

**Dr. Dietmar Oesterreich, Stavenhagen,
Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer**

Es gilt das gesprochene Wort

Aspekte der zahnärztlichen Versorgung von Patienten mit Behinderungen aus Sicht des zahnärztlichen Berufsstandes

1. Vorbemerkung

2003 war das Europäische Jahr der Menschen mit Behinderungen (vgl. EJMB, 2001). In einer Vielzahl verschiedener Aktivitäten konnte europaweit auf die Belange behinderter Menschen aufmerksam gemacht werden. Dabei wurden wichtige politische Impulse gegeben, die über die Bekämpfung von Diskriminierung und die Förderung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an der Wirtschaft und auf ihre stärkere Integration in die Gesellschaft hin wirken sollen. Erwähnt sei an dieser Stelle der europäische Aktionsplan „Chancengleichheit für Menschen mit Behinderungen“ sowie die Forcierung der praktischen Umsetzung von SGB IX und Gleichstellungsgesetz in Deutschland (vgl. SGB IX, 2001; BGG, 2002; KOM, 2003).

Sind die Zahnärzte nun „zu spät“ mit einem wissenschaftlichen Symposium, dass die zahnärztliche Betreuung von Menschen mit Behinderungen thematisiert? Nein, denn einerseits ist die Behandlung behinderter Patienten seit Jahren Bestandteil der zahnärztlichen Versorgung und zum anderen ist es von großer Bedeutung die öffentliche Aufmerksamkeit und das Medieninteresse, welches das EJMB hervorrief, wach zu halten und auch nach Abschluss dieses „Kampagnen-Jahres“ Ergebnisse hervorzu- bringen, um eine kontinuierliche Kommunikation der Thematik zu erreichen. Denn Politik für Menschen mit Behinderungen, und hierzu zählt insbesondere auch die Gesundheitspolitik, ist eine uns alle betreffende Gesellschafts- und Bürgerrechtspolitik.

2. Die aktuelle Situation in Deutschland

Bereits vor mehr als einem Jahrzehnt wurde kritisch angemerkt, dass es in Deutschland keine einheitliche Behindertenstatistik gibt (vgl. Sander, 1992). Dieser Zustand hat sich bis dato nicht verändert, da die verschiedenen zuständigen Behörden immer noch unterschiedliche Definitionen der Behinderung zugrundelegen.

Nach der amtlichen *Schwerbehinderten-Statistik* des Statistischen Bundesamtes lebten zum Jahresende 2001 in Deutschland rund 6,7 Millionen anerkannte schwerbehinderte Menschen¹ (vgl. Statistisches Bundesamt, 2004). Dabei ist es unerheblich, ob die Behinderung auf Krankheit oder Unfall beruht, ob sie angeboren oder eine Folge des fortgeschrittenen Lebensalters ist. Statistisch erfasst werden nur Schwerbehinderte, also Behinderte mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50%.

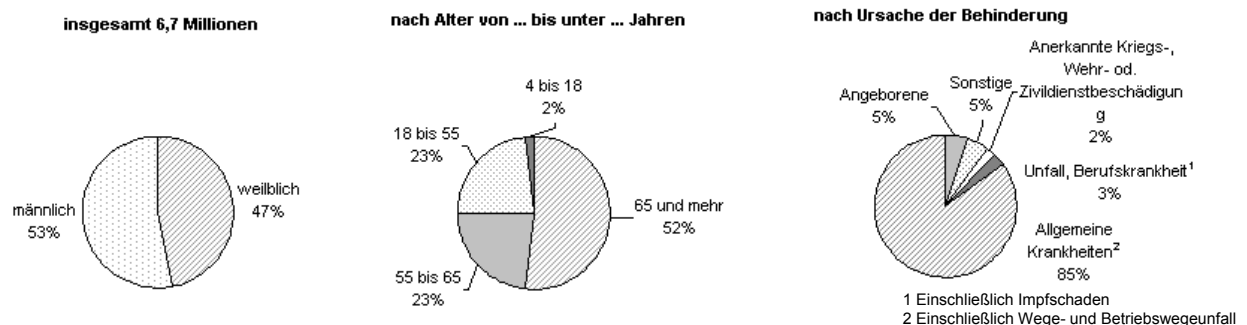


Abbildung 1: Schwerbehinderte Menschen am Jahresende 2001

(Quelle: Statistisches Bundesamt 2004, eigene Berechnungen)

