

Überblicksartikel

Zahnmedizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung

Menschen mit Behinderung haben ein Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit, ohne diskriminiert zu werden. Um individuelle Benachteiligungen infolge von Behinderung zu vermeiden, ist daraus auch die Anspruchsberechtigung auf besondere zahnmedizinische Fürsorge abzuleiten. Dafür wird ein Konzept benötigt, das Menschen mit Behinderung trotz begrenzten Budgets, restriktiven Richtlinien und bürokratischen Hemmnissen eine gleichwertige zahnmedizinische Versorgung ermöglicht.

Dr. Imke Kaschke/Berlin

■ **Im März 2009** ratifizierte Deutschland die UN-Behindertenrechtskonvention, in der das Recht für Menschen mit Behinderung anerkannt wird, das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung zu genießen. Im Artikel 25 – Gesundheit – Absatz b der UN-Behindertenrechtskonvention¹ heißt es dazu: „Insbesondere bieten die Vertragsstaaten die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer

Behinderung benötigt werden, soweit angebracht, einschließlich Früherkennung und Frühintervention, sowie Leistungen, durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen.“

Um individuelle Benachteiligungen infolge von Behinderung zu vermeiden, ist daraus auch die Anspruchsberechtigung auf besondere zahnmedizinische Fürsorge abzuleiten. Insbesondere für

jugendliche und erwachsene Menschen mit Behinderung ist eine Benachteiligung hinsichtlich der adäquaten (zahn-)medizinischen Versorgung festzustellen.

Der behinderungsbedingte Versorgungsmehrbedarf ist finanziell nicht ausreichend gedeckt. Um dem grundgesetzlichen Auftrag, dass niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden darf (Artikel 3 Abs. 3 GG) Geltung zu verschaffen, ist das medizinische Versorgungssystem so weiterzuentwickeln, dass Menschen mit Behinderung eine gleichwertige medizinische Versorgung wie der übrigen Bevölkerung garantiert wird.

Wer ist betroffen?

Nach Mitteilung des Statistischen Bundesamts (Destatis) lebten zum Jahresende 2009 in Deutschland 7,1 Millionen schwerbehinderte Menschen, was einem Anteil von 8,7 Prozent der gesamten Bevölkerung in Deutschland entspricht.² Nur ein geringer Prozentsatz von Behinderungen ist angeboren. Der weitaus größere Teil, man schätzt bis zu 96 Prozent, tritt im Laufe des Lebens durch Krankheiten, Unfälle und Alterungsprozesse ein. Beim größten Anteil von Men-



Abb. 1

▲ Abb. 1: Anleitung des Zähneputzens mit behindertengerechter Zahnbürste.

schen mit Schwerbehinderung liegen körperliche Einschränkungen vor. Allerdings leben in Deutschland auch ca. 700.000 Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung (Tab. 1).

Eine zahnärztlich relevante Behinderung liegt unabhängig vom Lebensalter bei allen Menschen mit angeborenen oder erworbenen Beeinträchtigungen vor, deren Mundhygienefähigkeit und/oder Behandlungskooperativität aufgrund körperlicher und/oder geistiger Behinderung beeinträchtigt sind. Zahnmedizinisch relevant behindert ist insbesondere, wer durch eine gesundheitliche Funktionsstörung gehindert ist, im üblichen Maß eigene Vorsorge zur Zahngesundheit zu betreiben.

Laut Cichon und Grimm³ liegt eine solche zahnmedizinisch relevante Benachteiligung erst dann vor, wenn eine der folgenden Begleiterscheinungen assoziiert ist:

- ▶ beeinträchtigte Mund- und Kaufunktion
- ▶ Störung der Immunlage
- ▶ reduzierte oder fehlende Fähigkeiten bei der Mundhygiene
- ▶ reduzierte oder fehlende Fähigkeiten, selbst Zahnarztbesuche zu veranlassen, frühzeitig Therapien durchführen zu lassen oder präventive Maßnahmen in Anspruch zu nehmen
- ▶ reduzierte oder fehlende Fähigkeiten, ausreichend bei der zahnärztlichen Untersuchung/Therapie zu kooperieren

Probleme in der zahnmedizinischen Versorgung

Obwohl mithilfe strukturierter Prophylaxeprogramme die Zahn- und Mundgesundheit insgesamt verbessert werden konnte (DMS IV 2006), profitierten Menschen mit Behinderung nicht im selben Umfang von dieser Entwicklung. Sie weisen häufig infolge eingeschränkter Kooperativität und schlechterer Mundhygiene ein höheres Risiko für Karies und Parodontalerkrankungen im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung auf.

