

Grundsätze bei der zahnärztlichen Behandlung von Personen mit Behinderungen

1. Definition und Problemstellung

Grundlegend lässt sich Behinderung folgendermaßen definieren: „Als behindert gelten Personen, welche infolge einer Schädigung ihrer körperlichen, seelischen oder geistigen Funktionen soweit beeinträchtigt sind, dass ihre unmittelbaren Lebensverrichtungen oder die Teilnahme am Leben der Gesellschaft erschwert werden“ [Bleidick 1977]. Darüberhinaus lässt sich jede Art von Behinderung bzw. Kombination verschiedener Behinderungen medizinisch sowohl mit Hilfe des International Code of Diagnoses (ICD) als auch der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) beschreiben [WHO 2001]. In Deutschland erfolgt die formale Anerkennung einer Behinderung durch Amtsärzte. Aus den offiziellen Meldungen geht hervor, dass in Deutschland am 31.12.2001 1,67 Millionen Personen lebten, denen eine 100%ige angeborene oder erworbene Behinderung amtlich bescheinigt wurde (Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland 2003). Die Zahl der Personen mit einer amtlich anerkannten angeborenen Behinderung (Grad der Behinderung 50-100%) betrug an diesem Stichtag 312.410.

Wissenschaftliche Untersuchungen und klinische Erfahrungen zeigen, dass der orale Gesundheitszustand bei vielen Personen mit Behinderungen deutlich schlechter ist als in der Allgemeinbevölkerung (Einwag et al. 1989; Pieper 1990; Schulte et al., 1992; Griess et al. 1996; Nunn 2000). Daraus kann jedoch nicht abgeleitet werden, dass das Vorliegen jeder Art von Behinderung automatisch zu einer Benachteiligung für die Mund- und Zahngesundheit der betroffenen Personen führt (Cichon und Grimm 1999). Dies trifft nur dann zu, wenn mit den angeborenen oder erworbenen Behinderungen eine oder mehrere der nachfolgend aufgeführten Begleiterscheinungen verbunden ist bzw. sind:

1. Beeinträchtigte Mund- und Kaufunktion (z.B. bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, Anodontie, ausgeprägte Hypodontie oder neurologischen

- Störungen);
2. Störungen der Immunlage im Bereich des Parodontiums (z.B. Morbus Down);
 3. Reduzierte oder fehlende Fähigkeit, selbst eine ausreichende Mundhygiene durchzuführen (z. B. wegen motorischer Störungen, psychischer Störungen, mentaler Retardierung, Demenz, Lähmungen, Auslösung spastischer Anfälle durch Berührung einer hypersensiblen Mundschleimhaut, fehlender oder unphysiologisch gebildeter oberer Extremitäten);
 4. Fehlende oder unzureichende Fähigkeit, selbst Besuche bei einem Zahnarzt zu veranlassen, um regelmäßige Kontrollen und bei Bedarf eine frühzeitige Therapie durchführen zu lassen bzw. um präventive Maßnahmen in Anspruch zu nehmen (z.B. bei psychischen Störungen, mentaler Retardierung, Demenz);
 5. Eingeschränkte oder fehlende Fähigkeit, ausreichend bei der zahnärztlichen Untersuchung und/oder der zahnärztlichen Therapie kooperieren zu können.

Der deutsche Gesetzgeber betont, dass die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Personen mit Behinderungen insbesondere die Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe umfasst; auch wird ausdrücklich darauf verwiesen, dass hierbei „die Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln“ eingeschlossen ist (Sozialgesetzbuch IX 2001).

Aus diesen Aspekten ergibt sich, dass zahnärztlicherseits vielfältige Maßnahmen sowohl zur Prävention, Früherkennung und Frühtherapie von Gebiss-Schäden als auch zur Rehabilitation stark geschädigter Gebisse bei Personen mit zahnmedizinisch relevanten Behinderungen vorgenommen werden müssen.

2. Anamneseerhebung

Vor der zahnmedizinischen Befunderhebung und Therapieplanung muss bei Personen mit Behinderungen eine umfassende Anamnese erhoben werden, da bei dieser Patientengruppe häufig eine Polymorbidität vorliegt. Die Anamnese muss die in den nachfolgend aufgeführten Fragen angesprochenen sozialen, medizinischen

und zahnmedizinischen Aspekte einschließen.

1. Wie sind die Lebensumstände des Patienten mit einer Behinderung, d.h. lebt er selbständig oder benötigt er hierzu Unterstützung; lebt der Patient zu Hause oder in einer Institution; besucht der Patient eine Schule oder arbeitet er in einer beschützenden Werkstatt? Wie sieht der Tagesplan des Patienten aus und welche therapeutische Maßnahmen beinhaltet dieser?
2. Entscheidet der Patient für sich selbst oder wurde ein offizieller Betreuer bestellt?
3. Liegen neben der primären Behinderung weitere Erkrankungen vor und welche medizinischen Befunde wurden bisher erhoben?
4. Inwieweit sind bei einer Person mit Behinderungen die geistig-seelisch-körperlichen Voraussetzungen vorhanden, um geeignete Maßnahmen zur Erhaltung der Gebissfunktionen (z.B. ausgewogene Ernährung, Mundhygiene, Fluoridierung, Aufsuchen eines Zahnarztes) selbst durchführen zu können?
5. In welchem Ausmaß sind ggfs. betreuende Personen (z.B. Familienangehörige oder Mitarbeiter von beruflichen, medizinischen, pädagogischen oder sozialen Einrichtungen) fähig bzw. in die Lage versetzbar, Defizite von Personen mit Behinderungen bei den Maßnahmen zur Erhaltung der Gebissfunktionen zu kompensieren?
6. In welchem Ausmaß ist eine Person mit Behinderungen in der Lage, bei der Erhebung der zahnärztlichen Befunde sowie bei der gegebenenfalls erforderlichen zahnärztlichen Therapie zu kooperieren?
7. Welcher Art und wie erfolgreich war die ggfs. bisher erfolgte zahnmedizinische Therapie?