Bezogen auf die gesamte Bevölkerung war zum Jahresende 2001 in Deutschland jeder zwölfte Einwohner (8,1%) schwerbehindert. Über die Hälfte (53%) der Schwerbehinderten waren Männer. Schwere Krankheiten, angeborene Behinderungen so

¹ Hier gilt die *Definition*: „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensjahr typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“ (vgl. § 2 Abs. 1 SGB IX).

wie Komplikationen bei der Geburt und Unfälle sind die häufigsten Ursachen (vgl. Abb. 1). Etwa 600.000 Menschen weisen zahnärztlich relevante Behinderungen auf (vgl. Kaschke und Jahn, 2002).

2.1 Mundgesundheit von Menschen mit Behinderungen in Deutschland

Bevölkerungsrepräsentative, oralepidemiologische Querschnittstudien zum Mundgesundheitszustand belegen für Deutschland eine im Vergleich zu früheren Jahren deutlich verbesserte Mundgesundheit bei (nicht behinderten) Kindern und Jugendlichen und einen hohen zahnärztlichen Sanierungsgrad bei (nicht behinderten) Erwachsenen (vgl. IDZ, 1999; DAJ, 2001). Aufgrund ihrer verminderten motorischen und / oder intellektuellen Fähigkeit bei der Durchführung der Mund- und Zahnpflege zählen jedoch viele körperlich und /oder geistig behinderte Menschen zur Risikogruppe für kariöse und parodontale Erkrankungen (vgl. Cichon, 1999). Hinzu tritt häufig ein verminderter allgemeiner Gesundheitszustand durch eine reduzierte immunologische Abwehrlage, bestehende Co-Morbidität und medikamentöse Nebenwirkungen – Aspekte die auch die Mundgesundheit beeinflussen.

Neben dieser medizinischen Einordnung gehören Menschen mit Behinderungen häufig zu sozioökonomischen Risikogruppen (Bezieher von Renten, Sozialhilfe, Versicherungsleistungen). Die mundgesundheitslichen Konsequenzen dieser Situation sind bei einer Vielzahl dieser Patienten sichtbar. So zeigen *Cichon* und *Donay* bei dem Vergleich epidemiologischer Untersuchungen über den Kariesbefall nicht behinderter mit behinderten Bevölkerungsgruppen, dass der in vielen Studien beschriebene Zuwachs an Zahngesundheit bei (nicht behinderten) Kindern und Jugendlichen und die Steigerung des Sanierungsgrades bei (nicht behinderten) Erwachsenen bei gleichaltrigen Schwerstbehinderten viel geringer ausfällt. Schließlich sei an dieser Stelle erwähnt, dass behinderte Patienten oralepidemiologisch zu der Patientengruppe zählen, auf welche sich die Krankheitslast überdurchschnittlich fokussiert (Kariespolarisierung). Somit stellen die Mundgesundheitsprobleme behinderter Patienten in ihrem komplexen Ursachengeflecht eine wichtige Herausforderung an den zahnärztlichen Berufsstand dar.

3. Komplexität und Defizite der zahnärztlichen Betreuung von Patienten mit Behinderungen

Die hohe kariöse und parodontale Erkrankungsrate und der geringe Sanierungsgrad bei Patienten mit zahnärztlich relevanten Behinderungen kann nicht nur durch eine unzureichende Mundhygiene sowie die individuelle und soziale Lebenssituation der Betroffenen erklärt werden.

