

Statement

Dr. Volker Holthaus, Bad Segeberg,

Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche

Behindertenbehandlung im Berufsverband Deutscher Oralchirurgen

Es gilt das gesprochene Wort

Zahnärztliche Behandlung von Patienten mit geistigen, körperlichen, mentalen und psychischen Behinderungen

Die zahnärztliche Behandlung körperlich und geistig behinderter Patienten ist trotz der Fortschritte in der Zahnheilkunde nach wie vor mit Problemen behaftet. Sie stellt für jeden Zahnarzt eine zeitaufwendige, anspruchsvolle und in nahezu allen Fällen eine interdisziplinäre Versorgung dar. Aufgrund der motorischen und auch häufig intellektuellen Unfähigkeit zu einer ausreichenden Mundpflege sind Karies und entzündliche Parodontalerkrankungen die Hauptursache für Zahnverluste. Diese Defizite können sowohl mit Hilfe der häuslichen oder institutionellen Betreuung verbessert, aber sicherlich nicht gänzlich ausgeglichen werden. Zudem fehlt oft die Einsicht zu einer regelmäßigen zahnärztlichen Betreuung, auch zu einer regelmäßigen Prophylaxe, so dass zahnärztliche Dienste häufig nur beschwerdeorientiert aufgesucht und gewünscht werden.

Die Vernachlässigung präventiver Maßnahmen bei Schwerstbehinderten führt in Verbindung mit einer noch nicht ausreichenden zahnärztlichen Versorgung zu einem oralen Gesundheitszustand, der von überdurchschnittlichem Zahnverlust, hohem Kariesbefall, massiven parodontalen Problemen und einem ausgesprochenen niedrigen Sanierungsgrad geprägt ist.

Allerdings sind die hohe Morbiditätsrate der Zähne und der relativ schlechte Sanierungszustand nicht nur mit ungenügender Mundpflege und Behandlungsunwilligkeit zu erklären, sondern es liegt auch zur Teil noch eine ungenügende zahnärztliche Versorgung vor. Weder im Studium, noch in späteren Fortbildungen wird der Umgang mit behinderten Patienten intensiv genug gelehrt. Es gibt Ansätze, den Studiengang entsprechend zu erweitern. An vielen Universitäten wird derzeit die zahnärztliche Behindertenbehandlung in den studentischen oder postgraduierten Ausbildungsweg integriert.

Die Behandlung behinderter Patienten ist auch immer eine interdisziplinäre Versorgung. Im Vorfeld müssen, insbesondere bei Mehrfachbehinderten, intensive Absprachen mit den anderen beteiligten Disziplinen der Medizin getroffen werden. Hierbei

werden dem behandelnden Zahnarzt auch Grundkenntnisse in der Kinderheilkunde, der Intensivmedizin, der Anästhesiologie und der inneren Medizin abverlangt. Schon dieser Umstand verlangt eine andauernde Weiterbildung.

Aus diesen Ausführungen ergeben sich die **Grundsätze** in der Behindertenbehandlung. Sie sind zahnärztlich und ethisch wie folgt definiert:

Die zahnärztliche Behandlung behinderter Patienten darf sich in ihrem Ziel nicht von der der Nichtbehinderten unterscheiden.

Die Schwerpunkte der Behandlung sollen präventive und zahnerhaltende Maßnahmen sein.

Eine notwendig werdende prothetische Versorgung soll in ihrer technischen Ausführung einfach und sicher sein, wenn möglich ist immer ein feststehender Zahnersatz anzustreben.

Regelmäßige Nachuntersuchungen mit prophylaktischen Maßnahmen sind unverzichtbar, diese müssen auch - wenn es nicht anders möglich ist - in ITN durchgeführt werden.

Die Angehörigen und das Betreuungspersonal sollen in die tägliche Mundpflege eingebunden werden und sind entsprechend zu unterweisen.

Um welche Patienten handelt es sich?

