

# Mundgesund ohne Diskriminierung

## Mundgesundheit von Menschen mit Behinderung verbessern

*Menschen mit Behinderung gehören zu den Risikogruppen in der Zahnarztpraxis. Studien belegen, dass ihre Mundgesundheit schlechter ist als die der restlichen Bevölkerung. Nicht nur die Zahnmedizin fordert für sie einen gesetzlich geregelten Leistungsanspruch auf spezielle Behandlung und Prävention. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz wurde ein Schritt in diese Richtung gemacht, weitere müssen folgen.*

Zum Jahresende 2009 lebten in Deutschland nach Mitteilung des Statistischen Bundesamts 7,1 Millionen schwerbehinderte Menschen (8,7 Prozent der gesamten Bevölkerung). Nur ein geringer Prozentsatz von Behinderungen ist angeboren. Der weitaus größere Teil, bis zu 96 Prozent, tritt im Laufe des Lebens aufgrund von Krankheiten, Unfällen und Alterungsprozessen ein. Bei den meisten Menschen mit Schwerbehinderung liegen körperliche Einschränkungen vor. Allerdings leben in Deutschland auch circa 700 000 Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung (s. Tabelle 1).

Von einer zahnärztlich relevanten Behinderung wird unabhängig vom Lebensalter bei allen Menschen mit angeborenen oder erworbenen Beeinträchtigungen gesprochen, deren Mundhygienefähigkeit und/oder Behandlungskooperativität aufgrund körperlicher und/oder geistiger Behinderung beeinträchtigt sind.

### **Studien: Höheres Risiko für Munderkrankungen**

Obwohl mithilfe strukturierter Prophylaxeprogramme die Zahn- und Mundgesundheit der deutschen Bevölkerung insgesamt verbessert werden konnte, profitieren Menschen mit Behinderung heute noch

nicht im selben Umfang von dieser Entwicklung. Es ist bekannt, dass sie nach wie vor zur Hochrisikogruppe für Karies- und Parodontalerkrankungen gehören. Häufig weisen sie infolge eingeschränkter Kooperativität oder körperlicher und geistiger Behinderung eine schlechtere Mundhygiene und damit verbunden höhere Kariesaktivität sowie schwerere Parodontalerkrankungen im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung auf. Bestätigt wird das unter anderem durch eine Untersuchung in Berliner Wohneinrichtungen (MGS 2004), an der 92 Menschen mit Behinderung in der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen teilnahmen. Die gewonnenen Daten wurden mit entsprechenden Ergebnissen der Deutschen Mundgesundheitsstudien (DMS III und DMS IV) verglichen (s. Tabelle 2).

Auch Ergebnisse, die im Rahmen des Zahn- und Mundgesundheitsprogramms Special Smiles von Special Olympics Deutschland bei Athleten mit geistiger Behinderung während der Nationalen Sommerspiele 2008 gewonnen wurden, bestätigen die Notwendigkeit zur Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit. 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 (zum Vergleich: 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 bei Familienangehörigen lebenden Athleten im Gegensatz zu nur 7,7 gefüllten Zähnen bei im Wohnheim lebenden Athleten dieser Altersgruppe (DMS IV: 11,7).

### **Lebenslange Gruppenprophylaxe**

Bei komplexer zahnmedizinischer Betreuung ist es möglich, die Benachteiligung infolge der Behinderung zu kompensieren. Deshalb sollten lebenslang kostenfreie zahnmedizinische Präventionsmaßnahmen, wie zum Beispiel im Rahmen der Gruppenprophylaxe, angeboten werden. Dazu wäre die Öffnung des § 21 SGB V zur Gewährung regelmäßiger zahnmedizinischer Gruppenprophylaxe auch

Anteil schwerbehinderter Menschen [%]	Art der Behinderung
64	körperliche Behinderungen
14	Funktionseinschränkung von Armen und Beinen
10	geistige oder seelische Behinderungen
9	zerebrale Störungen