3.1 Die zahnärztliche Versorgung

Häufig fehlt bei geistig behinderten Patienten die Einsicht in eine notwendige zahnärztliche Behandlung; zudem bestehen bei ihnen oft übersteigerte Angstzustände. Bei körperlich behinderten Patienten überwiegen eingeschränkte motorische Fähigkeiten. Dies sind die drei hauptsächlichen Ursachen für eine ungenügende Compliance. Hieraus resultieren in der Regel eine Behandlungsverzögerung und eine beschwerdenorientierte Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienste durch die Betroffenen.

Auch gestaltet sich die Behandlung von Menschen mit Behinderungen schwierig, da eine Vielzahl von ihnen aufgrund oben beschriebener mangelnder Kooperation nur unter erheblichem personellen, instrumentellen und zeitlichen Aufwand zahnärztlich versorgt werden können. Ein Teil der Zahnärzte ist im Studium und in der späteren Fortbildung wenig auf den Umgang mit behinderten Patienten und auf die Besonderheiten ihrer Behandlung vorbereitet worden (vgl. Tab. 1). Zudem sind zahnärztliche Praxen teilweise nicht behinderten gerecht ausgestattet.

Tabelle 1: Die zahnärztliche Betreuung von Patienten mit zahnärztlich relevanten Behinderungen unterscheidet sich von der Betreuung anderer Patienten durch ¹:

- einen höheren Zeitaufwand
- kleinere Behandlungsintervalle,
- einen höheren Personalaufwand,
- häufig medikamentöse Vorbehandlung der Patienten,
- häufige Behandlung in Sedation und Allgemeinanästhesie(letzteres ca. 40% aller Behandlungen),
- besondere Planungsgrundsätze, die z. T. nicht mit den Vorgaben der GKV vereinbar sind,
- die Problematik der Finanzierung zahnärztlicher Erwachsenenprophylaxe durch den Patienten

¹ Quelle: nach Holthaus, 2001

3.2 Rahmenbedingungen der zahnärztlichen Versorgung

Seit über 15 Jahren existieren in den (Landes)Zahnärztekammern *Referate für die zahnärztliche Behandlung von Menschen mit Behinderungen*. Hier sind Informationen über behindertenorientierte Zahnarztpraxen, über Ansprechpartner in universitären Zahn-, Mund- und Kieferkliniken, über Fortbildungsmöglichkeiten im Bereich Behindertenbehandlung sowie z. T. mobile Behandlungseinheiten und Broschüren oder Merkblätter erhältlich. In den Vorständen der (Landes)Zahnärztekammern gibt es darüber hinaus *Beauftragte/Referenten für Fragen der zahnärztlichen Behindertenbehandlung* und in vielen Kammerbereichen existieren regionale *Arbeitskreise*, die sich intensiv mit der Thematik der zahnärztlichen Betreuung von Menschen mit Behinderungen beschäftigen. Eine Abfrage der 17 Kammerbereiche ergab, dass zu Beginn des Jahres 2004 bundesweit über 6.000 Kolleginnen und Kollegen die zahnärztliche Versorgung geistig und körperlich behinderter Patienten in ihren Praxen anbieten (vgl. BZÄK, 2004). Das entspricht durchschnittlich einem Prozentsatz von 10% an der Zahl der behandelnd tätigen Zahnärzte. Diese Zahlen dürften unterhalb der tat

sächlichen Behandler mit diesem Schwerpunkt liegen, da die Meldung an die Kammern auf freiwilliger Basis erfolgt.

Aktivitäten, Schwierigkeiten und neue Herausforderungen im Bereich der (Landes-)Zahnärztekammern auf dem Gebiet der Behindertenbehandlung werden regelmäßig auf Bundesebene im Rahmen einer Koordinierungskonferenz der Bundeszahnärztekammer diskutiert. Aus diesen Koordinierungskonferenzen gingen u. a. die Erarbeitung eines *Arbeitspapiers der BZÄK für eine adäquate zahnärztliche Versorgung und eine sachgerechte Vergütung dieser Versorgung bei behinderten und immobilen Patienten* sowie die Publikation eines *Handbuches der Mundhygiene für Angehörige der Pflegeberufe* hervor (vgl. BZÄK, 2001; BZÄK, 2002).

