



Guido Elsässer

Praktische Prophylaxe bei Menschen mit Behinderungen

SUMMARY

Universally valid recommendations for practical prevention in handicapped people can hardly be given since handicaps show different forms and intensities. Therefore, methods and auxiliaries which are proved to be good are

described in the present article. Based on the results of a dental examination individualized preventive measures for each handicapped person have to be planned. These measures, which must include family members, care takers as well as physicians have to be adapted to abilities and living

conditions of the individual. They must be reconsidered and adjusted on a regular base.

ZUSAMMENFASSUNG

Aufgrund der unterschiedlichen Behinderungsformen und -ausprägungen ist es nicht möglich, allgemeingültige Empfehlungen für die „praktische Prophylaxe bei Menschen mit Behinderungen“ zu geben. Vielmehr werden Methoden und Hilfsmittel beschrieben, die sich in der zahnärztlichen Behindertenbetreuung bewährt haben. Gemeinsam mit Angehörigen und Betreuern und ggf. in Absprache mit Hausärzten müssen für jeden behinderten Patienten, ausgehend vom zahnärztlichen Befund, den Fähigkeiten und dem Lebensumfeld angepasste individuelle Prophylaxekonzepte erarbeitet, re-

Abb. 1: Einbindung von Begleitpersonen



Abb. 1

Eingereicht am: 03.01.05
Zur Publikation angenommen am: 11.02.05

gelmäßig überprüft und an Veränderungen angepasst werden.

ZUNAHME DER ANZAHL VON BEHINDERTEN PATIENTEN IN DEN PRAXEN

Die Ermordung von über der Hälfte aller geistig behinderten Menschen in Deutschland während des Dritten Reiches hat zur Folge, dass sich die Alterspyramide der Behinderten erst allmählich derjenigen der Gesamtbevölkerung anpasst.

Nur 4,7 % aller Behinderungen sind angeboren. Alle anderen Behinderungen sind Folge von Krankheit oder Unfall (¹STATISTISCHES BUNDESAMT 2004). Aufgrund der Erfolge der modernen Medizin und Intensivpflege nimmt die Zahl der schwerstbehinderten Kinder und Erwachsenen zu.

Waren bisher die meisten erwachsenen Behinderten in großen „Anstalten“ untergebracht und aus dem öffentlichen Leben weitgehend ausgegrenzt, werden zunehmend kleine Wohnheime und Außenwohngruppen dezentral eingerichtet.

BEHINDERTE MENSCHEN ALS BESONDERES PATIENTENKLIENTEL

Nicht alle Patienten mit Behinderungen sind auch Patienten, die aus zahnmedizinischer Sicht eine besondere Betreuung erfordern. Meist sind es geistig und/oder mehrfach behinderte Patienten, die einen höheren Betreuungsaufwand benötigen und häufig in Allgemeinanästhesie behandelt werden müssen (²HOLTHAUS 2004). Gründe für den nötigen Mehraufwand liegen in der eingeschränkten Selbstbeobachtungs-, Körperwahrnehmungs- und Mitteilungsfähigkeit. Erkrankungen haben meist ein atypisches Erscheinungsbild und nehmen oft einen modifizier-

ten Verlauf. Geistig behinderte Patienten sind in ihrem Situationsverständnis (z. B. in der Zahnarztpraxis) eingeschränkt und wirken bei diagnostischen (z. B. Röntgen) und therapeutischen Maßnahmen in vielen Fällen nur mangelhaft mit. Gesundheits- und krankheitsgemäßes Verhalten (z. B. Oral-Self-Care) ist nur bedingt möglich (³BEB 2001).

Untersuchungen und klinische Erfahrungen zeigen, dass der orale Gesundheitszustand bei vielen Personen mit Behinderungen deutlich schlechter ist als in der Allgemeinbevölkerung (⁴SCHULTE et al. 2004). Oftmals akzeptieren sie keinen herausnehmbaren Zahnersatz.

Daher ist die intensive prophylaktische Betreuung für diese Patientengruppe von besonderer Wichtigkeit.

EINBEZIEHUNG VON BETREUEMDEM PERSONAL UND ANGEHÖRIGEN

In der Regel sind Angehörige und betreuendes Personal in der zahnmedizinischen Prophylaxe nicht geschult. Sie übertragen ihre eigenen Zahnpflegegewohnheiten auf die Betreuten. Die Personalsituation wird in den Heimen zunehmend schlechter und Angehörige sind häufig überfordert.

