004 auf der Grundlage der „Goals for Oral Health by the Year 2020“ Mundgesundheitsziele für Deutschland 2020.

Eines der Ziele ist, dass 80% der 6-jährigen Kinder ein naturgesundes Milchgebiss aufweisen sollen (Ziller et al. 2006). Dieses Ziel wird, angesichts der immer noch unbefriedigenden Kariesprävalenz im Milchgebiss und des unzureichenden Sanierungsgrades der Milchzähne, schwer zu erreichen sein.

Zwar hat im Kreis Steinfurt in den Jahren 2005-2010 der Anteil der naturgesunden Gebisse bei Kindern in Kindertagesstätten zugenommen, aber auch hier ist eine deutliche Kariespolarisation zu verzeichnen. Immer weniger Kinder vereinen den Großteil an Zähnen mit Karieserfahrung. 2005 hatten 69,4% der untersuchten Kinder ein naturgesundes Gebiss. 2010 waren es bereits 74,5%. Diese Entwicklung ist erfreulich. Jedoch ist die Mundgesundheit sehr ungleich verteilt. Gut 25% der Kindergartenkinder tragen die

Hauptlast. Nur 42% dieser Kinder mit Karieserfahrung sind saniert und somit bereits behandelt. Der Anteil der Kinder mit nicht behandelter Karies beträgt 58%.

Kinder im Vorschulalter nehmen besonders selten eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung wahr (Ziller et al. 2006). Als Risikogruppen für unzureichende Mundhygiene wurden in der KIGGS-Studie bestimmte Kinder identifiziert. Die Auswertung der Daten zum kariespräventiven Verhalten ergab, dass von unzureichender Mundhygiene vor allem Jungen betroffen sind Odds Ratio (OR) 1,6], sowie Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus (OR 2,2) und Kinder mit Migrationshintergrund (OR 2,3) (Knopf et al. 2008).

Über den Zugangsweg der zahnärztlichen Untersuchung der Kinder in den Kindertagesstätten wird ein Großteil der Kinder erreicht. Behandlungsbedürftige Kinder werden identifiziert und die Erziehungsberechtigten werden darüber informiert. Leider ist gerade bei den besonders schweren Fällen eine Behandlung dadurch noch lange nicht gesichert. Vor diesem Hintergrund wurde am 22.02.2011 ein zusätzlicher Rückbrief für Erziehungsberechtigte von Kindern mit erheblichen Zahnschäden eingeführt. Auch Erziehungsberechtigte von Kindern, die bereits einmal zum Zahnarzt geschickt worden sind und innerhalb des Untersuchungszyklus nicht saniert worden sind, erhalten diesen zusätzlichen Rückbrief.

Die Zahnärzteschaft wurde über die Einführung dieses Rückbriefsystems im Vorfeld informiert. Dies wurde als sehr positiv aufgenommen.

Vorgehen

Der Kreis Steinfurt, flächenmäßig der zweitgrößte Kreis des Landes Nordrhein-Westfalen, besteht in seiner heutigen Struktur seit dem 01.01.1975. Zum Kreis Steinfurt gehören 10 Städte und 14 Gemeinden. Im Kreis Steinfurt leben 443 357 Personen (Stand 31.12.2010) (IT.NRW 2012). Im Durchschnitt liegt der Migrationsanteil, nach aktuellen Daten des Jugendamtes, bei ca. 25% in den Tageseinrichtungen. Als Kind mit Migrationshintergrund wurde die Definition nach dem BAMF (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge gewählt) (Statistisches Bundesamt 2010).

Die zahnärztlichen Untersuchungen in den Kindertagesstätten haben einen Zyklus von ca. 1 ½ Jahren. Hierbei wird unter anderem der Zahnstatus der Kinder erfasst. Es werden alle kariösen (= d), wegen Karies gezogenen (= m) und gefüllten Zähne (= f) aufgezeichnet. Der dmf-t (t = Teeth) errechnet sich hieraus. Der Maximalwert kann bei einem Milchgebiss 20 betragen.

Gesunde Milchzähne und deren Erhaltung bis zum Zahnwechsel sind wichtig für das Kind und seine Entwicklung. Die Kariesrisiko-Einschätzung erfolgt, unter Berücksichtigung des vorhandenen Kariesbefalls, nach den Grundsätzen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ, 1993):

- Kind \leq 3 Jahre alt ist , die Summe
dmf - Zähne > 0
- Kind = 4 Jahre alt ist , die Summe
dmf - Zähne > 2
- Kind = 5 Jahre alt ist , die Summe
dmf - Zähne > 4
- Kind ist 6 -7 Jahre alt , die Summe
dmf - Zähne > 5 oder die Summe D - Zähne > 0

Weist ein Kind erhebliche Zahnschäden für sein Alter auf, erhalten die Erziehungsberechtigten eine zusätzliche Benachrichtigung mit der Bitte, das Kind behandeln zu lassen, sowie einen frankierten Rückbriefumschlag. In der Benachrichtigung werden die Anzahl der kariösen/zerstörten Zähne, sowie das Vorliegen von z.B. Abszessen benannt.

Auf der Rückseite trägt der behandelnde Zahnarzt oder die Zahnärztin das Behandlungsdatum sowie den Praxisstempel ein. Hierdurch ist gewährleistet, dass das Kind behandelt worden ist. Die Erziehungsberechtigten haben hierzu drei Monate Zeit.

Erfolgt nach dem Ablauf der drei Monate keine Benachrichtigung, wird eine Erinnerung zur Behandlung in einem verschlossenen Umschlag an den entsprechenden Kindergarten geschickt mit der Bitte, diesen an die erziehungsberechtigte Person auszuhändigen. In der Erinnerung wird die Dringlichkeit noch einmal betont. Zur Behandlung werden den Erziehungsberechtigten nun zwei weitere Monate Zeit gegeben. Erfolgt abermals keine Rückmeldung, wird die zweite Erinnerung direkt an die Erziehungsberechtigten geschickt. Aus der Erinnerung und dem dazugehörigen Anschreiben wird deutlich, dass eine Behandlung des Kindes dringend erforderlich ist. Ein zusätzlicher Monat wird hierzu zur Verfügung gestellt. Findet abermals keine Behandlung statt, wird über weitere Maßnahmen entschieden.

Ergebnis

Im Zeitraum vom 22.02.2011 bis 20.11.2013 fanden Untersuchungen in allen 235 Kindergärten im Kreis Steinfurt statt. Von den 16114 gemeldeten Kindern konnten 13251 untersucht werden. Die nicht untersuchten 2863 Kinder waren entweder nicht anwesend aufgrund von Krankheit bzw. Urlaub oder haben die Untersuchung verweigert. Der Anteil an Jungen war 51,28% (6795), an Mädchen 48,72% (6457). Ein primärgesundes Gebiss hatten 9911 (74,8%) der Kinder, 951 (7,2%) wiesen ein saniertes Gebiss auf und 2389 (18,0%) der Kinder hatten eine Behandlungsbedürftigkeit, wovon 1322 männlich und 1067 weiblich waren.

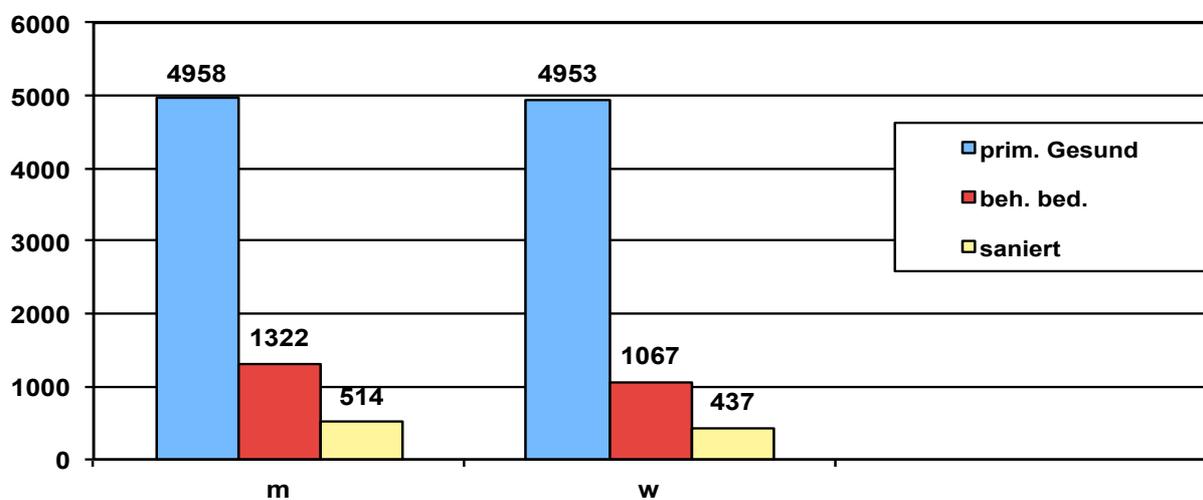


Abb.1: Verteilung nach Geschlecht

Von den 2389 sanierungsbedürftigen Kindern wurden die Befunde von 544 Kindern als besonders auffällig eingestuft. Das Durchschnittsalter betrug 5,2 Jahre. Somit erfolgte eine zusätzliche Benachrichtigung, mit der Bitte das Kind behandeln zu lassen, bei 22,94% der behandlungsbedürftigen Kinder.

Jungen (322) waren mehr betroffen als Mädchen (222). Der durchschnittliche d-t Wert (d=Karies) lag bei 6,75 Zähnen pro Milchgebiss. Im Mittelwert hatten Mädchen ohne Migrationshintergrund 6,2 kariöse Zähne, Mädchen mit Migrationshintergrund 6,68 kariöse Zähne, Jungen ohne Migrationshintergrund 7 und Jungen mit Migrationshintergrund 7,21 kariöse Zähne. Insgesamt lagen 3701 kariöse Zähne vor.

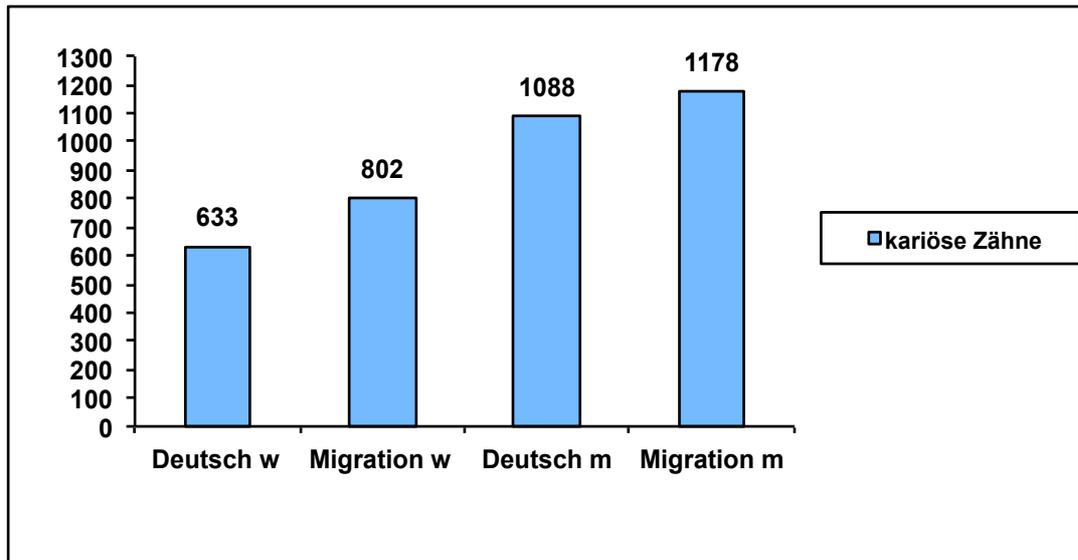


Abb 2: Verteilung der kariösen Zähne nach Migrationshintergrund und Geschlecht bei den 544 Kindern.

Es bedurfte durchschnittlich 100,5 Tage, bis die Kinder in eine Behandlung aufgenommen wurden. Von den 544 Kindern wurden seit Einführung des Rücklaufsystems 70,6% behandelt.

Anhand der uns vorliegenden Rückläufe, konnten wir den Odds Ratio für Kinder mit Migrationshintergrund ermitteln. Hierbei wurde deutlich, dass ein Kind mit Migrationshintergrund eine 3,23-fache Chance (Risikofaktor) hat, zu den Kindern zu gehören, die einen desolaten Gebisszustand im Kindergartenalter haben und eine zusätzliche Benachrichtigung mit der Aufforderung zur Behandlung bekommen.

Zusammenfassung

Bei den 544 Kindern, die einer dringenden Behandlung bedurften, wurden 70,60 % behandelt. Es dauerte durchschnittlich 3 1/4 Monate bis zum Behandlungsbeginn. Die Meldung der Eltern erfolgte oft erst nach der zweiten Erinnerung, zuerst telefonisch und dann schriftlich. Die Rückläufe werden oft von den Zahnärztinnen und Zahnärzten verschickt. Die Chance (Risikofaktor), zu den Kindern mit erheblichem Behandlungsbedarf zu gehören, ist bei Kindern mit Migrationshintergrund höher.

