

Prof. Dr. Andreas G. Schulte - Universitätsklinikum Heidelberg, Poliklinik für Zahnerhaltungskunde - Im Neuenheimer Feld 400 - D-69120 Heidelberg

Prof. Dr. Andreas G. Schulte
Ltd. Oberarzt
Universitätsklinikum Heidelberg
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde
Im Neuenheimer Feld 400
D-69120 Heidelberg

Tel.: +49 6221 56-6024
Fax: +49 6221 56-5074
andreas.schulte@
med.uni-heidelberg.de

Statement

„Es besteht großer Forschungsbedarf“

Es ist eine große Auszeichnung für die deutsche Zahnmedizin, dass die diesjährige Tagung der International Association for Disability and Oral Health (iADH) in Deutschland stattfindet. Zahlreiche deutsche Wissenschaftler wurden gebeten, ein Hauptreferat auf dieser Tagung zu halten. Darüber hinaus können sich deutsche Zahnärzte auf dieser Tagung sehr einfach informieren, welche diagnostischen, präventiven und therapeutischen Methoden in anderen Ländern bei der zahnärztlichen Betreuung von Patienten mit Behinderung angewandt werden.

Dies darf jedoch nicht darüber hinweg täuschen, dass auch weiterhin ein großer Forschungsbedarf in Bezug auf die zahnmedizinische Betreuung von Menschen mit zahnmedizinisch relevanter Behinderung besteht. In diesem Zusammenhang muss darauf hingewiesen werden, dass die Mundgesundheit vor allem von Menschen mit geistiger Behinderung im Durchschnitt deutlich schlechter als diejenige der Gesamtbevölkerung ist. Dies hat mehrere Gründe:

- a) Menschen mit einer geistigen Behinderung können in der Regel keine ausreichende eigenverantwortliche Mundhygiene durchführen und sind diesbezüglich in unterschiedlichem Maß auf die Unterstützung durch Familienangehörige, Betreuer in Einrichtungen und zahnmedizinischem Fachpersonal angewiesen.
- b) Menschen mit einer geistigen Behinderung benötigen in der Regel erheblich mehr Zeit bei der zahnärztlichen Behandlung, weil sie weniger belastbar und kooperationsfähig sind. Dies hat häufig zur Folge, dass die zahnmedizinische Therapie, die üblicherweise in einer Sitzung durchgeführt werden kann, auf mehrere Sitzungen verteilt werden muss oder sogar in Vollnarkose erfolgen muss.
- c) Viele Menschen mit einer geistigen Behinderung können den Zahnarzt nicht eigenverantwortlich aufsuchen, sondern sind auf die Unterstützung von Familienangehörigen oder Betreuern angewiesen. Dies hat häufig zur Folge, dass diese Patienten erst dann bei einem Zahnarzt vorgestellt werden, wenn sich bereits große Zahndefekte entwickelt haben oder Beschwerden in der Mundhöhle vorliegen.
- d) Wenn Wurzelkanalbehandlungen, prothetische Versorgungen oder Parodontitisbehandlungen bei Menschen mit geistiger Behinderung erforderlich sind, muss diese Therapie häufig abweichend von dem Schema, das üblicherweise in der Allgemeinbevölkerung angewandt wird, erfolgen. In bestimmten Situationen kann sie auch gar nicht durchgeführt werden. Hierfür stehen dem Zahnarzt leider zu wenig fundierte Entscheidungshilfen zur Verfügung. Dies alles hat zur Folge, dass bei Menschen mit geistiger Behinderung mehr Zähne extrahiert werden müssen als in der Allgemeinbevölkerung. Deshalb muss in wissenschaftlichen Untersuchungen verstärkt erforscht werden, wie sich karies- und parodontitispräventive Maßnahmen bzw. Früherkennung und Frühbehandlung bei dieser Patientengruppe umsetzen lassen.

In einer Zeit, in der therapeutische Entscheidungen möglichst auf der Grundlage von guten klinischen und epidemiologischen Studien erfolgen sollen, muss mit Nachdruck darauf hingewiesen werden, dass gerade für die zahnärztliche Therapie von Menschen mit Behinderung solche Studien fehlen. Die Ursache hierfür liegt in erster Linie darin begründet, dass es praktisch keine Geldgeber für Studien gibt, die sich primär mit der Gruppe der Menschen mit Behinderung befassen. Unsere deprimierende Erfahrung ist, dass Anträge zur Finanzierung derartiger Studien immer durch das Raster potentieller Geldgeber fallen. Dies wiederum hat zur Folge, dass an den Universitäten nur wenige Kolleginnen und Kollegen in der Lage sind, Forschung auf diesem Gebiet zu betreiben.

In der deutschen Hochschulzahnmedizin besteht darüber hinaus ein strukturelles Problem. Die deutschen Universitäts-Zahnkliniken erhalten ihr Personal primär zur Ausbildung von Zahnmedizinstudenten. Deshalb bleibt den Universitäts-Zahnkliniken nur wenig Spielraum zur Behandlung von Patienten mit besonderen Herausforderungen, wie sie z.B. die Gruppe der Menschen mit Behinderung darstellt. Darüber hinaus gibt es keine obligaten Lehrinhalte zum Thema zahnmedizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung in der Ausbildung der Studierenden. Ein Lichtblick stellt die Tatsache dar, dass Anfang dieses Jahres von der Universität Witten-Herdecke die erste Professur in Deutschland für behindertenorientierte Zahnmedizin ausgeschrieben wurde. Dieses war nur möglich, weil die Universität Witten-Herdecke hierfür einen Stifter gefunden hat. Die deutschen Universitäts-Zahnkliniken benötigen mehr finanziellen und personellen Spielraum, damit dort klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte für Menschen mit Behinderung oder besonderem zahnmedizinischen Betreuungsbedarf (z.B. für Patienten mit seltenen Erkrankungen, Syndromen oder Pflegebedarf) aufgebaut werden können.

Abschließend soll darauf hingewiesen werden, dass die Umsetzung präventiver Maßnahmen bei der zahnärztlichen Betreuung von Erwachsenen u.a. auch daran scheitert, dass die gesetzlichen Krankenkassen diese Leistungen nur für Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 17 Jahren bezahlen. Im Konsens wurde von Wissenschaft, Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung ein Konzept mit dem Titel „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter – Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (AuB Konzept)“ erarbeitet und bereits 2010 der Öffentlichkeit vorgestellt. Leider hat dieser Vorschlag immer noch nicht dazu geführt, dass zahnmedizinische Präventionsleistungen auch für Erwachsene mit zahnmedizinisch relevanter Behinderung von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden. **Es ist dringend erforderlich, den Leistungsanspruch für Patienten mit zahnmedizinisch relevanten Behinderungen im SGB V gesetzlich zu verankern.** Dies muss auch vor dem Hintergrund erfolgen, dass Deutschland im Jahr 2009 die UN - Konvention für Menschen mit Behinderung unterzeichnet hat. In dieser ist das Recht auf „...spezielle Gesundheitsangebote, die sie aufgrund ihrer Beeinträchtigungen benötigen,...“ (§ 25) festgeschrieben. Ohne diese Maßnahmen wird es nicht möglich sein, die Mundgesundheit von Menschen mit zahnmedizinisch relevanter Behinderung entscheidend zu verbessern.

Prof. Dr. Andreas G. Schulte
Tagungspräsident der iADH-Tagung 2014 in Berlin