Die Weltorganisation der zahnärztlichen Behindertenbehandlung (IADH) hat in ihrer Stellungnahme einen Katalog aufgestellt, der hier in Deutschland von der nationalen Arbeitsgemeinschaft in Zusammenarbeit mit der Bundeszahnärztekammer und der Konrad-Morgenroth-Stiftung („Koordinierungskonferenz zur zahnärztlichen Behindertenbehandlung“) entsprechend modifiziert und angeglichen worden ist

Es sind in erster Linie neurophysiologische Behinderungen, wie die Oligophrenien. Die Demenz, hier ist insbesondere der M. Alzheimer zu nennen, und natürlich psychische Störungen wie Schizophrenien, Depressionen und Psychosen, sowie autistische Störungen. Drogen- und Alkoholerkrankungen sind ein weiteres Feld. In vielen Fällen sind aufwendige Behandlungen in Intubationsnarkosen nötig, um die maroden, vernachlässigten Gebisse zu sanieren.

Selbstverständlich spielen auch die Defekte und Fehlentwicklungen eine große Rolle, hier sind insbesondere die Hirnanomalien, die Missbildungen und die Chromosomenanomalien zu nennen.

Weiterhin sind es die körperlichen Behinderungen, die neuromuskulären Erkrankungen, im Alter der M. Parkinson, als kindliche Erkrankung die infantile Zerebralparese. Hinzu kommt die Multiple Sklerose, die progredient die Patienten an den Rollstuhl fesselt.

Als Folge von Unfällen und Tumoroperationen sind häufig zerebrovaskuläre Störungen vorhanden, die Patienten sind apallisch. Dementsprechend ist auch der orale Zustand in Bezug auf Sauberkeit, weil die Patienten häufig krampfen und einer Zahnreinigung nicht zugänglich sind.

Die weiter angeführten relevanten Beeinträchtigungen beziehen sich auf Sonderfälle, die sich nicht in Schemata eingliedern lassen. Dazu gehören die Patienten mit reduziertem Allgemeinzustand, insbesondere im terminalen Stadium der Kachexie, sowie die Kleinkinder mit „Zuckerteekaries“.

Nicht unerwähnt dürfen die Phobien bleiben, die es leider sehr häufig in extremer Form gibt. Diese Patienten sind nicht in der Lage, den Klingelknopf der Praxis zu drücken und werden wegen ihres schlechten Oralzustandes sozial und partnerschaftlich ausgegrenzt.

Bei allen diesen aufgeführten Defiziten und Erkrankungen ist eine zahnärztliche Behandlung mit sehr hohem Zeitfaktor, hohen Kosten und Einsatz nötig, sowie in vielen Fällen auch nur unter Mithilfe eines Anästhesisten möglich.

Damit ist ein **Forderungskatalog** aufgestellt, den es gilt mit Leben zu erfüllen. Die Problematik der Umsetzung ist bekannt, es muss aber an dieser Stelle auf die schlechten Rahmenbedingungen, die uns besonders in Deutschland durch die gesetzlichen Krankenkassen aufgezwängt worden sind, hingewiesen werden. Eine suffiziente Behandlung von Patienten mit Behinderungen ist unter dem Deckel eines Budgets der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erbringbar.

Damit stellt sich die notwendige Frage, wie die *Mehrkosten* oder eine Kostenvereinbarung mit den gesetzlichen Krankenversicherungen *außerhalb* des Budgets bei dem individuellen Patient zu begründen ist.

Gegenüber den Kostenträgern sind die folgenden Voraussetzungen zu begründen.

Hierüber wird zu diskutieren sein. Es dürfen keine unüberwindbaren bürokratischen Hürden aufgebaut werden.

Das heutige Symposium soll den Blick auch der nicht wissenschaftlichen Teilnehmer öffnen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Volker Holthaus
Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Behindertenbehandlung im
Berufsverband Deutscher Oralchirurgen
Kurhausstr. 5
23795 Bad Segeberg