Literatur

Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV), Köln

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ) (1993): Bestätigte Anlage zu den Grundsätzen von 2012, Bonn

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ) (2005): Epidemiologische Begleituntersuchung zu Gruppenprophylaxe 2000 sowie 2004, Bonn

Pieper, K.; Momeni, A. (2006): Grundlagen der Kariesprophylaxe bei Kindern, Deutsches Ärzteblatt 103 (15)

Micheelis, W. (2006): Zusammenfassung der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV). In: Micheelis W., Schiffner U. (Hrsg) Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln, S. 17–21

Ziller, S.; Micheelis, W.; Oesterreich, D.; Reich, E. (2006): International Dental Journal, 56: 29-32

Schenk, L.; Knopf, H. (2007), Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS), Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforsch-, Gesundheitsschutz 50:653-658

Knopf, H.; Riecke, A.; Schenk, L. (2008): Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforsch-, Gesundheitsschutz 51 (11) S 1314-1320

Landesbetrieb Information und Technologie (IT.NRW) (2012): Bevölkerungsstand 2010, Indikator 2.3_01

Statistisches Bundesamt (2010): Fachserie 1, Reihe 2.2 Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Wiesbaden, Textteil: Methodische Bemerkungen Kinder Jugendbericht (2006), Arbeitsgruppe „Die Versorgung Kinder und Jugendlicher im Kreis Steinfurt“

Inklusion in Schulalltag und Gruppenprophylaxe – so geht´s!

Beitrag 1: Dr. Thomas Leeb / ehem. Schulleiter der Anna-Lindh-Schule Berlin-Wedding

1. Versuch der Annäherung an einen komplexen Begriff

Seit einigen Jahren bestimmt zunehmend der Begriff der Inklusion die pädagogische Debatte um das gemeinsame Lernen von behinderten und nichtbehinderten Kindern und Jugendlichen. Während der Begriff der Integration im Bereich des gemeinsamen Lernens von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund unstrittig ist, erscheint der Begriff der Inklusion mit dem Begriff der Integration einerseits verschmelzend identisch und auf der anderen Seite als „Gegensatzpaar“ begriffen zu werden (Bartnitzky u.a. 2009, S.284ff).

Dieses Dilemma hat auch Auswirkungen unmittelbar in den Schulalltag hinein. Dies zeigt sich etwa in der Berliner Inklusionsdebatte, wenn dort Inklusion mit der Aufnahme behinderter Kinder in die Regelschule bei gleichzeitigem Abbau der Förderschulen quasi gleichgesetzt wird. Weder sind die aufnehmenden Regelschulen für die Arbeit in diesem Bereich ausreichend inhaltlich-pädagogisch vorbereitet bzw. vorbereitet worden, noch sind die notwendigen Ressourcen in das Schulsystem eingegeben worden. Die Folge ist Angst vor Inklusion und daran anschließend zum Teil offene Ablehnung nicht des Grundgedankens, wohl aber der konkreten Arbeit mit behinderten Kindern. Letztlich wird dadurch jede einzelne Schule genötigt, ihren Weg zur Inklusion selbst zu finden. Eine Kärnerarbeit, wohl wahr!

Dabei lässt sich der Begriff der Inklusion in verschiedenen Annäherungen so finden, dass er seinen Schrecken durchaus verlieren kann. „Inklusion geht es darum, alle Barrieren in Bildung und Erziehung für alle Schülerinnen und Schüler auf ein Minimum zu reduzieren.“ (Boban/Hinz 2003, S.11). Beschreibt dieses Zitat nicht den alltäglichen Versuch aller Lehrenden, mit ihren Zöglingen fördernd umzugehen?

Auf die Kinder bezogen heißt Inklusion dann, dass alle Kinder voraussetzungslos Teil der heterogenen Gruppe sind und aktiv als vollwertige Mitglieder am Gemeinschaftsleben teilhaben. Dies beinhaltet den Wegfall der Trennung von Behinderten und Nichtbehinderten und stellt sicherlich eine Herausforderung für das Schulsystem dar! Das Konzept der Inklusion versteht die Verschiedenheit (Heterogenität) der Schülerinnen und Schüler als Selbstverständlichkeit und begrüsst sie ausdrücklich (Boban/Hinz 2003).

Auf die Schule bezogen würde Inklusion dann heißen, dass alle Teilnehmer (Schüler, pädagogisches und sonstiges Personal, Eltern) bedingungslos Teil der heterogenen Gruppe sind und aktiv am Gemeinschaftsleben teilnehmen.

Inklusion würde dann den Prozess beschreiben, der vom „**Wohltätigkeits-Modell**“ – Ich bin normal, Du bist behindert, aber Du bist willkommen und wir werden beide gemeinsam versuchen dich zu integrieren und zu fördern – hin zum „**Menschenrechts-Ansatz**“ führt: Ich bin ein Mensch, Du bist ein Mensch. Wir beide haben bei aller Unterschiedlichkeit gleiche Rechte und Pflichten und arbeiten und leben voraussetzungslos miteinander.

Inklusion als Prozess zielt daher komplementär auf die „Ermöglichung von Teilhabe einhergehend mit dem Abbau von Barrieren“ und beschreibt damit die organisatorische und pädagogische Dimension dieses Begriffs. Andererseits wird es Inklusion nicht ohne eine „Haltung zu Inklusion“ geben. Dies beschreibt die Ebene des gemeinsamen Selbstverständnisses hin zum oben genannten Menschenrechts-Ansatz. Letztlich wird der Prozess der Inklusion nicht ohne die (Be)Schaffung von Ressourcen ablaufen können. Ressourcen beschaffen meint, den Reichtum an Wissen, Können und Erfahrungen, der an Schulen vorhanden ist, zu nutzen. Dabei kann und wird es auch um Geld gehen.

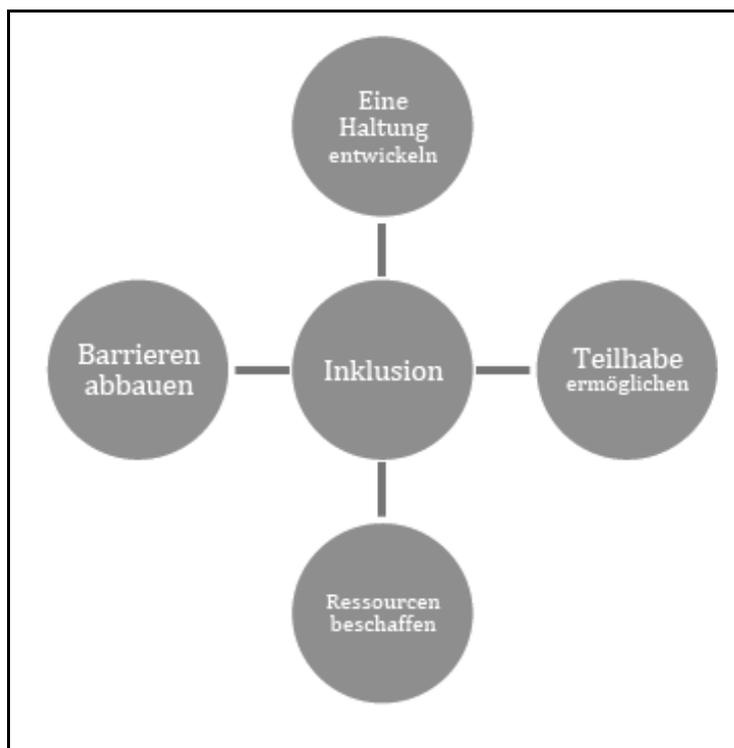


Abb. 1: Inklusion

2. Inklusion konkret: Wie soll das gehen - geht es überhaupt?

Um es gleich vorweg zu nehmen: Inklusion „geht“! Im Folgenden wird der Versuch unternommen, die vier Grundbausteine der Inklusion - Barrieren abbauen, Teilhabe ermöglichen, eine Haltung zu Inklusion entwickeln und die Frage der benötigten Ressourcen - aus dem Blickwinkel der Schulpraxis der Anna-Lindh-Schule in Berlin-Wedding zu beleuchten und aufzuzeigen, wie sich Inklusion im Prozess verwirklichen lässt.

2.1 Barrieren abbauen

Barrieren abbauen heißt vor allem anderen inklusive Strukturen zu entwickeln, beschreibt also die Organisationsebene. Wie muss Schule sich organisieren, um Unterstützung und Entfaltung zu ermöglichen? Wie muss die Vielfalt organisiert und unterstützt werden?

Auf der Suche nach Barrieren wird man schnell fündig. Sicherlich denkt man sofort an den klassischen „Rollstuhlfahrer“, dessen vordergründige Barriere natürlich eine fehlende Rampe oder ein Fahrstuhl ist. Desweiteren wären alle körperlich oder -krankheitsbedingten Barrieren zu nennen. Ebenso die sogenannten weichen Behinderungsarten im Bereich der Sprache, des Lernens und der sozial-emotionalen Entwicklung. Dies ist das Feld der klassischen Integration, indem viele Schulen eine lange Tradition besitzen und diese Form der Integration meistern.

Sprachliche Barrieren lassen sich jedoch noch an vielen anderen Stellen finden. Wenn sich beispielsweise im ersten Jahrgang der Schule Kinder begegnen, von denen einige schon lesen und schreiben können und andere über kein Wort in der deutschen Sprache verfügen, von einer gelungenen Hochsprache bis zur Ebene der Worttrümmer und Satzketten. Und da sind Sätze wie „Ich geh Hause“ noch fast als vollständig anzusehen. Wie all diesen Kindern gerecht werden und sie voraussetzungslos am Leben in der Schule teilhaben zu lassen? Barrieren beseitigt man am besten gemeinsam, also zum Beispiel durch die Arbeit der Lesepaten, durch gezielte Unterstützung beim Spracherwerb im differenzierten Unterricht, durch viele Möglichkeiten frei und individuell zu arbeiten. Schwieriger sind die sprachlichen Barrieren von so genannten Quereinsteigern anzugehen. Wir sehen eine zunehmende Tendenz, schon ältere – etwa 10-jährige – Kinder aus dem osteuropäischen Sprachraum zuziehen zu lassen, die unserer Einschätzung nach, noch keine Schule besucht haben. Weder kennen sie also die deutsche Sprache noch die Anforderungen, welche die Schule stellt. Diese Kinder ohne Unterstützung in eine Regelklasse einzuschulen, würde „selbst produzierte“ Schulversager entstehen lassen. Die Anna-Lindh-Schule hat deshalb mit Mitteln aus der Personalkostenbudgetierung eine Kollegin, die selbst einen Migrationshintergrund besitzt, angestellt, welche das „Willkommensband“ für Quereinsteiger betreut. In diesem Band werden die Kinder von ihr individuell außerhalb des Klassenverbandes betreut. Das

Erlernen von Grundkenntnissen der deutschen Sprache geht hier einher mit dem Kennenlernen der Schule und dem sozialen Umfeld derselben. Elterngespräche und Einbeziehung von Kooperationspartnern, etwa den entsprechenden Kulturvereinen, gehen hier Hand in Hand.

Wobei wir bei einer anderen Barriere, der kulturellen, angelangt wären. Wir müssen feststellen, dass sich die Vorstellung von Schule und ihren Aufgaben nach unserem Verständnis nicht immer mit Auffassungen anderer Kulturen deckt. Wir stellen sowohl Tendenzen fest, der Schule alle Aufgaben zu übertragen – die Schule wäre in diesem Kontext für die Bildung, aber auch für die Erziehung zuständig -, als auch die rigide Vorstellung davon, was Schule darf und was nicht, die speziell in fundamental-religiösen Kreisen zu finden ist. Dort wird auch teilweise eine kooperative Haltung mit Schwäche gleichgesetzt. Durch die Einstellung von Lehrpersonen und Erzieherpersonal mit Migrationshintergrund, bei gleichzeitiger Beteiligung kultureller Verbände und Repräsentanten, gelingt es der Schule zunehmend besser, die Teilhabe aller zu ermöglichen.

Die vielleicht größte Barriere bei der Teilhabe am schulischen Leben setzen sich diejenigen Kinder selbst, die mit einem großen Entwicklungsrückstand im Bereich der emotional-sozialen Entwicklung an den Schulen sind. Wir stellen fest, dass die Anzahl dieser Kinder ständig zunimmt und die Schulen vor große Probleme stellt. Beispielsweise treffen wir auf Kinder, die nicht warten können, bis sie dran sind, auf Kinder, die mit anderen nicht zusammen arbeiten können und auf Kinder, deren Aufmerksamkeit in wenigen Minuten erloschen ist. Für diese Kinder hat die Anna-Lindh-Schule in enger Kooperation mit Kollegen/-innen aus dem Bereich „Entwicklungstherapie/Entwicklungspädagogik“ (kurz: ETEP) ein tragfähiges Konzept erstellt, welches es den betroffenen Kindern und ihren Eltern ermöglicht, an selbstgestellten „Verhaltenszielen“ zu arbeiten. Im „Entwicklungspädagogischen Unterricht“ (kurz: EPU) arbeiten die Kinder temporär außerhalb des Klassenverbands mit speziell ausgebildeten Fachkräften an ihrer Entwicklung.

2.2 Teilhabe ermöglichen

Teilhabe ermöglichen bedeutet inklusive Praktiken zu entwickeln und zu etablieren, beschreibt also die didaktische Ebene der Inklusion. Wie muss die Schulpraxis gestaltet werden, wie müssen Lernarrangements organisiert und Ressourcen mobilisiert werden, um die Teilhabe zu ermöglichen?

Der adäquate Unterricht zeichnet sich durch einen hohen Grad an Individualisierung aus. Viele Phasen werden in Freier Arbeit, im Wochenplan oder in der Portfolioarbeit geleistet. Beispielsweise arbeiten unsere hochbegabten Kinder (die Schule unterrichtet etwa achtzig

dieser Kinder) in sogenannten „Expertenstunden“ auch temporär außerhalb des Klassenverbandes an Themen ihrer Wahl. Am einmal im Jahr veranstalteten „Expertentag“, können sie dann die Ergebnisse ihrer Arbeit einer breiteren Öffentlichkeit vorstellen. Das an der Schule praktizierte „Bezugserziehersystem“ ordnet die Mitarbeiter/-innen des Sozialpädagogischen Bereichs einer speziellen Klasse zu, die dann die Kinder sowohl am Vormittag während des Unterrichts pädagogisch unterstützen als auch am Nachmittag in der Phase der Arbeitsgemeinschaften und Angebote sozialpädagogisch begleiten.