Neben den berufspolitischen Aktivitäten existieren in einigen Bundesländern karitativ tätige Organisationen, deren Mitglieder mit viel sozialem Engagement und Idealismus die zahnärztliche Versorgung von behinderten Menschen übernehmen bzw. fördern. Beispielhaft erwähnt seien an dieser Stelle die im Jahre 1971 gegründete „Konrad-Morgenroth-Fördergesellschaft e.V.“, die „Arbeitsgruppe Zahnärztliche Behindertenhilfe in Niedersachsen e.V.“ sowie die „Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Behindertenbehandlung im BDO“, die untereinander und mit den regionalen Kammern kooperieren (vgl. Priehn-Küpper, Häussermann, 1993).

Die beschriebenen Strukturen dürfen jedoch nicht darüber hinweg täuschen, dass trotz bedeutender Anstrengungen in den letzten Jahrzehnten, die Versorgung behinderter Patienten immer noch von einer Vielzahl von Hemmnissen und Schwierigkeiten geprägt ist.

Dabei muss natürlich die nicht ausreichende *GKV-Vergütung* des zeitlichen, apparativen, räumlichen und personellen Mehraufwandes der zahnärztlichen Betreuung dieser speziellen Patientengruppe genannt werden. Wer als Zahnarzt unter den aktuellen Bedingungen des budgetierten GKV-Systems Menschen mit Behinderungen zahnärztlich betreut, muss wegen des höheren Aufwandes mit Einkommenseinbußen rechnen (vgl. Kaschke und Jahn, 2002). Wegen dieser nicht adäquaten Honorierung des Mehraufwandes verzichten ein Teil der zahnärztlichen Kollegen auf aufwendige präventive und restaurative Maßnahmen bei behinderten Patienten (vgl. Oliver und Nunn, 1996). Seitens der Sozialpolitik wird hier seit Jahren still schweigend die Be

reitschaft von engagierten Kollegen vorausgesetzt, Zeit, Zuwendung und Nächstenliebe zu investieren ohne diese Bereitschaft ausreichend finanziell zu vergüten. Diese Hinnahme der moralisch-ethischen Selbstausbeutung behindertenzahnheilkundlich tätiger Kolleginnen und Kollegen wird zudem durch eine für die zahnärztliche Betreuung Behinderter problematische gesundheitspolitische Gesetzgebung der letzten Jahre verschärft (vgl. GSG 1992, GMG, 2003). Aspekte der Gewährleistung, die Ausgabenbudgetierung für zahnärztliche Leistungen und Kontroversen um (zahn)ärztliche Haftung und Verantwortung „behindern“ die Bereitschaft vieler Zahnärzte eine Behandlung behinderter Patienten durchzuführen.

In der *Ausbildung* junger Zahnmediziner und Zahnmedizinischer Fachangestellter ist die zahnärztliche Betreuung von Menschen mit Behinderungen noch nicht überall in das Curriculum der Studierenden / Auszubildenden integriert. Im Rahmen der *Fortbildung* von Zahnärzten und Praxispersonal wird dieses Gebiet oftmals stiefmütterlich behandelt, so dass häufig eine emotionale und soziale Distanz des zahnärztlichen Teams gegenüber Menschen mit Behinderungen besteht.

Bei Kindern und Jugendlichen muss die *präventive Betreuung* (Mundhygiene, Ernährungslenkung, Fluoridapplikation, engmaschige zahnärztliche Untersuchung) umfassender als bisher erfolgen und an erster Stelle stehen (vgl. Heinrich-Weltzien, 2004). Aus wissenschaftlicher Sicht ist zu begrüßen, dass die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DZMK) plant, noch in diesem Jahr eine wissenschaftliche Stellungnahme zur Thematik Behindertenzahnheilkunde herauszugeben.