Tabelle 1: Arten der Schwerbehinderung

	DMF/T	DT	MT	FT	QHI Grad 1	PBI MW	Sanie- rungs- grad
DMS III 1999	16,1	0,5	4,2	11,7	55,0%	0,9±0,9	92,5%
DMS IV 2006	14,5	0,5	2,4	11,7	–	–	95,6%
MGS 2004	12,2	1,0	6,0	5,2	22,0%	1,6±1,0	80,4%

D: decayed, M: missing, F: filled, T: teeth; QHI: Quigley-Hein-Mundhygieneindex, PBI: Papillenblutungsindex, MW: Mittelwert

Tabelle 2: Gegenüberstellung epidemiologischer Daten aus verschiedenen Mundgesundheitsstudien

für Kinder bis zum 71. Lebensmonat sowie für Erwachsene mit zahnmedizinisch relevanter Behinderung erforderlich.

Die Notwendigkeit der Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit für Menschen mit Behinderung ist seit vielen Jahren bekannt. Anlässlich des ersten Internationalen Symposiums zur zahnärztlichen Betreuung von Menschen mit Behinderung im April 2004 in Berlin wurde diese Forderung nach einem gesetzlich geregelten Leistungsanspruch nicht nur durch die Zahnmedizin selbst, sondern auch durch Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen laut. Fortsetzung fanden diese Bemühungen in den Jahren 2009 und 2010 in Vorträgen und Diskussionen während parlamentarischer Abende, an denen nicht nur Vertreter der Zahnmedizin, sondern aus Politik, Ministerien und Selbsthilfeverbänden teilnahmen. Über den dringenden Handlungsbedarf bestand auf allen Ebenen Konsens.

#### **Kostenfreie Individualprophylaxe**

Seitens der zahnärztlichen Bundesorganisationen (KZBV, BZÄK) und der wissenschaftlichen Fachgesellschaften wurde deshalb im Jahr 2010 das Konzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter – Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen“ mit Lösungsvorschlägen unterbreitet. Wissenschaftlich fundiert werden darin präventive und therapeutische Leistungen, der Ausgleich des Mehraufwandes für die zahnmedizinische Behandlung und die Verankerung der Anspruchsberechtigung in § 22a SGB V für Menschen mit zahnmedizinisch relevanten Behinderungen gefordert.

Zur Anpassung der zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen für Menschen mit besonderem zahnmedizinischen Fürsorgebedarf sind nicht nur ge-

setzliche Regelungen zur Vergütung des zeitlichen Mehraufwands bei der ambulanten zahnärztlichen Behandlung nötig. Darüber hinaus sind Sonderregelungen für die Abweichung von Richtlinien bei der prothetischen Versorgung sowie zur aufwandsadäquaten Finanzierung von Behandlungen in Intubationsnarkose erforderlich.

Ziel einer zukünftigen Gesundheitsversorgung muss es sein, Menschen mit Behinderung eine gleich gute Mundgesundheit wie der übrigen Bevölkerung zu ermöglichen. Um dies sicherzustellen, ist es wichtig, sowohl einen chancengleichen Zugang zur zahnmedizinischen Versorgung als auch ein an den individuellen Einschränkungen angepasstes zahnmedizinisches Leistungsangebot vom Gesetzgeber einzufordern.

#### **Leistungsanspruch**

Mit der im März 2009 durch Deutschland ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention wird das Recht für Menschen mit Behinderung anerkannt, das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung zu genießen. Im Artikel 25 Gesundheit Absatz b der UN-Behindertenrechtskonvention heißt es: „Insbesondere bieten die Vertragsstaaten die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden.“

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde zwar ein erster Schritt zur Verbesserung der zahnmedizinischen Betreuung für Menschen mit Behinderung gemacht, indem finanzielle Zuschläge für aufsuchende Betreuung gewährt werden. Allerdings geht es bei der Lösung der Versorgungsprobleme 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. Die Umsetzung dieses Grundrechts für Menschen mit Behinderung darf keine Frage von Finanzen sein.

Dr. Imke Kaschke MPH

2. Vorsitzende AG Zahnärztliche Behindertenbehandlung im BDO  
Managerin Healthy Athletes, Special Olympics Deutschland e.V.