In das Kinderparlament der Schule, welches mindestens einmal im Monat tagt, entsendet jede Klasse in der Regel zwei Parlamentäre. Hier lernen die Kinder sich auszutauschen, ihre Interessen zu formulieren, und sie merken, dass sie als Schüler/-innen wirklich ernst genommen werden. Hier sitzen also „Erstklässler“ mit „Sechstklässlern“ zusammen und arbeiten an Themen, die für sie und damit für die Schule relevant sind. Für die Arbeit des Parlaments gelten lediglich zwei Regeln: Es spricht immer nur Einer und bei Wortmeldungen erhält der Jüngste die erste Priorität. Gerade diese letztgenannte Regel stellt für manch einen der älteren Schüler eine nicht kleine Herausforderung dar. Eben zu warten bis er – endlich einmal – dran ist! Für unsere 6-Jährigen ist diese Regel aber wunderbar, so dass, wenn sie dies einmal begriffen haben, die kleinen Parlamentarier, eine große Chance erlangt haben, wahr genommen zu werden und sich in die Schule einzubringen. Wir erklären uns einen Teil unseres friedlichen Zusammenlebens im schulischen Alltag damit, dass sich die Schüler/-innen kennen- und schätzen gelernt haben. Sie konnten auch sehen und es persönlich erleben, dass unterschiedliche Meinungen und Auffassungen durchaus nebeneinander bestehen und eventuell auftretende Differenzen mit sprachlichen Mitteln angegangen werden können. An drei Beispielen möchte ich die Arbeit des Kinderparlaments noch einmal beleuchten.

Auf Wunsch des Parlaments veranstaltete die Schule „Anna-Lindh-sucht-den-Superstar“. Nun muss man diese „Superstar-Suche“ im Fernsehen nicht mögen, aber es war sehr beeindruckend zu sehen, wie anfänglich über 20 Kinder ihre Fähigkeiten und ihr Können trainiert und in eine Bühnentaugliche Form gebracht haben. Die Übungsphasen vor, während und nach dem Unterricht waren äußerst intensiv und ausdauernd. Gewonnen hat diesen Wettbewerb übrigens ein Schüler mit Migrationshintergrund als „Break-Dancer“. Lange Wochen danach war er immer noch als Superstar an der Schule präsent.

Ein sehr öffentlichkeitswirksames Projekt des Kinderparlaments war eine Demonstration vor der Schule wegen der zunehmenden Tendenz einiger Eltern, ihre Kinder mit dem Auto bis zur Schule zu fahren, dieses dort stehen zu lassen, um ihre Kinder zum Klassenraum zu begleiten. Wenn Sie sich etwa fünfzig dieser motorisierten Eltern am Morgen zwischen 7.45 Uhr und 8.00 Uhr vor der Schule in einer schmalen Straße vorstellen, können Sie das

Chaos erahnen. Dies führte auch zur Gefährdung einzelner Schüler durch rücksichtsloses Fahren einzelner Eltern und wurde Thema im Parlament. In Kooperation mit der zuständigen Polizei wurde ein Elternbrief verfasst und an einem Morgen ab 7.30 Uhr an die entsprechenden Eltern verteilt. Die Schülerschaft war mit etwa 250 Schülern vertreten. Manch ein Vater und manch eine Mutter fuhren sehr nachdenklich nach Hause. Über einen langen Zeitraum war eine erkennbare Mäßigung der Eltern zu beobachten.

Als sich das Kollegium der Schule an einem Studientag mit dem Thema „Inklusion und Schulentwicklung“ beschäftigen wollte, war eine Abordnung des Kinderparlaments eingeladen um die Wünsche der Kinder in diese Arbeit einzubringen. Das Parlament hatte in Vorbereitung auf diesen Studientag einen Vormittag im Rahmen einer Zukunftskonferenz mit der Ausarbeitung und Formulierung ihrer Wünsche und Ideen zugebracht. Und die Wünsche der Kinder fanden auch Eingang in die weitere Schulentwicklung, etwa mit Ideen zu mehr Blockunterricht – also der Aufhebung der starren 45-Minuten-Sequenzen -, zu vermehrten und anderen Spielformen im Rahmen des Schultages und ebenso zu anderen Pausen- und Essenszeiten. Gelebte Teilhabe, gelebte Demokratie!

2.3 Eine Haltung zu Inklusion entwickeln

Eine Haltung zu Inklusion zu entwickeln heißt, Menschen als gleichwertig zu behandeln, Strukturen an individuelle Voraussetzungen anzupassen sowie Selbst- und Mitbestimmung als unteilbares Menschenrecht anzuerkennen (so etwa nachzulesen in: www.muenchner-trichter.de).

Ohne eine entsprechende Haltung, speziell der beteiligten Erwachsenen, wird es nicht gehen. Vorbehalte sind leicht zu formulieren und „Unmöglichkeiten“ immer schnell zur Hand. Aber der weiter oben genannte „Menschenrechts-Ansatz“ im Verbund mit gelebter Nächstenliebe würde ausreichen. Eine Haltung zur Inklusion zu entwickeln heißt also, inklusive Kulturen aufzubauen. Dies bezieht sich auf die Gestaltung des Zusammenlebens, die wechselseitigen Respekt und wechselseitige Anerkennung beinhalten, ebenso wie Achtsamkeit auf sich selbst und andere. Dies wäre die Ebene des gemeinsamen Selbstverständnisses.

Die Anna-Lindh-Schule zeichnet sich durch eine hohe Erwartungshaltung an alle Beteiligten aus. Für die Schüler/-innen bedeutet dies unser Credo: „Zeig uns, was du kannst“. Es beinhaltet sowohl kognitive Anforderungen (Lernen) als auch emotional-soziale Komponenten (Verhalten). Unser Schulchor integriert beide Anforderungen und Erwartungen. Miteinander zu singen geht mit dem Lernen der Lieder und Texte und der gegenseitigen Achtung und Rücksichtnahme, aber auch der nötigen Unterstützung einher. Alle zwei Jahre veranstalten zwei Lehrer/-innen ein sogenanntes Rockkids-Musical. Eine

Klasse lernt in zwei Jahren Instrumente für Rockmusik zu spielen, Choreographien zu entwickeln und zu tanzen, ein Stück zu bearbeiten, Rollen zu entwickeln und auszugestalten und dies dann etwa zwanzig Mal – in der Regel vor ausverkauftem Hause bei 450 Sitzplätzen – aufzuführen. Ohne eine entsprechende Haltung aller Beteiligten wäre dies nicht möglich.

2.4 Ressourcen beschaffen

Ressourcen beschaffen heißt, inklusive Praktiken in ihrem Aufbau zu unterstützen, zu sichern und zu evaluieren. Dies ist die programmatische, die ressourcenorientierte Ebene. Auf dieser Ebene geht es um die Etablierung von Unterstützungssystemen, welche sowohl die materielle Unterstützung etwa im Bereich der Ausstattung der Schule und des Sponsorings, als auch die ideelle Dimension der Fortbildung, der Beratung und der Supervision beinhaltet. Geld und Einsatz werden auf dieser Ebene eins.

Womit wir bei dem nach meiner Einschätzung größten Problembereich angekommen sind. Und ich spreche hier nicht von den materiellen Mitteln, dem profanen Geld, sondern von der mächtigsten Ressource, die zu finden wäre, nämlich den Eltern und Erziehungsberechtigten! Während sich die Schule durch den Einsatz von Mitteln aus der Personalkostenbudgetierung, der Fort- und Weiterbildung des pädagogischen Personals, der Teilnahme an Wettbewerben, der Mitarbeit in Kulturvereinen und der Kooperation mit diversen Verbänden und Vereinen (etwa der Karg-Stiftung, dem Elternverein Pfiffikus) auf die Suche nach Ressourcen begibt, lässt sich dies bei großen Teilen der Elternschaft nicht finden, etwa wenn der Förderverein unserer Schule bei weit über 700 Schülern lediglich etwa fünfzig Aktivisten als Mitglieder ausweist.

Charakteristisch lassen sich zwei Elterntypen ausweisen. Da wären zuerst die auch in der Öffentlichkeit hinreichend bekannten „Helikopter-Eltern“, die Eltern also, denen das Wohl ihres Kindes, aber auch nur ihres Kindes, über alles geht. Sie begleiten ihr Kind „hautnah“ durch den ganzen Tag, also auch den Schultag. Ihr Kind muss optimal gefördert werden, diverse zusätzliche Angebote wahrnehmen können und natürlich auch von einigen Nachmittagsstunden befreit werden, weil dort andere – „höherwertige“ – Aufgaben, etwa das Erlernen des Geigenspiels oder das Tischtennispielen, im Fokus stehen.

Den anderen erkennbaren Elterntypus stellen die „Vogel-Strauß-Eltern“ dar. Diese Eltern sind nie in der Schule zu finden, sie kümmern sich um nichts und sie kooperieren natürlich auch nicht. Sie geben ihr Kind an der Schultüre ab und verlassen sich darauf, dass die Schule schon alles regeln wird. Und wehe, wenn nicht!

Zwischen diesen beiden „Idealtypen“ lassen sich viele Zwischenstadien an Elterntypen ausmachen. So oder so! Wenn die Eltern nicht hinter der inklusiven Schulentwicklung stehen und diese unterstützen, wird der Weg dorthin noch steiniger als er schon ist.

Inklusion lebt von der Haltung aller Beteiligten, Teilhabe zu ermöglichen, Barrieren abzubauen und dafür auch die nötigen Ressourcen, sowohl die materiellen als auch die ideellen, bereit zu stellen, gar sie zu erarbeiten oder einzubringen.

Auch wenn das hehre Ziel noch weit entfernt ist, sind wir doch in der Lage, erste Schritte dahin zu gehen, um dann immer weiter voran zu schreiten.

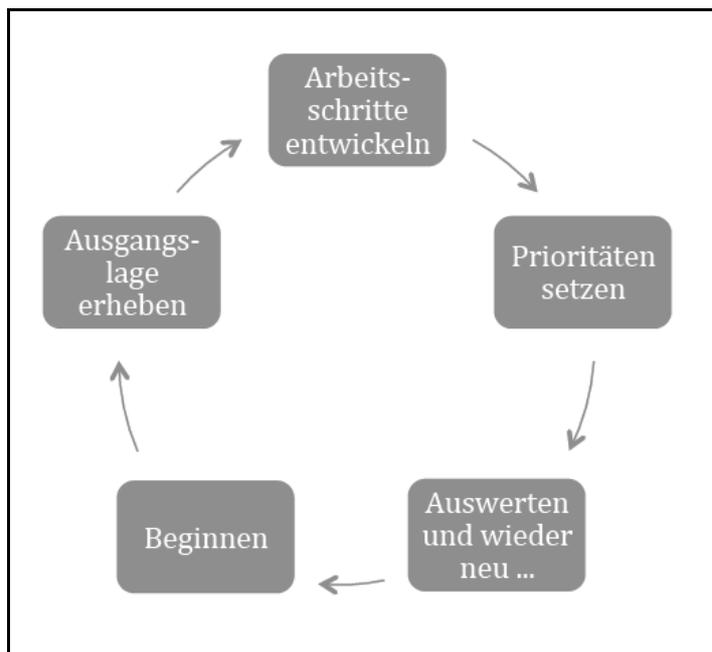


Abb.2: Inklusion als Prozess

Hinweis:



Die Präsentation zu diesem Vortrag finden Sie auf www.daj.de unter der Rubrik Fortbildung 2013.

Literatur

Bartnitzky, H. u.a. (2009): Kursbuch Grundschule. Frankfurt a.M. Grundschulverband

Boban, I., Hinz, A. (2003): Index für Inklusion. Lernen und Teilhabe in der Schule der Vielfalt entwickeln. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Inklusion in Schulalltag und Gruppenprophylaxe – so kann´s gehen!

Beitrag 2: Bianca Jüng / Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V.

In dieser praktischen Einheit erfuhren die Fortbildungsteilnehmer, wie Inklusion im Mundgesundheitsunterricht der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in einem Schulalltag funktionieren kann, der von den äußeren Gegebenheiten her nicht unbedingt den Idealvorstellungen von Inklusion entspricht. Sie tauchten ein in die Welt der pädagogischen Prophylaxe der LAG Berlin.

Zur Inklusion gehören alle Beteiligten. Folglich wurde mit dem „Sich-Einbringen“ der Gruppenprophylaxe-Fachkraft in die Unterrichtssituation begonnen. Wenn einem hierbei Kroko als Stütze zur Seite steht, kann eigentlich gar nichts schiefgehen, insbesondere wenn Kroko mit dem Zahnputz-Rap aufgeweckt wird (s. folgende Seite).

Die Seminarteilnehmer meldeten zurück, dass sie sich in der Seminarsituation direkt angesprochen fühlten. Ein wunderbares Beispiel dafür, wie der Funke der Inklusion „überspringen“ kann. Die Seminarteilnehmer erlebten im Prinzip dasselbe wie die Kinder in der Unterrichtssituation (s. Foto).

Auf dieselbe Weise wurden das „Mundhöhlenspiel“ sowie das „Tücherspiel“ präsentiert. Letzteres war ein praktisches Beispiel dafür, wie auch Multiplikatoren „inkludiert“ werden können.