Schließlich erfordert ein umfassendes zahnärztliches Betreuungskonzept von behinderten Patienten die interdisziplinäre *Kooperation* von Vertretern verschiedener medizinischer Disziplinen (Zahnarzt, Anästhesist, Arzt, Psychiater, Psychologe, Neurologe, Pflege) von sozialen Diensten / Behörden (Sonderpädagoge, Logopäde, Sozialbehörden, Krankenkassen, ÖGD), Eltern, Angehörigen und Selbsthilfeorganisationen. Diese Zusammenarbeit als wesentliche Voraussetzung für eine wirksame Betreuung gestaltet sich regional unterschiedlich erfolgreich und ist bundesweit unbedingt ausbaufähig. Eine verstärkte Kooperationsbereitschaft der Behinderteneinrichtungen mit dem zahnärztlichen Berufsstand wäre in diesem Sinne wünschenswert.

Die umrissene Komplexität aus somatisch bedingten Restriktionen der Betroffenen sowie aus gesellschaftlichen, gesundheits- und professionspolitischen Barrieren führt zu Hemmnissen bei der Umsetzung einer adäquaten zahnärztlichen Betreuung von behinderten Patienten, wobei insbesondere präventive Maßnahmen bei Schwerstbehinderten vernachlässigt werden. Aus dieser Defizitanalyse ergibt sich das mittelfristige Ziel, die zahnärztliche Betreuungssituation für behinderte Patienten zu verbessern, um die Mundgesundheit dieser Patienten zu fördern und auf das Niveau von nicht behinderten Bevölkerungsgruppen anzuheben. Hierfür ist die derzeitige Form der zahnärztlichen Versorgung behinderter Patienten in Deutschland nicht ausreichend.

4. Ausblick und Zielvorstellungen

Die zahnärztliche Betreuung von Menschen mit Behinderungen ist leider immer noch ein Randgebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Aus den bestehenden Defiziten und Hemmnissen ergeben sich Konsequenzen und Handlungsebenen für den zahnärztlichen Berufsstand, die Sozialpolitik und die Kostenträger. Ziel sollte es sein für die sozialmedizinische Risikogruppe der Menschen mit Behinderungen über zugehende Betreuungsentwürfe (Fürsorge) als auch über eine Stärkung der Teilhabe dieser Patienten an der zahnärztlichen Versorgung einschließlich präventiver Maßnahmen, ein lebensbegleitendes prophylaxeorientiertes und ganzheitliches Betreuungskonzept bereit zu stellen, um diesen Menschen eine entsprechende Versorgung zu ermöglichen.

Konkret lassen sich folgende prioritäre *Kernforderungen* als Voraussetzung für eine adäquate zahnärztliche Betreuung von Menschen mit Behinderungen herausarbeiten:

- Integration der zahnärztlichen Betreuung von Menschen mit Behinderungen in das Curriculum des Zahnmedizinstudiums sowie Vermittlung wesentlicher Inhalte in der Ausbildung zur Zahnmedizinischen Fachangestellten,
 - Intensivierung der Fortbildung für das gesamte zahnärztliche Team,
 - Fortbildung für Eltern, Angehörige und Betreuer von Menschen mit Behinderungen auf dem Gebiet der Mundhygiene,
 - Wissensvermittlung in der Mundhygiene in der Ausbildung für Heilpädagogen, Pflegekräfte und Betreuer von Menschen mit Behinderungen,
 - Regelmäßige, engmaschige zahnärztliche Untersuchungen (Prophylaxemaßnahmen, Recall) bei Menschen mit Behinderungen,
 - Interdisziplinäre Vernetzung der Kooperationspartner bei der Betreuung von Menschen mit Behinderungen fördern,
- und
- die Bereitstellung gesundheitsökonomischer Ressourcen, d.h. auch die Gewährung einer angemessenen Vergütung des Mehraufwandes der zahnärztlichen Betreuung außerhalb des GKV-Budgets.