3. Befunderhebung und Diagnosestellung

Bei der zahnärztlichen Befunderhebung von Patienten mit Behinderungen und stark eingeschränkter Kooperationsfähigkeit muss berücksichtigt werden, dass diese

manchmal erst nach einer systematischen, vertrauensbildenden Adaptationsphase vollständig durchgeführt werden kann. Scheitert diese, ist die genaue intraorale Befunderhebung bei diesen Patienten zusammen mit der zahnärztlichen Therapie nur in Allgemeinanästhesie möglich. Die Informationen, die mit Hilfe der unter den Punkten 2.1 - 2.6 aufgeführten Fragen und durch die Befunderhebung gewonnen wurden, müssen vor der zahnärztlichen Diagnosestellung und Therapieentscheidung dazu verwendet werden, eine diesbezügliche Risikoeinschätzung vorzunehmen.

4. **Behandlungsgrundsätze** Für die zahnmedizinische Betreuung sowie die zahnärztliche Behandlung von Personen mit Behinderungen gelten folgende Behandlungsgrundsätze, deren Umsetzung vor allem in Abhängigkeit vom Ausmaß der Kooperationsfähigkeit einen erhöhten personellen, zeitlichen und apparativen Aufwand erfordern kann, z.B. bei entsprechender Indikation und nach sorgfältiger Risikoabwägung durch die Behandlung in Allgemeinanästhesie.

1. Wegen der in der Regel komplexen medizinischen Befunde erfordert die zahnmedizinische Betreuung von Personen mit Behinderungen in überdurchschnittlichem Maße eine intradisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen zahnmedizinischen Fachgruppen und eine interdisziplinäre Kooperation der verschiedenen ärztlichen Disziplinen und der nichtärztlichen Berufsgruppen.
2. Im Grundsatz darf sich das Ergebnis der zahnmedizinischen Versorgung von Patienten mit Behinderungen nicht von dem eines Patienten ohne Behinderungen unterscheiden. Dies gilt für sowohl für restaurative, endodontische, parodontologische, prothetische, kieferorthopädische als auch für zahnärztlich- chirurgische und kieferchirurgische Maßnahmen. Hierfür kann es erforderlich sein, bei Personen mit Behinderungen Abweichungen von der bei Personen ohne Behinderungen üblicherweise durchgeführten Therapie vorzunehmen. Derartige Abweichungen bedürfen einer Begründung.
3. Zur Unterstützung der sozialen Integration von Patienten mit Behinderungen sollte die Indikationsstellung für zahnärztliche Therapien und deren Durchführung auch bei dieser Bevölkerungsgruppe nicht nur funktionelle,

sondern auch ästhetische Gesichtspunkte einbeziehen.

5. Nachsorge

Zur Aufrechterhaltung der therapeutischen Erfolge und der langfristigen Erhaltung der Gebissfunktionen ist es unverzichtbar, gerade bei Personen mit Behinderungen in risikoadäquaten Zeitabständen eine zahnärztliche Nachsorge in Verbindung mit zahnmedizinisch-präventiven Maßnahmen durchzuführen. Darüber hinaus bedürfen Personen mit Behinderungen zum langfristigen Erhalt der Gebissfunktionen vielfach einer regelmäßigen fachkundigen Unterstützung und Hilfestellung durch die Angehörigen und/oder die betreuenden Mitarbeiter aus beruflichen, medizinischen, pädagogischen und sozialen Einrichtungen. Hierfür müssen letztere die Gelegenheit erhalten, fachkundig geschult bzw. weitergebildet zu werden.

Autoren: P. Cichon, U. Ehmer, A. Hohoff, E. Machtens, P. Scheutzel, A. Schulte

Quelle: DZZ (59) 2004

Gemeinsame Stellungnahme Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung, der Deutschen Gesellschaft für Prothetik und Werkstoffkunde, der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde, der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie, der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie, der Deutschen Gesellschaft für MKG-Chirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Stand 7/2004 V. 1.0

Literatur

Bleidick, U.: Einführung in die Behindertenpädagogik Bd. 1-3. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1977. Cichon, P., Grimm, W.-D.: Zahnheilkunde für behinderte Patienten. Schlüterscher

GmbH-Verlag, Hannover 1999

Einwag, J., Vierling, P., Hüftlein, U., Dünninger, P.: Epidemiologie und Behandlungsbedarf von Karies und Parodontalerkrankungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen. Dtsch Zahnärztl Z 44, 498 (1989).

Griess, M., Reilmann, B., Chanavaz, M.: The DMFT of handicapped patients from 1984 to 1995. Int Dent J 46 (Suppl. 2), 431 (1996).

Nunn, J.: Disability and Oral Care. FDI World Dental Press.London/United Kingdom 2000.

Pieper, K.: Karies- und Gingivitisprophylaxe bei behinderten Kindern und Jugendlichen. Hanser München 1990.

Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Vom 19. Juni 2001.

www.behindertenbeauftragter.de/files/1027946170.39/SGB_IX.pdf

Schulte, A., Kelling, W., Ott, K.H.R.: Statistische Erhebung zur Gebißsanierung schwerbehinderter Patienten in Narkose. Zahnärztl Welt 101, 26 (1992).

World Health Organisation (WHO): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organisation Genf 2001.