Zahnputzlied

Zahnputzrap / Zahnputztanz

Text	Pantomimische Bewegungen
Morgens, wenn ich früh aufsteh, dusch ich mich von Kopf bis Zeh, die Zeit ist knapp, ich such mein Hemd, der Reißverschluss der Hose klemmt.	Wir recken und strecken uns, pantomimisch duschen, wir tippen auf die Uhr am Handgelenk, Hosenreißverschluss hochziehen.
Das Frühstück schmeckt, da fällt mir ein: Zähneputzen muss noch sein!	Den Bauch reiben, an die Stirn tippen, pantomimische Zahnputzbewegungen.
Ich putze rechts, ich putze links	Wir drehen uns mit dem ganzen Körper zuerst nach rechts und dann nach links, bücken uns nach unten und strecken uns nach oben, dabei führen wir pantomimische Zahnputzbewegun- gen durch.
ich putze unten, ich putze oben	Zum Schluss strecken wir unsere Faust mit ausge- strecktem Daumen nach vorne.
Hey cool, das ist doch zu loben.	
Nach der Schule geh ich heim, da fallen mir tausend Dinge ein, Computerspielen, den Müll raustragen Fußball spielen und Hausaufgaben.	Pantomimisches Gehen, Stirn antippen, pantomimisch darstellen, pantomimisch darstellen pantomimisch darstellen
Doch, nach dem Essen fällt mir ein: Zähneputzen muß noch sein!	Stirn antippen, Zahnputzbewegungen darstellen.
Ich putze rechts, ich putze links	Wir drehen uns mit dem ganzen Körper zuerst nach rechts und dann nach links, bücken uns nach unten und strecken uns nach oben, dabei führen wir pantomimische Zahnputzbewegun- gen durch.
ich putze unten, ich putze oben	Zum Schluss strecken wir unsere Faust mit ausge- strecktem Daumen nach vorne.
Hey cool, das ist doch zu loben.	
Abends dann, höre ich mit Power Music an! Mutter drückt den Leiseknopf, sonst gibt es mit den Nachbarn Zoff.	Hände an die Ohren, mit dem Daumen drücken, eine Faust zeigen.
Doch vor dem Schlafen fällt mir ein: Zähneputzen muss noch sein!	Kopf auf beide Hände betten, Zahnputzbewegungen
Ich putze rechts, ich putze links	Wir drehen uns mit dem ganzen Körper zuerst nach rechts und dann nach links, bücken uns nach unten und strecken uns nach oben, dabei führen wir pantomimische Zahnputzbewegun- gen durch.
ich putze unten, ich putze oben	Zum Schluss strecken wir unsere Faust mit ausge- strecktem Daumen nach vorne.
Hey cool, WIR sind doch zu loben.	

Workshop 1

Kinder und Jugendliche mit geistiger oder mehrfacher Behinderung in der Gruppenprophylaxe

Dr. Guido Elsäßer / Referent für Behindertenzahnheilkunde der LZK Baden-Württemberg

Silvia Reichmann (DH) / Praxisanleiterin Zahnpflege bei Menschen mit Unterstützungsbedarf

Kurzbeschreibung des Workshops

Geistig und mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche besitzen ein erhöhtes Kariesrisiko. Behandlungen sind oft mit sehr hohem Aufwand (z.B. Narkose) verbunden. Es sollten daher alle Möglichkeiten der Kariesprophylaxe ausgeschöpft werden.

Die Referenten haben häufig gestellte Fragen zur Zahnpflege und zur Zahngesundheit von Eltern, Erziehenden und Lehrenden zusammengestellt. Im Workshop wurden anhand von Fallbeispielen konkrete Antworten und Strategien erarbeitet, wie die Zahn- und Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung möglichst lebenslang erhalten werden kann.

Die UN-Behindertenrechtskonvention wurde 2009 von Deutschland ratifiziert ¹. Der Artikel 25 der Behindertenrechtskonvention fordert „eine Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von der selben Qualität und auf dem selben Standard wie für andere Menschen“ und „Gesundheitsleistungen, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden.“

In einem Übersichtsartikel, der 8 aktuelle deutsche Studien zur Zahn- und Mundgesundheit bei Menschen mit Behinderung berücksichtigt, fasst der Autor das Ergebnis für 12- bis 13-Jährige wie folgt zusammen: „In der Allgemeinbevölkerung fehlen bei 12-Jährigen auf Grund von kariösen Defekten im Durchschnitt 0,02 bzw. 0,04 bleibende Zähne [...]. Bei Kindern mit geistiger Behinderung beträgt dieser Wert 0,1 bis 1,0. Dies bedeutet eine Steigerung um das 5- bis 25-fache. Daneben zeigen die Daten, dass die mittlere Zahl der Zähne mit kariösen Defekten bei Kindern mit Behinderung mindestens doppelt so hoch ist wie in der Allgemeinbevölkerung [...]“ (Nitschke & Schulte 2012). Jedoch darf daraus nicht abgeleitet werden, dass das Vorliegen jeder Art von Behinderung automatisch zu einer Benachteiligung

¹ www.behindertenbeauftragter.de

der Mund- und Zahngesundheit der betroffenen Personen führt (DGZMK 2012). Die Ursachen liegen primär in den Defiziten von vielen Menschen mit Behinderung, eine eigenverantwortliche zahnmedizinische Vorsorge betreiben zu können. Häufig sind es motorische und/oder kognitive Einschränkungen, die die häusliche Zahnpflege erschweren. Selbstdiagnose, Selbstvorsorge und Selbstkontrolle sind nur unzureichend möglich. In vielen Fällen können Schmerzen einfach nicht mitgeteilt werden, so dass Behandlungsbedarf erst spät erkannt wird und notwendige Behandlungen sich verzögern. Diese Defizite können und müssen durch professionelle Interventionen in der Gruppenprophylaxe und in den Praxen ausgeglichen werden. Schon im Kindesalter müssen Menschen mit Behinderung an die häusliche Zahnpflege und regelmäßige Zahnarztbesuche gewöhnt werden. Behandlungen von Menschen mit Behinderung sind häufig sehr aufwendig und mühsam. Herausnehmbarer Zahnersatz wird oft nicht toleriert. Zahnmedizinischen Präventionsmaßnahmen sollten daher lebenslang erfolgen. Menschen mit Behinderung haben inzwischen eine gute Lebenserwartung²: Zum Beispiel ist die Lebenserwartung von Menschen mit Down-Syndrom von 9 Jahren im Jahr 1929 auf 60 Jahre im Jahr 2004 gestiegen.

Im aktuellen Teilhabebericht der Bundesregierung wird Behinderung nicht nur als das Ergebnis eines persönlichen Defizits angesehen, sondern Menschen mit Behinderung werden auch durch Barrieren am selbstbestimmten Leben und an der gesellschaftlichen Teilhabe behindert.³ Dies gilt leider auch für viele Gesundheitsleistungen. Lebenslange professionelle zahnmedizinische Präventionsmaßnahmen werden bis heute dieser Patientengruppe vorenthalten.

Down-Syndrom: Beim Down-Syndrom ist das Chromosom 21 dreifach vorhanden (Trisomie 21). Die Bezeichnungen „Morbus Down“, „Trisomie 21“ oder „Mongoloismus“ sollten nicht mehr verwendet werden. Herzfehler treten gehäuft auf. Es muss ggf. vor invasiven zahnärztlichen Eingriffen eine Endokarditisprophylaxe vorgenommen werden. Auch ist häufig das Immunsystem anfälliger, weswegen chronische Atemwegsinfektion vorliegen. Es liegt schon im Alter ab 27 Jahren ein erhöhtes Parodontitisrisiko vor, was ebenfalls mit der veränderten Abwehrsituation in Zusammenhang gebracht wird (Chichon & Klar 2004). Die mit viel Bindegewebe durchzogene Zunge erscheint vergrößert und wurde früher häufig operativ verkleinert. Heute wird mit logopädischen Übungen und kieferorthopädischen Geräten (z.B. Castillo-Morales-Therapie) die Zungenmuskulatur und periorale Muskulatur trainiert und ein Mundschluss angestrebt. Zahnunterzahlen kommen gehäuft vor. Die Kiefer,

² www.kvjs.de/forschung/lebensqualitaet-seniorinnen-mit-wesentlicher-behinderung.html

³ www.bmas.de

insbesondere die Oberkiefer, sind sehr klein, so dass gehäuft Kreuzbissituationen zu beobachten sind.

Die Zähne selbst sind meist kleiner und daher weniger als Pfeiler- oder Stützzähne für Zahnersatz geeignet. Kinder mit Down-Syndrom sind in ein enges lebenslanges Recall einzubinden.

Kinder mit infantiler Cerebral-Parese (ICP): Aufgrund von frühkindlichen Hirnschädigungen liegen bei ICP-Kindern Störungen des Nervensystems vor, die besonders in einer gestörten willkürlichen Motorik zum Ausdruck kommen. Auch Schluckstörungen treten häufig auf, was zu ständigem Speichellaufen führt kann. Oft besteht auch eine erhöhte Aspirationsgefahr.

Kindern mit Epilepsie: Epilepsie tritt häufiger bei Menschen mit geistiger Behinderung auf als bei Menschen ohne geistige Behinderung. Es wird häufig gefragt, ob elektrische Zahnbürsten Anfälle auslösen und daher kontraindiziert wären. In der Literatur ist darüber nichts zu finden. Den Referenten ist kein Fall bekannt, wo die elektrische Zahnbürste einen Anfall ausgelöst haben könnte. Selbst die Arbeit mit dem Zahnsteinentfernungsgerät (ZEG) induziert keine Anfälle. Selten werden in der Epilepsitherapie noch Hydantoin-Abkömmlinge eingesetzt, die massive Gingivawucherungen und damit Pseudotaschen verursachen können.

Schwerstpflegebedürftige Kinder: Auch bei Kindern im Wachkoma oder Kindern im präfinalen Stadium, sollte eine angepasste Mundhygiene durchgeführt werden. Ausgetrocknete Mundschleimhaut brennt und bietet Eintrittspforten für Infektionen. Ständig eingeatmete pathogene Mundkeime können sogenannte Aspirationspneumonien auslösen (=Lungenentzündung). Ist der Schutzreflex Husten herabgesetzt, besteht ein erhöhtes Aspirationsrisiko. Das heißt, Speisebrei oder auch Getränke können teilweise in die Luftröhre und die Bronchien gelangen und dort eine Lungenentzündung auslösen. Um dem vorzubeugen, werden Sonden gelegt. Bei der Nasensonde wird ein Schlauch durch die Nase an der Rachenhinterwand entlang durch die Speiseröhre bis in den Magen gelegt. Das Essen wird dann per Infusion oder großer Spritze direkt in den Magen appliziert. Bei der PEG-Sonde (perkutane endoskopische Gastrostomie) wird eine Sonde durch die Bauchdecke in den Magen gelegt. Obwohl ein Großteil der Nahrung so die Zähne nicht mehr berührt und somit auch kein Kariesrisiko mehr besteht, da kein Substrat (Zucker) mehr an die Zahnoberflächen gelangt, ist eine gewissenhafte Zahn- und Mundhygiene trotzdem notwendig. Zum einen erhalten die Patienten häufig noch Geschmacksanreize z.B. wenige

Löffel Joghurt oder Getränke, und zum anderen kippt eine physiologische Mundflora bei Unterlassung der Mundhygiene. Pathogene Keime können Aspirationspneumonien auslösen, Infektionen an der Mundschleimhaut und Mundgeruch.

Fluoridierungsmaßnahmen

Fluoridierungsmaßnahmen sollten konsequent durchgeführt werden. Kontraindikationen gibt es allerdings für bestimmte Applikationsformen. Werden Fluoridtabletten empfohlen, sollte gewährleistet sein, dass diese auch einige Zeit in der Mundhöhle verbleiben, bevor sie geschluckt werden. Wir empfehlen routinemäßig keine Fluoridtabletten. Als systemische Fluoridierungsmaßnahme ist fluoridiertes Speisesalz besser geeignet. Zu beachten ist allerdings, dass Großküchen kein fluoridiertes Speisesalz verwenden dürfen, so dass Kinder beim Schulessen und in Behindertenwohneinrichtungen keine systemische Fluoridierung bekommen. Daher kommt der regelmäßigen lokalen Fluoridierung eine wichtige Bedeutung zu. Wie in den Empfehlungen beschrieben, sollte spätestens ab dem ersten Zahndurchbruch mit der mechanischen Zahnpflege mit Kinderzahnpaste begonnen werden. Die Umstellung von einer Kinder- auf eine Erwachsenenzahnpaste sollte ebenso mit Beginn des Schulalters erfolgen, außer das Kind hat einen sehr späten Zahnwechsel. Wenn die Kinder (noch) nicht ausspucken, kann trotzdem auf eine höhere Fluoridkonzentration umgestellt werden, da die Schmelzbildung der Zähne im sichtbaren Bereich abgeschlossen ist und kleine Dentalfluorosen im Seitenzahnbereich toleriert werden könnten. Gute Akzeptanz finden Jugendzahnpasten wegen des neutralen Geschmacks. Nach guter Instruktion der Eltern und/oder Erzieher kann im Schulalter auch mit dem Einbürsten von Fluoridgelees begonnen werden. Fluoridhaltige Mundspüllösungen empfehlen wir für Kinder und Jugendliche mit Behinderung nicht.

Als professionelle Maßnahmen sollten im Rahmen von gruppenprophylaktischen Besuchen und bei regelmäßigen Zahnarztbesuchen (alle 3-6 Monate) ein Fluoridlack aufgetragen werden.