Die Umsetzung dieser Forderungen wird die Bereitschaft vieler Zahnärzte eine Behandlung behinderter Patienten durchzuführen, erhöhen, wird ihnen Berührungsängste nehmen und das Verständnis eröffnen, dass behinderte Menschen keine Außenseiter oder Kuriosa sind. Die Förderung der Mundgesundheit von Patienten mit Behinderungen ist ein erstrebenswertes Ziel, welches jedoch nicht unentgeltlich erreicht werden kann.

Literatur

BBG: Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (Behindertengleichstellungsgesetz des Bundes) vom 27. April 2002, BGBl. I, S. 1467

BZÄK (Hrsg.): Die adäquate zahnärztliche Versorgung und eine sachgerechte Vergütung dieser Versorgung bei behinderten und immobilen Patienten. Typoscript, 2001, S. 1-5

BZÄK (Hrsg.): Handbuch der Mundhygiene für betagte Menschen, chronisch Kranke, Behinderte – Ein Ratgeber für das Pflegepersonal. Bonn-Berlin, August 2002

BZÄK: Zahnärztliche Versorgung behinderter Patienten in Zahnarzt-Praxen. Telefonische Abfrage der (Landes)Zahnärztekammern durch die Bundeszahnärztekammer im Februar 2004

Cichon, P: Verweildauer zahnärztlicher Restaurationen bei Behinderten. Deutsch Zahnärztl Z 1999, (54), S. 96-102

DAJ (Hrsg.): Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2000. Gutachten. Bonn 2001

EJMB: Beschluss des Rates der Europäischen Union über das Europäische Jahr der Menschen mit Behinderungen (EJMB) vom 03. Dezember 2001, Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften (19.12.2001), 2001/903/EG, S. 15-20

GMG: Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 14. November 2003, BGBl. I, 2190

GSG: Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der GKV vom 21. Dezember 1992, BGBl. I, 2266

Heinrich-Weltzien, R.: Präventive Betreuung behinderter Kinder und Jugendlicher – im Muss! BZB 01,02/2004, S. 29-31

Holthaus, V.: Bericht des Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Behindertenbehandlung im BDO. BDO 02 (2001), S. 14-16

IDZ (Hrsg.): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III): Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997. Köln 1999

Kaschke, I., Jahn K.-R.: Ohne Lobby und Subventionen – Patienten mit Behinderungen und die deutsche Zahnmedizin im Jahr 2002. Quintessenz Team-Journal 32 (2002), S. 579-581

KOM: Mitteilung der Kommission der Europ. Gemeinsh. an den Rat, das Europ. Parlament: Chancengleichheit für Menschen mit Behinderungen – ein europäischer Aktionsplan. Bundesrat-Drucksache 861/03 (13.11.2003), S. 2-28

Oliver, C., Nunn, J.: The accessibility of dental treatment to adults with physical disabilities aged 16-64 in the North East of England. J Spec Care Dent 16 (1996), S. 4-7

Priehn-Küpper S., Häussermann, E.: Behinderte in der Zahnarztpraxis – Nötig: Atmosphäre, Herzwärme und viel Zeit. Zahnärztl Mitt 22/1993, S. 26-32

Sander, A.: Behindertenstatistik. In: Dupuis, G., Kerkhoff, W. (Hrsg.). Enzyklopädie der Sonderpädagogik, der Heilpädagogik und ihrer Nachbargebiete. Berlin 1992, 1. Auflage, S. 70

SGB IX: Sozialgesetzbuch Neuntes Buch Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001, BGBl. I, S. 1046, 1047, zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I, S. 3022

Statistisches Bundesamt: Schwerbehinderte Menschen am Jahresende. <http://www.destatis.de/cgi-bin/printview.pl>; 10.02.2004