Nach wie vor gehören diese Patienten zur Hochrisikogruppe für Karies- und Parodontalerkrankungen.^{5,6} Bestätigt wird dies u.a. durch Ergebnisse einer Mundgesundheitsstudie (MGS 2004), bei der Befunde von 92 Menschen mit Behinderung der Altersklasse der 35- bis 44-Jährigen⁷ einbezogen und analogen Daten der Dritten und Vierten Deutschen Mundgesund-



Abb. 2

▲ Abb. 2: Zahnärztliche Untersuchung.

heitsstudie (DMS III 1999⁸, DMS IV 2006⁹) gegenübergestellt wurden (Tab. 2).

Auch Daten, die im Rahmen des Special Smiles Programms von Special Olympics Deutschland bei Athleten mit geistiger Behinderung erhoben wurden, bestätigen die Notwendigkeit der Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit.¹⁰ Von 420 untersuchten Athleten zwischen 18 und 70 Jahren (Durchschnittsalter 30,8 +/- 10,2 Jahre) wiesen 59 Prozent eine Gingivitis auf. Der DMFT der 35- bis 44-jährigen Athleten betrug 13,5 mit einer durchschnittlichen Anzahl von 4,2 fehlenden Zähnen (DMS IV, jeweils 35- bis 44-Jährige: 2,4), einer durchschnittlichen Anzahl von 0,9 zerstörten Zähnen (DMS IV: 0,5) sowie einer durchschnittlichen Anzahl von 9,5 gefüllten Zähnen bei Familienangehörigen lebenden Athleten im Gegensatz zu nur 7,7 gefüllten Zähnen bei im Wohnheim lebenden Athleten dieser Altersgruppe (DMS IV: 11,7).

Die Behandlung von Patienten mit Behinderung unterscheidet sich von der anderer Patienten zunächst durch:⁴

- ▶ einen höheren Zeitaufwand
- ▶ kleinere Behandlungsintervalle
- ▶ deutlich höheren Personalaufwand
- ▶ oft notwendige medikamentöse Vorbehandlung

▶ oftmalige Behandlung in Allgemeinanästhesie und Sedation (ca. 40 von hundert Behandlungen müssen in Allgemeinanästhesie erfolgen)

▶ besondere Planungsgrundsätze, die nicht immer mit den Vorgaben der gesetzlichen Krankenkassen vereinbar sind

▶ die Problematik der Finanzierung zahnärztlicher Prophylaxe

Bei komplexer zahnmedizinischer Betreuung ist es möglich, die Benachteiligung infolge der Behinderung, zumindest was den oralen Gesundheitszustand betrifft, zu kompensieren. Das Ziel besteht deshalb in der kontinuierlichen Versorgung der Patienten mit Behinderung über alle Lebensabschnitte, da häufig die prophylaktische Fürsorge wegen Zuständigkeitsfragen mit dem Jugendalter endet.

Zu den erforderlichen Maßnahmen der besonderen zahnmedizinischen Fürsorge gehört zunächst die lebenslange Gewährleistung zahnmedizinischer Gruppenprophylaxe als spezifische Präventionsmaßnahmen für Risikogruppen zum regelmäßigen Bezug bestimmter kostenfreier zahnmedizinischer Präventionsmaßnahmen. Dazu wäre die Öffnung des § 21, SGB V (11) zur Gewährung regelmäßiger zahnmedizinischer Gruppenprophylaxe lebenslang für Menschen aller Alters-

Anteil schwerbehinderter Menschen, Art der Behinderung

64 %	körperliche Behinderungen
14 %	Funktionseinschränkung von Armen und Beinen
10 %	geistige oder seelische Behinderungen
9 %	zerebrale Störungen

▲ Tab. 1: Arten der Schwerbehinderung (Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2009).



▲ **Abb. 3a und b:** Zahnmedizinische Behandlung in Intubationsnarkose.

gruppen mit zahnmedizinisch relevanten Behinderungen erforderlich.

Es wird deshalb ein Konzept benötigt, das Menschen mit Behinderung trotz begrenzten Budgets, restriktiven Richtlinien und bürokratischen Hemmnissen eine gleichwertige zahnmedizinische Versorgung ermöglicht. Diese notwendigen besonderen Maßnahmen im Bereich der Individualprophylaxe und zahnärztlichen Behandlung werden im AuB-Konzept der KZBV, BZÄK und wissenschaftlichen Verbände zusammengefasst und gefordert.¹²

Für die Individualprophylaxe für Menschen mit Behinderungen sind demnach folgende Anpassungen erforderlich:

- ▶ Gewährung regelmäßiger kostenfreier behinderungsspezifischer zahnmedizinischer Individualprophylaxe, mindestens vierteljährlich, auch für Kinder mit Behinderungen zwischen dem 0. und 71. Lebensmonat (Frühförderung KFO; Logopädie) und Erwachsene mit zahnmedizinisch relevanten Behinderungen über dem 18. Lebensjahr durch entsprechende Festlegungen des GBA.
- ▶ Finanzierung (außerhalb des Budgets) folgender Maßnahmen:
 - professionelle Zahnreinigungen
 - Individualprophylaxe nach analogen IP-Positionen unabhängig vom Lebensalter bei Patienten mit besonderem zahnmedizinischen Behandlungsbedarf

– Inhalt und Umfang der notwendigen Prophylaxemaßnahmen nach den individuellen Gegebenheiten des Einzelfalles (Mundhygiene-Status, Aufklärung und Motivation zur Mundgesundheit/Prävention des Patienten und ggf. einer Bezugsperson, Remotivation, lokale Fluoridierungsmaßnahmen, Fissurenversiegelung)

Zur Anpassung der zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen für Menschen mit besonderem zahnmedizinischen Fürsorgebedarf sind folgende Regelungen des Gesetzgebers auf Bundesebene für die vertragszahnärztliche Versorgung zur regelmäßigen Finanzierung des Mehraufwandes notwendig:

- ▶ Vergütung des zeitlichen Mehraufwands (Zuschlag bei zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen, auch für aufsuchende Betreuung) bei der ambulanten zahnärztlichen Behandlung
- ▶ Sonderregelungen für die Abweichung von Richtlinien bei der prothetischen Versorgung nach Begutachtung unter Mitwirkung spezialisierter Gutachter bei den KZVen und Krankenkassen
- ▶ aufwandsadäquate Finanzierung von Behandlungen in Intubationsnarkose zu Gebissanierungen (inklusive prä- und postoperative Betreuung), Finanzierung von Parodontalbehandlungen

gen in Intubationsnarkose, bei unkooperativen Patienten mit Schwerstbehinderung auch ohne vorherige Initialtherapie

Zusammenfassung

Um sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderung den gleich hohen Standard an zahnmedizinischer Betreuung und eine gleich gute Zahn- und Mundgesundheit wie Personen ohne Behinderung erhalten, ist es wichtig, sowohl den Zugang als auch die Angebote einer adäquaten zahnmedizinischen Versorgung zu berücksichtigen. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde zwar ein erster Schritt zur Verbesserung der zahnmedizinischen Betreuung für Menschen mit Pflegebedarf gemacht, in dem finanzielle Zuschläge für aufsuchende Betreuung gewährt werden.

Allerdings geht es bei der Lösung der Versorgungsprobleme für Menschen mit Behinderung vor allem darum, den Leistungsanspruch für den zahnärztlichen Behandlungs- und Präventionsbedarf festzuschreiben. Nur so besteht die Chance, das medizinische Versorgungssystem gesetzlich so weiterzuentwickeln, dass Menschen mit zahnmedizinisch relevanter Behinderung der Leistungsanspruch zum Erreichen einer gleichwertigen Zahn- und Mundgesundheit gesetzlich garantiert werden kann. Und die Umsetzung dieses Grundrechts für Menschen mit Behinderung darf keine Frage von Finanzen sein. ◀◀

Die Literaturliste finden Sie unter www.dentalzeitung.info

	DMF/T	DT	MT	FT	QHI Grad 1	PBI MW	Sanierungs- grad
DMS III 1999⁹	16,1	0,5	4,2	11,7	55,0 %	0,9±0,9	92,5 %
DMS IV 2006¹⁰	14,5	0,5	2,4	11,7	–	–	95,6 %
MGS 2004⁷	12,2	1,0	6,0	5,2	22,0 %	1,6±1,0	80,4 %
Cichon & Donay 2004⁵	16,2	4,3	6,9	5,0	–	–	53,8 %

▲ **Tab. 2:** Gegenüberstellung epidemiologischer Daten verschiedener Mundgesundheitsstudien. – Anmerkungen: D = decayed, M = missing, F = filled, T = teeth; QHI = Quigley-Hein-Mundhygieneindex, PBI = Papillenblutungsindex.

>> **KONTAKT**

Dr. Imke Kaschke, MPH
 2. Vorsitzende AG zahnärztliche Behindertenbehandlung im BDO
 Manager Healthy Athletes,
 Special Olympics Deutschland e.V.
 Invalidenstraße 124
 10115 Berlin
 Tel.: 030 246252-60
 Fax: 030 246252-19
 E-Mail:
imke.kaschke@specialolympics.de
www.specialolympics.de