Kommunikation

Menschen mit geistiger Behinderung erleben Situationen viel stärker emotional geprägt als Menschen ohne Behinderung. Daher gilt es, einen emotional geprägten Zugang aufzubauen. Stimmlage, Körpersprache, Mimik sind viel wichtigere Instrumente als sachliche Argumente. Wichtig ist, mit den Kindern direkt zu kommunizieren, auf sie einzugehen und nicht nur mit den Eltern/Erziehern/Lehrern zu sprechen. Kalendarisches und geistiges Entwicklungsalter

differieren. Kinder mit geistiger und mehrfacher Behinderung zeigen eine langsamere Entwicklung oder auch Stagnation im geistigen, emotionalen und sozialen Bereich (Senckel 1994).

Zahnbürsten

Als Grundsatz gilt: Keep it simple. Wir empfehlen Zahnbürsten und andere Zahnputzutensilien, die es überall zu erwerben gibt. Alle speziellen Dinge, die womöglich nur aus dem Ausland zu beziehen sind, werden auf Dauer nicht verwendet.

Es gelten die allgemein bekannten Kriterien für eine gute Kinderzahnbürste. Geschickt sind Kinderzahnbürsten mit einem langen Griff. Die Dreikopfzahnbürste ist geeignet für Kinder, bei denen die Zahnpflege vollständig von einer betreuenden Person übernommen wird. Sie ist - besonders im Wechselgebiss - nicht einfach in der Handhabung. Elektrische Zahnbürsten sind sehr gut geeignet, da sie die feinmotorischen Bewegungen übernehmen. Anpressdrucksteuerung und Zeitsignale sind sinnvolle Eigenschaften moderner elektrischer Zahnbürsten.

Ergänzende Zahnputzmittel

Zahnputzuhren sind eine sinnvolle Hilfe. Sowohl die Kinder als auch die Eltern/Erzieher/Lehrer haben eine visuelle Kontrolle über die Putzdauer. Putzen ältere Kinder alleine und schrubben zu stark, ist eine sehr weiche Zahnbürste mit vielen Borsten zu empfehlen. Von Tepe® gibt es Griffverbreiterungen aus hygienischem Kunststoff, die über den Zahnbürstengriff geschoben werden können. Kinderzahnseide wäre zwar wünschenswert, wird aber nur von wenigen Eltern konsequent angewandt.

In speziellen Fällen kann für die Zahnreinigung zwischendurch oder zur Entfernung von großen Speiseresten eine Fingerzahnbürste aus Mikrofasergewebe sinnvoll sein. Im Kinderbereich eher selten anzutreffen sind hartnäckige Zungenbeläge (Borken), die mit Zungenreinigern zu entfernen sind.

Bei Kindern mit sehr hohen und schmalen Gaumenbögen sollten diese regelmäßig mit einem angefeuchteten Tupfer, der auf einer Klemme befestigt wird, gereinigt werden. Die Handhabung muss aber von einer in der Pflege von Schwerstpflegebedürftigen erfahrenen Fachkraft gezeigt werden.

Zahnpasten

Alle fluoridierten handelsüblichen (Kinder-)Zahnpasten sind geeignet. Die Juniorzahnpasten finden eine gute Akzeptanz, da ihr Geschmack nahezu neutral ist. Ungeeignet sind abrasive

Erwachsenenzahnpasten. Wird die Zahnpflege übernommen, besteht die Gefahr, dass mit zu großem Druck geputzt wird. Auch können viele Menschen mit Behinderung nur schrubbten.

Für schwerstpflegebedürftige Kinder kann auch eine flüssige Zahnpasta eingesetzt werden.

Tägliche Zahnpflege

Es gibt nur wenige Kinder mit Behinderung, die wirklich gut Zähneputzen können. Das Anfärben der Zähne nach dem Zähneputzen zeigt meist ernüchternde Ergebnisse. Deshalb muss in aller Regel immer nachgeputzt werden. Behinderte Kinder lernen viel durch Imitation. Gerade in Inklusionklassen bietet es sich an, gemeinsam die Zähne zu putzen. Phantasievolle Vergleiche aus dem Lebensumfeld und der Interessenwelt der Kinder eignen sich zur Motivation. „Deine Zähne fahren jetzt wie ein Auto durch die Autowaschstraße.“ „Wir wischen jetzt die Wölkchen von den Zähnen weg.“ Die Kreisbewegungen lassen sich z.B. durch Malübungen einüben. Wichtig ist, das Zähneputzen immer in der gleichen Abfolge ablaufen zu lassen. Zuerst wird Wasser in den Becher gegeben, er wird immer an der gleichen Stelle abgestellt, dann wird Zahnpasta auf die Bürste aufgetragen. Zähneputzen muss ritualisiert werden.

Keinesfalls darf von vorn „gestochert“ werden. Dabei ist keinerlei Kontrolle über den Putzdruck und keine Überblick über die schon gereinigten Zahnflächen möglich. Auch ist die Verletzungsgefahr nicht unerheblich. Idealerweise steht man leicht versetzt hinter dem Kind. Man achtet darauf, dass alle Zähne und Zahnflächen erreicht werden. Nachdem das Kind geputzt hat, wird grundsätzlich nochmals nachgeputzt. Dies kann bei Kindern mit Behinderung oft lebenslang notwendig bleiben.

Das Nachputzen geschieht nach einem festen Schema. Der Putzende steht leicht versetzt hinter dem Kind. Der Kopf des Kindes wird durch den linken Arm gestützt. Zunächst werden die Außenflächen des 2. Quadranten geputzt. Dann erfolgt die Reinigung der Außenfläche des 3. Quadranten. Danach der 4. Quadrant, und am Ende der ersten Runde sind die Außenflächen der Zähne im 1. Quadranten an der Reihe. Es wird mit kleinen rüttelnden oder kreisenden Bewegungen geputzt. Mit der elektrischen Zahnbürste wird die gleiche Reihenfolge eingehalten.

Nun erfolgt die zweite Runde. Die Innenflächen werden ebenfalls in der Folge 2.-3.-4.-1. Quadrant geputzt. Am Ende darf über die Kauflächen „geschrubbt“ werden. Wir empfehlen nicht die KAI-Methode. Wichtig ist, dass alle Beteiligten nach dem gleichen Schema putzen. Ritualisiertes Zähneputzen ist bei Menschen mit Behinderung von großer Wichtigkeit. Ob

nun die Zahnpasta ausgespült oder nur ausgespuckt wird, ist unseres Erachtens unerheblich. Große Kinder und Jugendliche setzt man auf einen Stuhl oder auf den Boden.

Wenn das Kind mit den Armen ständig die Putzbemühungen abwehrt, kann das Kind vor einen Stuhl auf den Boden gesetzt werden. Der Putzende sitzt auf den Stuhl und nimmt den Kopf zwischen die Knie. Die unruhigen Arme werden hinter die Beine des Putzenden geklemmt. Ein gesungenes Lied wirkt stets beruhigend.

Es muss nicht unbedingt zwingend nach dem Frühstück und vor dem Zu-Bett-gehen geputzt werden. Vielleicht klappt es besser am Nachmittag. Evtl. kann der Oberkiefer geputzt werden, bevor abgebrochen werden muss. Dann kann am nächsten Tag mit dem Unterkiefer begonnen werden.

Grundsätzlich gilt, dass Penetranz, das heißt regelmäßiges Zähneputzen, zielführender ist als zu viel Zwang. Zähneputzen muss nicht von heute auf morgen perfekt klappen. Oft vergehen viele Jahre, bis eine adäquate Zahnpflege möglich ist. Und wenn die Zahnreihen geschlossen bleiben können wenigstens die Außenflächen der Zähne gereinigt werden, und Fluoride gelangen in die Mundhöhle. Bei schwerstpflegebedürftigen Kindern mit erhöhtem Aspirationsrisiko hat sich eine Absaugzahnbürste (Plakvac®), die an ein Absauggerät angeschlossen werden kann, bewährt. Mit dieser kann geputzt und gleichzeitig abgesaugt werden.

Motivation von Eltern/Erziehern/Lehrern

Häufig erreicht man die Betreuenden über deren eigene „Zahngeschichten“. Wer schon einmal Zahnschmerzen hatte, weiß wie wichtig gesunde Zähne sind. Warum sollte man das Recht auf gesunde Zähne einem behinderten Kind vorenthalten?

Betreuende sollten zu Mitstreitern gemacht werden. Ihnen muss verdeutlicht werden, dass regelmäßige Zahnpflege nur Vorteile bringt: Schmerzfreiheit, kein Mundgeruch, weniger Behandlungsaufwand, Spaß am Essen, soziale Wirkung von Zähnen, kein Zahnersatz, seltener Narkosen.

Bei Mundhygienedefiziten sollte Kritik stets ehrlich, konkret (keine pauschalen Verurteilungen) und konstruktiv erfolgen. Selbstverständlich zeigen wir Verständnis für Zeitmangel und Personalnot. Oft genügt schon der Hinweis, dass nicht zwangsweise nach dem Frühstück und vor dem ins Bett gehen die Zähne geputzt werden müssen. Bei knapper Zeit kann auch ein ausführliches Zähneputzen am Nachmittag in entspannter Situation durchgeführt werden. Anweisungen sollten einfach und nachvollziehbar sein (keep it simple). Von Vorteil sind schriftliche Anweisungen oder Empfehlungen.

Zahnarztsuche

Zunächst sollte der Hauszahnarzt Ansprechpartner sein. Vielerorts gibt es inzwischen Kinderzahnärzte. Alle Landes Zahnärztekammern haben Referenten für Behindertenzahnheilkunde benannt, die Praxen und Zentren vermitteln können, die auf die Behandlung von Kindern mit Behinderung eingerichtet und eingestellt sind.

Zahnärztliche Behandlung

In jeder Praxis sollte es selbstverständlich sein, behinderte Kinder zu behandeln. Hat man das Vertrauen des Kindes gewonnen können auch oft sehr schwer behinderte Kinder im Wachzustand behandelt werden. Für Kinder, die über die notwendigen kognitiven Fähigkeiten verfügen, bieten sich auch Verfahren aus der Hypnose an. Lachgassedierung sind bei Menschen mit geistiger Behinderung kontraindiziert. Medikamentöse Sedierungen sind nur nach Absprache mit dem behandelten Kinderarzt angezeigt und führen oft nicht zum gewünschten Ergebnis.

Ambulante Narkosen sind heute in vielen Bereichen der Medizin etabliert. Die Narkoseindikation kann und darf der Zahnarzt stellen. Allerdings sollten – auch aus rechtlichen Gründen – zuvor ein oder mehrere Behandlungsversuche misslungen sein. Narkosen bei (behinderten) Kindern sind besonders kritisch abzuwägen. Kinder mit Narkoserisiken sollten besser in einem stationären Umfeld behandelt werden.

Literatur

Cichon P. & Klar S. (2004): Therapie marginaler Parodontitiden bei Patienten mit Morbus Down. Quintessenz 55,9,1001-1006

DGZMK (2004): Grundsätze bei der zahnärztlichen Behandlung von Personen mit Behinderungen, Stellungnahme

Nitschke, I. & Schulte A. (2012): Zur Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen in Deutschland – eine systematische Übersicht (Review) auf der Grundlage aktueller Einzelstudien (2000–2012), Universität Heidelberg

Senckel B. (1994): Mit geistig Behinderten leben und arbeiten, Beck, München

Workshop 2

Binnendifferenzierung in inklusiven Schulen – Übertragung auf die Gruppenprophylaxe

Karin Kress, Kommunikations- und Methodentrainerin / Lehrerakademie Querenburg-Institut

Kurzbeschreibung des Workshops

Binnendifferenzierung heißt vor allem, die vorhandenen Unterschiede in einer Gruppe für ein gemeinschaftliches Lernen gewinnbringend zu nutzen. Im Laufe dieses Workshops nähern wir uns folgenden Fragen an: Wie vermittele ich Inhalte in einer Gruppe von Kindern oder Jugendlichen, die sich in ihrer Auffassungsgabe unterscheiden? Mit welchen Methoden der Binnendifferenzierung kann ich die unterschiedlichen Lernfähigkeiten der Kinder auffangen? Wie kann ich Kinder unterstützen, die in ihrer Wahrnehmung oder Bewegungsfähigkeit eingeschränkt sind?

Dabei spielt nicht nur eine Rolle, dass ich mit den Schülern methodisch unterschiedlich arbeiten muss, sie müssen das Wissen über Mundhygiene und zahngesunde Ernährung auch in ihre unterschiedlichen Lebensbezüge übertragen. In diesem Methodenseminar werden die verschiedenen Formen der gelenkten und natürlichen Binnendifferenzierung vorgestellt und in ihren Anwendungsbereichen im Bezug auf die Inklusion reflektiert.

Dabei werden den Teilnehmenden Methoden aus dem schulischen Unterricht als Ausgangsbasis vorgestellt, um eigene Konzepte zur Gestaltung differenzierter Lerneinheiten in der Gruppenprophylaxe zu entwickeln.

Schulische Inklusion

Um den gemeinsamen Unterricht als Lernanlass verarbeiten zu können, brauchen alle Kinder einen guten Rahmen, der nicht von überfüllten engen Klassen geprägt ist und bis an die Grenzen belasteten Lehrerinnen und Lehrern gehalten werden muss.

Wenn wir von Inklusion sprechen, bezieht sich das auf so unterschiedliche Fragestellungen wie einerseits den Ausbau von Schulgebäuden und Lehrmitteln für Kinder und Jugendliche mit körperlichen Einschränkungen, über das zieldifferente Unterrichten von Kindern mit erheblichen Lern- und Konzentrationsschwierigkeiten gemeinsam mit lernstarken Kindern, bis hin zu der Frage, wie auch Kinder mit Mehrfachbehinderung an einer Regelschule

unterrichtet werden können. Vielfalt ernst zu nehmen heißt auch, die Schulen so zu verändern, dass sie schrittweise immer besser auf die unterschiedlichen Bedarfslagen ihrer Schüler eingehen können. Kinder, bei denen man davon ausgeht, dass sie mit ihren kognitiven Fähigkeiten den Lerninhalten ihrer Altersstufe folgen können, werden *zieltgleich* unterrichtet. Sie benötigen jedoch Unterstützung und veränderte Strukturen, um gemeinsam mit anderen lernen zu können. Kinder, die große Lernschwierigkeiten haben und Kinder mit einer geistigen Behinderung brauchen neben differenzierten Zugangsweisen zu den Lerninhalten auch ein Abstimmen der Inhalte auf ihr Leistungsvermögen, d.h. sie werden *zieldifferent* unterrichtet.

Es geht auf darum, Barrieren abzubauen, die Kinder mit Einschränkungen bisher am Besuch der Regelschulen gehindert haben. Barrieren können fehlende Rampen sein, Lernmaterialien, die man sehen und lesen können muss, fehlende technische Hilfsmittel, damit schwerhörige Kinder die Lehrer und Mitschüler verstehen können; Barrierefreiheit bedeutet jedoch auch, eine klare Moderation des Unterrichts für Kinder, die sich leicht ablenken lassen und soziale Rituale, wie den Klassenrat für Kinder, die Schwierigkeiten haben, Konflikte zu lösen.

Schulische Inklusion und die Lerninhalte der Gruppenprophylaxe

Während der beiden Fortbildungstage ergab sich schnell, dass die Gruppenprophylaxe durch die Veränderungen der Schulstruktur im Zuge der Inklusion vor allem organisatorisch betroffen ist.

Die für Lehrer brennendste Frage ist, wie sie einen Unterricht organisieren sollen, in dem Kinder unterschiedliche Inhalte lernen können: die einen im Zahlenraum bis 1000, andere erst im Zahlenraum bis 10; die einen lesen schon ganze Texte und schreiben, die anderen malen noch Buchstaben aus. In der Gruppenprophylaxe lernen alle Kinder am gleichen Gegenstand. Es geht um den Wert der eigenen Gesundheit, die eigene Pflege, einen bewussten und achtsamen Umgang mit sich selbst.

Abgesehen davon, dass die meisten Fachkräfte in der Gruppenprophylaxe durch ihre Einsätze in den Förderschulen bereits mehr Erfahrungen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Behinderung haben als viele Lehrer, die im Zuge der Inklusion neu mit den Anforderungen konfrontiert werden, hat dieser Lerngegenstand zudem noch große Überschneidungen mit den Förderzielen der Sonderpädagogik. Ein ganzheitlicher Ansatz, der die Kinder als ganze Person anspricht und sie handelnd aktiviert – da waren sich die Seminarteilnehmer einig – gehört schon zum didaktischen Grundkonzept der eigenen Arbeit.

Eine neue Situation bietet die Inklusion jedoch auch für die Gruppenprophylaxe. Bisher waren die Arbeitsformen abgestimmt auf die Schulformen. Je unterschiedlicher die Kinder sind, die gleichzeitig in einer Gruppe angetroffen werden, desto umfangreicher wird auch die Materialauswahl, mit denen die Prophylaxekräfte an die Schulen fahren müssen. Methoden wie der Stationenlauf, in dem die Kinder an verschiedenen Stationen, die im Raum verteilt werden, die Inhalte über unterschiedliche Sinne erfahren und erarbeiten können, sind klar im Vorteil. Wahrnehmungseingeschränkte Kinder finden in dieser Vielfalt bereits alternative Lernzugangsweisen.

Im Teilnehmerkreis der ersten Seminargruppe ergab sich in der Diskussion sehr schnell, dass vor allem die Arbeit mit verhaltensauffälligen Schülerinnen und Schülern in einer größeren Klasse als an Förderschulen üblich schwierig ist. Es stellte sich heraus, dass die Frage nach der Leistungsspannbreite der gemeinsam unterrichteten Kinder auch für die Gruppenprophylaxe relevant ist: Kinder, die schnell begreifen oder weiterführende Fragen gerne bereits beantwortet hätten, beginnen sich zu langweilen, wenn sie auf ihre Mitschüler warten müssen.

Varianten der Binnendifferenzierung und ihre Bedeutung für die Gruppenprophylaxe

Binnendifferenzierung heißt erst einmal nichts anderes, als dass für keinen Schüler Leerlauf entsteht. Alle sind mit den Inhalten sinnvoll beschäftigt. Wer fertig ist, kann mit anderen Aufgaben weiter arbeiten. Binnendifferenzierung ist die Organisation des Lernens der einzelnen Individuen im Gruppenprozess. Das heißt, manchmal arbeiten die Schüler in Teams zusammen, manchmal alleine, manchmal hören alle dem Lehrer oder einem Mitschüler zu. Im binnendifferenzierten Unterricht gibt es also auch gemeinsame Phasen – irgendwann muss schließlich auch das gemeinsame Vorgehen besprochen und geplant werden.

Es gibt Formen der Differenzierung, die sehr stark vom Lehrer ausgehen. Dafür ist aber zunächst eine Diagnostik notwendig, damit der Lehrer den Schülern die für sie passenden Aufgaben auswählen kann. Diese Form einer „gelenkten Differenzierung“ lässt sich in der Gruppenprophylaxe daher nur schwer umsetzen.

Daneben gibt es aber auch Differenzierungsvarianten, die ein Angebot schaffen, aus dem die Schüler diejenigen Zugangsweisen auswählen können, von denen sie sich besonders angesprochen fühlen. Hier spricht man von der sogenannten „natürlichen Differenzierung“. Sie entsteht sozusagen aus dem Lernarrangement selbst auf natürliche Weise heraus. Was aber nicht heißt, dass sie nicht sorgfältig vom Lehrer vorbereitet und begleitet wird.

Für Lehrer ist es schwer, ganz auf Formen einer „gelenkten Differenzierung“ zu verzichten, da sie einen vorgegebenen Lehrplan umsetzen müssen. In der Gruppenprophylaxe helfen die Formen der „natürlichen Differenzierung“ dagegen, eine Lerneinheit in einer heterogenen Gruppe, die man nicht kennt, in einer ja immer sehr kurzen Zeitspanne zu organisieren.

In der schulischen Binnendifferenzierung gibt es vier unterschiedliche Differenzierungsvarianten:

1. Leistungsdifferenzierung: Arbeit an unterschiedlich schwierigen Aufgaben
2. Lerntempodifferenzierung: Arbeit im unterschiedlichen Tempo
3. Neigungsdifferenzierung: Arbeit an unterschiedlichen Themen
4. Vielfalt der Zugangsweisen: Ein Lerninhalt kann auf unterschiedliche Weise erarbeitet werden.

In der Inklusion ist vor allem die vierte Variante von besonderer Bedeutung. Wenn mehrere Zugangsweisen möglich sind, einen Inhalt zu lernen, können auch Kinder mit Einschränkungen alternative Wege für sich erschließen. Sie ist auch die Form der Differenzierung, die für die Gruppenprophylaxe am nächstliegenden ist. Die Seminarteilnehmer konnten direkt Beispiele aus der eigenen Praxis nennen, in denen sie die Kinder über mehrere Sinne und Arbeitsformen ansprechen: Der Einsatz von Handpuppen und kleinen Rollenspielen, das Einfärben und gegenseitige Untersuchen der eigenen Zähne oder der Umgang mit Anschauungsmaterialien. Die Beispiele derjenigen Teilnehmer, die schon in integrativen Lerngruppen gearbeitet haben, zeigten außerdem, dass die Kinder einer Klasse oft schon gewöhnt sind, sich gegenseitig zu unterstützen und Wege zu finden, dass alle an den gemeinsamen Aktivitäten teilhaben können.

Vielfalt der Zugangsweisen und Multiple Intelligenzen

Als Orientierung über die Organisation einer Lerneinheit mit vielfältigen Zugangsweisen hilft die Theorie über die Multiplen Intelligenzen von Howard Gardner. Statt von einer Intelligenz, die unterschiedlich hoch oder niedrig gemessen werden kann, geht er davon aus, dass auch unsere vielfältigen Talente eine Form von Problemlösung sein können. Nicht nur mathematische und sprachliche Fähigkeiten seien demnach relevant für unsere berufliche und private Zufriedenheit im Leben.

Man kann sicherlich darüber streiten, ob Gardners alternative Verwendung des Intelligenzbegriffes mehr Klarheit schafft, seine insgesamt acht Intelligenzformen bieten aber

eine sehr gute Checkliste, wenn man den Kindern eine möglichst große Bandbreite an Zugangsweisen eröffnen möchte:

1. Die *sprachlich-linguistische Intelligenz* umfasst unsere Fähigkeit zu kommunizieren, zu erzählen, zu argumentieren und über Sprache nachzudenken.
2. Die *musikalisch-rhythmische Intelligenz* hilft dazu Ideen, Gefühle und Stimmungen musikalisch auszudrücken. Sie umfasst unser Gefühl für Rhythmus und Klang.
3. Die *bildlich-räumliche Intelligenz* nutzen wir, wenn wir uns im Raum orientieren. Wir erinnern uns z.B. wo Inhalte auf einer Seite im Buch stehen, markieren Texte farblich oder visualisieren sie in Grafiken.
4. Die *intrapersonale Intelligenz* hilft uns, Lerninhalte zu unserer eigenen Person in Bezug zu setzen. Wir machen sie für unser Leben bedeutsam. Wir reflektieren uns selbst und können uns gedanklich in verschiedene Situationen hinein versetzen.
5. Die *interpersonale Intelligenz* ist der Kontakt zu unserem sozialen Umfeld. Sie umschließt die Fähigkeit zu kooperativem Handeln und dass wir empathisch mit anderen sind. Die Freude am gemeinsamen Tun, hilft oft auch über knifflige Aufgaben hinweg.
6. Mit der *logisch-mathematischen Intelligenz* rechnen wir nicht nur, wir bilden auch abstrakte Regeln und können logische Schlussfolgerungen ableiten.
7. Die *körperlich-kinästhetische Intelligenz* kommt immer dann zum Einsatz, wenn wir handwerklich tätig sind und durch unsere grob- und feinmotorische Körperbeherrschung einen Lerninhalt erarbeiten. Dies kann übrigens auch das Lernen in und mit Bewegung sein.
8. Die *naturalistische Intelligenz* wurde von Howard Gardner erst nachträglich hinzu gefügt. Sie hat einerseits mit dem Interesse an unserer Umwelt (Tiere und Natur) zu tun, andererseits aber auch mit der Leidenschaft, Dinge (aus der Natur) zu sammeln und in Kategorien zu systematisieren und zu ordnen.

Methodenbeispiele

Die Gruppenprophylaxe hat eine eigene anlassbezogene Didaktik. Beispiele einer methodischen Umsetzung der Binnendifferenzierung aus der Unterrichtspraxis sind an dieser Stelle Empfehlungen, die immer wieder neu an die jeweilige Situation adaptiert werden müssen. Als Anregungen habe ich daher aus den über zwanzig Methoden, aus denen die

Seminarteilnehmer an den beiden Tagen auswählen konnten, Beispiele aufgegriffen, die sich in bereits bestehende Einheiten integrieren lassen, ohne die kompletten Einheiten umstellen zu müssen

Beispiel 1: Das Tafelkino

Die Schüler kommen nach vorne in die Nähe der Tafel, die einen sitzen auf Stühlen, andere dahinter auf Tischen, manche stehen auch. Ein Inhalt wird mit Anschauungsmaterial, Schaubildern, einer Geschichte oder einem kurzen Film erläutert. Erste Schüler wiederholen die Inhalte in eigenen Worten. Wenn sie die Inhalte verstanden haben, dürfen sie mit den Aufgaben im hinteren Teil der Klasse beginnen. Dadurch wird die Menge der Schüler vorne schrittweise kleiner. Für die Kinder, die länger zum Verstehen brauchen, oder weiterführende Fragen haben, können zusätzliche Erklärungen folgen. Die Schüler müssen jedoch nicht darauf warten, bis alle den Inhalt verstanden haben, sondern können bereits mit den nächsten Schritten weiter machen. Das Tafelkino kann auch z.B. genutzt werden, um eine Aufgabenstellung, an der gearbeitet werden soll, zu erklären.

Beispiel 2: Das Lerntempoduett

Auch bei dieser Methode geht es um eine Lerntempodifferenzierung. Die Schüler einer Klasse werden in zwei Gruppen eingeteilt und beginnen mit zwei unterschiedlichen Aufgaben. Wer fertig ist mit einer Aufgabe, wartet an einem vorher angegebenen Treffpunkt im Klassenraum auf einen gleich schnellen Partner. Anschließend vergleicht das Paar seine Aufgaben und macht danach wieder getrennt mit einer nächsten Aufgabe weiter. Diese ist zunächst die Aufgabe der anderen Gruppe. Nachdem sich der Austausch mit einem neuen Partner wiederholt hat, wählen die Schüler aus einem Angebot weiterführende Aufgaben aus.

Alternativ können Sie auch direkt Aufgaben auf die beiden Hälften der Klasse verteilen, die sich gegenseitig ergänzen. Die Paare tauschen sich dann über ihre unterschiedlichen Aufgaben aus und bringen die neuen Erkenntnisse zusammen. In diesem Fall bleiben die Partner bei der Weiterarbeit an neuen, auf die Inhalte aufbauende Aufgaben zusammen.

Beispiel 3: Das kooperative Lernquiz

Mit dieser Methode können Sie auch eher trockene Inhalte lebendig mit den Schülern vorbereiten. Die Schüler werden in kleine Teams von drei bis fünf Schülern eingeteilt. Gemeinsam müssen sie sich in einem vorbereiteten Fragebogen auf die aus ihrer Sicht richtigen Antworten einigen. In der gemeinsamen Diskussion der Inhalte lernen die Schüler

bereits und setzen sich mit den Inhalten auseinander. Dabei profitieren sie vom Erfahrungsschatz der anderen. Außerdem ist die Methode in der Materialvorbereitung auch für inklusive Klassen weniger aufwändig, da sich die Schüler die Fragen gegenseitig vorlesen und erklären können.

Anschließend werden die richtigen Antworten erläutert und die Punkte jeder Gruppe zusammengezählt.

Beispiel 4: Die Lerntheke

Im Wesentlichen besteht die Lerntheke aus einer Auslage von verschiedenen Anschauungsmaterialien, die möglichst viele Wahrnehmungskanäle der Kinder aktivieren. Allerdings sollten Sie die Arbeit mit der Lerntheke durch Aufgaben- bzw. Fragestellungen begleiten. Was kann ich mit den Gegenständen machen? Wofür sind die Geräte gemacht? Welche kenne ich schon? In einem zweiten Schritt können zusätzliche Erklärungen erfolgen. Die Lerntheke lässt sich sehr gut mit dem kooperativen Lernquiz kombinieren. Die Schüler erforschen anhand der Anschauungsmaterialien die Antworten auf die gestellten Fragen.

Beispiel 5: Der Stationenlauf

Diese Methode ist sicherlich der Klassiker der binnendifferenzierten Unterrichtsformen. Im Raum werden an verschiedenen Stellen Materialien mit Arbeitsaufträgen ausgelegt. Die Schüler können wählen, welche Stationen sie bearbeiten wollen, wie lange sie sich mit einer Station beschäftigen und in welcher Reihenfolge sie vorgehen. Daneben gibt es zahlreiche Varianten. Die Stationen können inhaltlich aufeinander aufbauen, dann nummerieren Sie die Stationen durch. Es kann Wahl- und Pflichtstationen geben. Die Arbeitsweise an den Stationen sollte möglichst abwechslungsreich gestaltet sein und vielfältige Wahrnehmungskanäle ansprechen.

In einem Abschlusskreis sollten die Schüler erzählen können, was sie an den Stationen Neues erfahren haben.

Eigene Lerneinheiten für den Einsatz in inklusiven Klassen überarbeiten

In einem ersten Schritt legen Sie die Ziele fest, die Sie gerne mit den Schülern erreichen möchten. Hier können Sie zwischen Handlungen im Alltag und Kenntnissen der Kinder unterscheiden (vgl. Arbeitsbogen). In beiden Fällen sollten Sie überlegen, was bei den Kindern mindestens ankommen sollte. Hier ist also schon eine erste Differenzierung angelegt.

Auf der Grundlage Ihrer Erfahrungen mit den Schülern können Sie im zweiten Schritt überlegen, welche Unterschiede der Kinder Sie stärker berücksichtigen möchten. Sei es, dass Sie das unterschiedliche Arbeitstempo der Kinder mehr auffangen möchten oder Alternativen für Wahrnehmungseinschränkungen der Schüler benötigen. Anschließend können Sie den Aufbau Ihrer Lerneinheit nach diesen Unterschieden abklopfen. Wo habe ich in meiner Einheit Barrieren, die den Zugang für die unterschiedlichen Kinder erschweren können? Welche Alternativen kann ich anbieten? Bei dieser Überarbeitung können Ihnen die Multiplen Intelligenzen nach Howard Gardner eine zusätzliche Hilfe sein. Für die Gestaltung der Lerneinheit lohnt es sich zudem, sich intensiver mit Methoden zur Binnendifferenzierung auseinander zu setzen.

Schlussüberlegungen

Die Inklusion in der Schule wird durch viele verschiedene Stellen auf den Weg gebracht. Neben den Lehrern selbst arbeiten Schulämter und Ministerien an Konzepten. Moderatoren für Fortbildungen werden geschult. Schulbuchverlage entwickeln Materialien, die in der Inklusion eingesetzt werden können.

Auch für die Fachkräfte der Gruppenprophylaxe ist es wichtig, Ressourcen zu bündeln, damit nicht jeder Einzelne neue Konzepte entwickeln muss, um sich auf die veränderte Situation einzustellen. Während der beiden Seminartage hat sich vor allem gezeigt, dass es bereits Konzepte gibt, die mit wenig Veränderungen auch für die Inklusion geeignet sind. Es zeigte sich jedoch auch, dass die Kenntnisse über diese Konzepte regional sehr unterschiedlich verteilt waren.

Literatur

Gardner, H. (2008): Intelligenzen. Die Vielfalt des menschlichen Geistes, a.d. Amerikanischen von Ute Spengler, 3. Aufl. Stuttgart.

Köditz, M. (2004): Wenn Kinder schwierig sind. Eine Hilfestellung für Eltern, Lehrer und Erzieher, München.

Kress, K. (2014): Dynamik in heterogenen Klassen, Auer Verlag.

Kress, K. (2013): Binnendifferenzierung in der Grundschule, Donauwörth.

Kress, K. (2013): Binnendifferenzierung in der Sekundarstufe, 2. Aufl. Donauwörth.

Arbeitsblätter

Eigene Lerneinheiten überarbeiten

Thema der Einheit: _____

1. Was sollen die meisten Schüler / Kinder nach der Einheit ...

... in ihrem Alltag ändern?	Mindestens ...
... sich merken können, bzw. verstehen?	Mindestens ...

2. Welche Unterschiede der Schüler / Kinder möchte ich mehr berücksichtigen?

3. Wie bin ich bisher in meiner Einheit vorgegangen?

Einstieg – Aufwärmen:	
Arbeitsphase: (ggf. mehrere)	
Vertiefung – Übung:	
Schlussphase – Abschied:	

4. Welche Barrieren gibt es in meiner Einheit ggf. für Kinder mit Einschränkungen in der Wahrnehmung, Motorik, Sprache, Verstehen, Aufmerksamkeit ... Wie kann ich durch Alternativen Barrieren abbauen?

Barrieren	Alternativen

5. Wie möchte ich die neue Einheit aufbauen?

Zeit / Phase	Schüler / Kinder: Aktivitäten, Sozialformen*, ggf. binnendiff. Vorgehen	Eigene Handlungen	Material / Medien / Hilfsmittel

* Sozialformen: Einzelarbeit, Partnerarbeit, Gruppenarbeit, Plenum mit der ganzen Klasse

Wir danken an dieser Stelle der Lehrerbildung Querensburg für die Bereitstellung der Arbeitsblätter.

Workshop 3

Inklusive Gruppenprohylaxe!? Stärkung von Selbstkompetenz und gegenseitiger Unterstützung

Dr. Saskia Erbring / Coach in den Bereichen Salutogenese und Inklusion

In Kürze

Inklusion in der Gruppenprohylaxe bedeutet, Angebote so zu gestalten, dass alle Kinder und Jugendlichen, ob mit oder ohne besonderem Förderbedarf, erreicht werden. Diese Herausforderung kann leicht zur persönlichen Überforderung werden. Um dem vorzubeugen, wurden im Workshop Methoden und Hilfsmittel zur Stärkung der Selbstkompetenz angeboten.

Der erste Teil des Workshops diente der Stärkung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, eigene Kompetenzen in inklusiven Settings wahrzunehmen und einzusetzen. Dabei kamen unterschiedliche systemische Beratungsmethoden zum Einsatz, die sich auf die Situation der Gruppenprohylaxe übertragen lassen. Der Nachmittag diente dem Ausbau einer gegenseitigen professionellen Unterstützung innerhalb der regionalen Arbeitsgemeinschaften – denn Inklusion ist ohne ein tragfähiges professionelles Netzwerk kaum zufriedenstellend realisierbar. In diesem Zusammenhang wurde die Methode der Kollegialen Fallberatung eingesetzt.

Einführung

- Vorstellung der Referentin; Vorstellung der Tagesplanung; Aufnahme spezieller Fragestellungen aus der Gruppe
- Übungen zum Ankommen in der Gruppe: Wie viele km sind Sie angereist? Seit wann arbeiten Sie schon mit Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen?
- Vorstellungsrunde mit Beschreibung eines „brillianten“ Momentes (in dem man sich im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit als besonders kompetent erlebt hat).

Input und Austausch: Systemisches Denken in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen

Grundlagen der systemischen Sichtweise

- Beschreibe Prozesse, statt „Wesensmerkmale“ zuzuschreiben!
- Nutze Diagnosen zur Verständigung, aber betrachte sie nicht als „Wahrheit“!
- Verhalten ist kontextabhängig, achte darauf, wann und wo „störendes“ Verhalten auftritt! (Vermeidung fundamentaler Attributionsfehler)

Beispiel: Verhalten eines Jungen mit der Diagnose ADHS (Palmowski 2007)

Austausch über den Nutzen systemischer Sichtweisen in der Arbeit mit Menschen mit Beeinträchtigungen

- Einflussmöglichkeiten durch Kontextveränderung
- Vermeidung von self-fulfilling-prophecies

Systemische Fragen

- Frage nach unterschiedlichen Sichtweisen:
„Wer beschreibt das Symptom/ das Verhalten wie?“
- Frage nach dem Nutzen:
„Welche Vorteile bringt das Symptom/ das Verhalten für unterschiedliche Beteiligte?“
- Frage nach Ressourcen:
„Was funktioniert gut? Wann tritt das Verhalten nicht auf? (Ausnahmen)“
- Frage nach Kooperationsmöglichkeiten:
„Wie kann gemeinsam ein gutes Ergebnis erzielt werden?“

Reframing als systemische Arbeitsmethode

Erläuterung der Methode am Beispiel „Streit“ (Schlippe/Schweitzer 2012)

1. Bedeutungsreframing verleiht dem beklagten Problem einen anderen Sinn (z.B. Streit kann auch als Intensität der Beziehung gesehen werden).
2. Kontextreframing findet einen sinnvollen Kontext für das beklagte Verhalten (z.B. Wenn die Position der beiden Partner deutlich werden soll, ist Streit eine Qualität).
3. Inhaltsreframing trennt das Problem von einer versteckten „guten Absicht“ (z.B. Streit ist ein Versuch, eine gute Partnerschaft zu schaffen – vielleicht lässt sich noch ein anderer Weg finden?)

Übungsphase: Reframing an einem Beispiel aus der eigenen Arbeit

- Erzählen Sie in der Kleingruppe von einer für Sie problematischen Situation im Berufsalltag.
- Finden Sie in der Kleingruppe Möglichkeiten des Reframings zu den negativen Zuschreibungen, die in der Problemerkzählung vorkamen (gegenüber dem Kind, der Kollegin/dem Kollegen, der Lehrkraft, der Schulleitung: z.B. statt hyperaktiv lebendig, bewegungsfreudig; statt schüchtern zurückhaltend, umsichtig, beobachtend; statt aggressiv: durchsetzungsfähig, kämpferisch; statt langsam: im eigenen Tempo, nimmt sich Zeit)
- Austausch zum Nutzen systemischer Sichtweisen im Plenum

Veränderungen im Verständnis von Krankheit und Gesundheit seit 1980

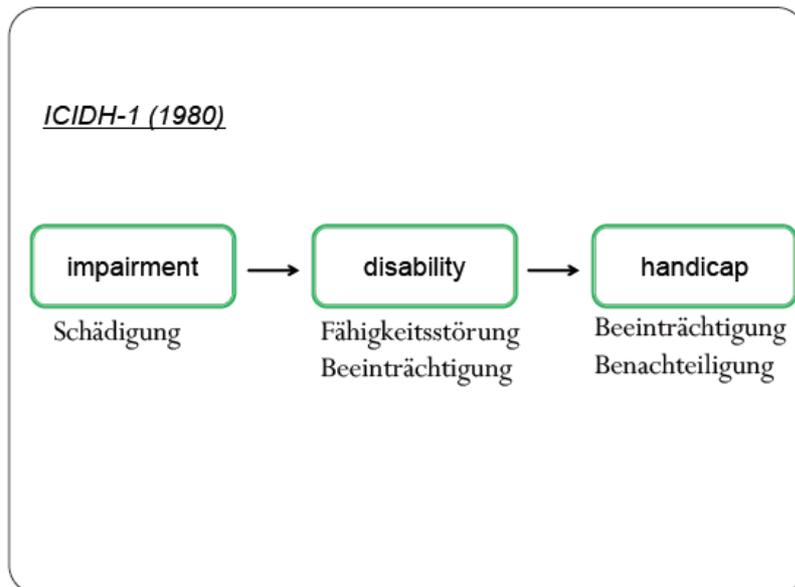


Abb.1: ICIDH-1 (1980) International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps

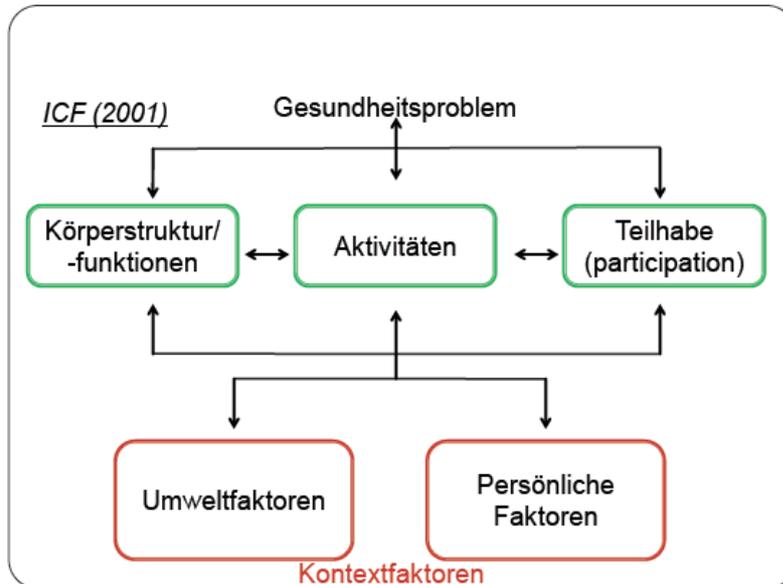


Abb.2: ICF (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health

Ergebnisse des Austausches im Plenum

- Behinderung wird heute als Prozess und als Ergebnis im Zusammenspiel von Umwelt und Individuum gesehen; Betonung der Wechselwirkungen und Kontextfaktoren.
- Einbezug personenbezogener Faktoren wie Geschlecht, Bewältigungsstil, Biografie.
- Funktionale Einschränkung ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit ist im aktuellen Modell möglich, z.B.: technische Hilfsmittel (Rollstuhl) kompensieren Einschränkung.
- Vielfältigere Ansatzpunkte pädagogischen und therapeutischen Handelns;
- Modell fördert interdisziplinäre Zusammenarbeit;
- Größere Verantwortung für die Benutzer des Modells (ich selbst bin Umwelt und dadurch auch Teil des Modells).

Einübung der Kollegialen Fallberatung

Vorstellung des Leitfadens, anschließend Fallberatung in der Kleingruppe

1. Schritt	Falldarstellung
2. Schritt	Resonanzrunde
3. Schritt	Klärung der Schlüsselfrage
4. Schritt	Nachfragen zum Fall
5. Schritt	Perspektivenwechsel („Ich als...“)
6. Schritt	Lösungen und Handlungsmöglichkeiten („Ich als ... werde...“)
Sharing	Kommentare zum Fall und zur Methode.

Übung: Kooperationsnetz und Erwartungsklä rung

Einzelarbeit, anschließend Austausch in der Kleingruppe

- Zeichnen eines Kooperationsnetzes

- Fragen zu Erwartungen wichtiger Kooperationspartner: Was erwartet der Kooperationspartner (vermutlich) von mir? Was müsste ich tun, um die Erwartungen zu erfüllen? Wie kann ich die Erwartung umformulieren, um sie zu erfüllen? Wie und wann werde ich ein klärendes Gespräch mit dem Kooperationspartner anregen bzw. dieses Gespräch gestalten?

Literatur

Eggert, D. (1997): Von den Stärken ausgehen, Dortmund

Schweitzer, J./Schlippe, A. v. (2009; 2012): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I und II, Göttingen

Palmowski, W. (2007): Nichts ist ohne Kontext. Systemische Pädagogik bei „Verhaltensauffälligkeiten“, Dortmund

Workshop 4

Vom Umgang mit schwierigen und weniger schwierigen Kindern in der Jugendzahnpflege

Dr. Thomas Leeb / ehemaliger Schulleiter der Anna-Lindh-Schule Berlin-Wedding
Gabriele Hofmann / Sonderpädagogin, Trainerin für Entwicklungstherapie

Kurzbeschreibung des Workshops

Nicht allen das Gleiche, sondern jedem das Seine! Um es gleich vorweg zu sagen:

Heterogenität in den Schulen ist der Normalfall, nicht die Ausnahme.

- Was heißt das für die Maßnahmenplanung und die Unterrichtspraxis?
- Wovon dürfen Sie ausgehen, worauf müssen Sie sich einrichten?
- Wie gestalten Sie die Kommunikation und wie regulieren Sie Konflikte?

Diese und andere Fragestellungen wurden ausgehend von der augenblicklichen Situation der Teilnehmenden angesprochen und bearbeitet. Ach ja, ein „Handwerkskoffer Prävention“ war auch dabei!

Einige Vorbemerkungen

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gruppenprophylaxe finden Schulen vor, die sich unterschiedlich weit auf dem Weg zu einer inklusiven Institution entwickelt haben. Dies ist auf der einen Seite entlastend, da die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter keine Verantwortung für den jeweiligen Entwicklungsstand der einzelnen Schulen haben. Andererseits können sie jedoch prinzipiell auch keinerlei Einfluss auf ihre jeweils vorfindbaren Arbeitsbedingungen nehmen. Segen und Fluch zugleich!

Ein Workshop, der sich mit Schulen und Kindern in der Zeit der Inklusion unter diesem Blickwinkel beschäftigen wird, kann und muss deshalb an den je einzigartigen Bedingungen der je einzelnen Fachkraft ansetzen. Er kann und wird also kein Wissen für alle im Sinne allgemeingültiger Rezepte erarbeiten, sondern lediglich Erkenntnismöglichkeiten für Einzelne

anbahnen. Sollte dies für die einzelnen Beteiligten gelungen sein, hätte sich die Arbeit im Workshop gelohnt.

Zur Konzeption des Workshops

Wie nun an den je einzigartigen Bedingungen der je einzelnen Fachkraft anknüpfen?

Die Arbeit im Workshop muss auf der einen Seite so konzipiert sein, dass die einzelne Fachkraft die Möglichkeit erhält, sich mit ihrem Wissens- und Kenntnisstand in den Arbeitsprozess einzubringen. Andererseits muss der Workshop Elemente enthalten, die eine „generalisierende“ Wirkung haben, also von den Einzelnen auf ihre Situation übertragbar sind und somit quasi unmittelbar praktisch werden können. Eine dritte Voraussetzung für die erfolgreiche Arbeit des Workshops ist die Anbahnung des direkten Austauschs mit den Kollegen/-innen derselben Profession, also das Lernen von und -miteinander.

Die Kunst in der Planung und Umsetzung des Workshops liegt darin, für die je Einzelne das je Besondere herauszuarbeiten und in diesem Rahmen, das je Besondere im Allgemeinen deutlich werden zu lassen. Für die einzelne Beteiligte zeigt sich somit in ihrer alltäglichen Handlung das Allgemeine, da ihre Mitstreiterinnen Gleiches oder doch zumindest Ähnliches handelnd erleben. Dieses Vorgehen enthält die Chance, sich persönlich zu entlasten und zusammen mit den anderen Mitarbeiterinnen die Situation aus einer professionellen Distanz neu zu verarbeiten.

Zum Ablauf des Workshops

Damit haben wir die Ebene des praktischen Handelns erreicht. Nach einer kurzen Vorstellung und Einstimmung auf den Workshop (unter anderem durch das gemeinsame Singen eines Kanons!) zeigten wir einen kurzen Film über die Arbeit an der Anna-Lindh-Schule, einer großen Grundschule im Berliner Wedding. Wir baten die Teilnehmenden nach Elementen von inklusivem Arbeiten an der Schule zu suchen und die dort immer wieder formulierten Wünsche und Erwartungen der Kinder zusammenzufassen. Die Ermöglichung der Teilhabe für alle Schülerinnen und Schüler wurde von den Teilnehmenden an unterschiedlichsten Stellen erkannt und in der Aussprache auch benannt. Die Wünsche der Kinder nach guten Lernbedingungen und friedlichem Verhalten waren für alle sehr eindrucksvoll.

In der nächsten Phase bekamen die Teilnehmenden entlang der Sequenz „25 Fragen (!) und 25 Antworten (?)“ die Möglichkeiten ihre spezielle Frage zur Inklusion zu stellen und sich in mehreren Durchgängen auch mit den Fragen der Anderen zur Inklusion auseinanderzusetzen. Damit wurde eine Anknüpfung an die je individuelle Ausgangslage der

Einzelnen geleistet, die aber gleichzeitig mit anderen Ausgangslagen gekoppelt wurde. In der abschließenden Aussprache im Plenum konnten alle Teilnehmenden Neues erfahren und sich somit das weite Feld der Inklusion noch mehr erschließen.

Die Frage nach der konkreten Arbeit vor Ort war nun gestellt. Was tun, wie arbeiten im Rahmen der Inklusion? In dieser Phase stellten wir unseren „Handwerkskoffer: Prävention“ vor. Die Anwendungen der Elemente desselben basieren auf einer proaktiven Arbeitsweise, dem vorausschauenden Handeln und aktiven Gestalten des Unterrichts. Agieren statt reagieren! Die Aktionsform dieser Sequenz war die Arbeit in Gruppen an Stationen, so dass ein regelmäßiger Austausch der Teilnehmenden untereinander gewährleistet war.

Folgende Stationen waren vorbereitet:

- Station 1: Bitten und Anweisungen
- Station 2: Regeln
- Station 3: Umlenken und Umgestalten
- Station 4: Spiegeln (die „Königsstation“!)
- Station 5: Strukturprinzipien des Unterrichts

An den Stationen standen für die Teilnehmenden sowohl eine Definition des Themas der Station zur Verfügung als auch viele praktische, alltagsrelevante Beispiele zur Bearbeitung. So mussten beispielsweise negativ formulierte Regeln, etwa: „Du redest schon wieder dazwischen“ in positive Verhaltenserwartungen umgewandelt werden, etwa: „Warte, bis du dran bist“. Diese praxisorientierten Bearbeitungen sollten den Blick auf die positive Verstärkung von erwünschtem Verhalten lenken und die Tendenz zur negativen Formulierung des nicht erwünschten Verhaltens unterbrechen helfen. Eine proaktive Unterrichtssteuerung wird somit möglich.

Nach der Mittagspause erhielten die Teilnehmenden die erneute Gelegenheit, in ihren Gruppen praktische Übungen zum Anwenden des Handwerkskoffers zu absolvieren. Miteinander und voneinander lernen at its best!

Die letzte Phase des Workshops war der Dynamik des Klassenraums, seiner Ausgestaltung und seiner Möglichkeiten gewidmet. Im Plenum wurden verschiedene Sitzordnungen und ihre Auswirkungen auf die Möglichkeiten des Unterrichtens entwickelt und besprochen. Im Rahmen der Vorstellung des „Classroom Managements“ erhielten die Teilnehmer Einblicke in wesentliche Steuerungsmöglichkeiten der Arbeit in und mit Klassen, verbunden mit der Möglichkeit, die eigenen Einflussmöglichkeiten darauf zu sehen. Die Teilnehmenden formulierten ihre ganz persönlichen Erwartungen an die Voraussetzungen der Arbeit im Klassenraum und erkannten, dass sie beispielsweise über das sogenannte „Dreißig-

Sekunden-Gespräch mit den Lehrenden“ darauf Einfluss nehmen können. In der Reflexionsrunde zu dieser Phase wurden sehr unterschiedliche Erwartungen vorgetragen und teilweise in die „Dreißig-Sekunden-Gespräche“ übertragen. Auch hier wurde wieder die proaktive Vorgehensweise in den Mittelpunkt gestellt: Nicht die Zu- und Umstände beklagen, nein, die Zu- und Umstände aktiv und im Vorfeld beeinflussen!

Mit einer kurzen Reflexionsrunde wurde die Arbeit im Workshop beendet.

Abschließende Würdigung

Die Arbeit mit allen Teilnehmenden war ausgesprochen konstruktiv und die Atmosphäre außerordentlich freundlich und lebhaft. Wir denken, dass es uns allen gelungen ist, an den realen Problemen der Betroffenen anzusetzen und zumindest den Ansatz einer Bearbeitung zu leisten. Allen Teilnehmenden gebühren unser Respekt und unsere Anerkennung. Danke nochmals!

Referentinnen und Referenten

Bissar, Abdul-Razak

Poliklinik für Zahnerhaltungskunde, Abteilung für "Kinder- und Jugendzahnheilkunde"
des Universitätsklinikums Heidelberg

abdul-razak.bissar@med.uni-heidelberg.de

Anmerkung: Dr. Bissar hat den Vortrag von Prof. Schulte in Erfurt gehalten.

Beckmann, Steffi

LAGZ Rheinland-Pfalz

info@lagz-rlp.de

Elsäßer, Guido

Zahnarzt für Behindertenzahnheilkunde

info@dr-guido-elsaesser.de

Erbring, Saskia

Coach und Supervisorin

mail@praxis-erbring.com

Hofmann, Gabriele

Lerherin an Sonderschulen, Nationale Trainerin für Entwicklungstherapie und
Entwicklungspädagogin

g.hofmann-berlin@web.de

Jüng, Bianca

Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege in Berlin e.V.

info@lag-berlin.de

Klemm, Klaus

Bildungsforscher

Kl.klemm@t-online.de

Kress, Karin

Kommunikations- und Methodentrainerin, Seminarleiterin für die Lehrerakademie
Querenburg

info@lehrerakademie-querenburg.de

Mitter, Simona

Jugendzahnärztin des ÖGD, Kreis Steinfurt

simona.mitter@kreis-steinfurt.de

Reichman, Silvia

Dentalhygienikerin in der Zahnarztpraxis Dr. Guido Elsäßer

info@dr-guido-elsaesser.de

Schulte, Andreas

Leitender Oberarzt an der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde des
Universitätsklinikums Heidelberg

andreas.schulte@med.uni-heidelberg.de

Stöppler, Reinhilde

Justus-Liebig-Universität Gießen, Professur für Erziehungswissenschaften
Arbeitsschwerpunkte: u.a. Gesundheitsförderung, Didaktik/Methodik der
Geistigbehindertenpädagogik

reinhilde.stoeppler@erziehung.uni-giessen.de

Leeb, Thomas

Ehemaliger Schulleiter der Anna-Lindh-Schule Berlin-Wedding,
Dozent an der Hochschule für angewandte Pädagogik in Berlin

th.leebe@arcor.de