Begleitpersonen sollten in die zahnärztliche Behandlung einbezogen werden, da deren Anwesenheit und ggf. Körperkontakt beruhigend auf die Patienten wirkt (Abb. 1). Darüber hinaus erleben sie, wie mühsam die Behandlung behinderter Patienten und wie wichtig deshalb die tägliche Zahnpflege ist.

Kritik muss mit Verständnis für die Besonderheiten des behinderten Patienten und dessen Umfeld ehrlich und konstruktiv erfolgen. Die

Prophylaxeempfehlungen sollten realisierbar sein und wichtige Anweisungen in Schriftform mitgegeben werden. Sehr guten Erfolg zeigt der Einsatz einer intraoralen Kamera zur Darstellung von Hygienedefiziten oder Behandlungsbedürftigkeit gegenüber den Begleitpersonen. Im Idealfall sucht eine Prophylaxeassistentin die behinderten Bewohner und deren Betreuer regelmäßig zur Remotivierung in den Wohngruppen auf (⁵REICHMANN 2004). Zähneputzen muss zum Ritual sowohl für Betreute als auch Betreuende und fest in den Tagesablauf bzw. Dienstplan eingebaut werden.

PÄDAGOGISCHE UND AMTLICHE BETREUER

Zu beachten ist, dass betreuendes Personal aus Heimen oder Wohn-

Anzeige

8./9. Juli 2005

Dental
Pearls '05

DER KONGRESS
FÜR DIE
ENGAGIERTE
PRAXIS-
MITARBEITERIN

praxisDienste.de

Informationen zum Kongress

Service Hotline:
06221-649971-16

www.praxisdienste.de

Literaturverzeichnis:

¹Statistisches Bundesamt Deutschland. Wiesbaden, 2004.

²Holthaus V. Zahnärztliche Behandlung von Patienten mit geistigen, körperlichen, mentalen und psychischen Behinderungen. Statement auf dem internationalen Symposium zur zahnärztlichen Betreuung von Menschen mit Behinderungen. Berlin, 2004.

³BEB Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe. Gesundheit und Behinderung „Expertise zu bedarfsgerechten gesundheitsbezogenen Leistungen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung als notwendiger Beitrag zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und zur Förderung ihrer Partizipationschancen“. Reutlingen: Diakonie-Verlag, 2001.

⁴Schulte A, Cichon P, Ehmer U, Hohoff A, Machtens E, Scheutzel M. Grundsätze bei der zahnärztlichen Behandlung von Personen mit Behinderungen. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Zahnärztl Mitt 2004;94:2460-2462.

⁵Reichmann S. Aufsuchen der Prophylaxe in einer großen Behinderteneinrichtung. Vortrag beim internationalen Symposium zur zahnärztlichen Betreuung von Menschen mit Behinderungen. Berlin, 2004.

Abb. 2: „Selbstputzer“

Abb. 3: „Selbstputzer“ mit Unterstützung

Abb. 4: Gestütztes Zähneputzen

⁶Raack W, Thar J. *Betreuungsrecht*. Köln: Bundesanzeiger, 2001.

⁷Lange DE, Hörschelmann EH. *Orale Präventivmedizin und spezielle Mundhygiene bei Behinderten*. In Hörschelmann EH (Hrsg.). *Zahnärztliche Versorgung behinderter Patienten*. Heidelberg: Hüthig, 1985;25-37.

⁸Kaschke I, Zeller A, Zimmer S, Barthel-Zimmer C, Jahn K-R. *Patienten mit Behinderungen – welche Zahnbürsten sind zu empfehlen?* *Prophylaxe Impuls* 2004;8:16-23.

⁹Senckel B. *Mit geistig Behinderten leben und arbeiten: eine entwicklungspsychologische Einführung*. München: Beck, 1994.

¹⁰Eisert HG, Barkey P. *Verhaltensmodifikation im Unterricht – Interventionsstrategien in der Schule*. Bern: Huber, 1979.

¹¹Ahlborg B. *Practical prevention*. In Nunn J (ed.). *Disability and oral care*. London: FDI World Dental Press, 2000;29-39.

gruppen keine Entscheidungen für die Betreuten treffen darf. Alle wichtigen Entscheidungen (u. a. Finanzielles, ärztliche Eingriffe) müssen bei Kindern mit den Sorgeberechtigten und bei Erwachsenen mit dem vom Vormundschaftsgericht bestellten amtlichen Betreuer abgestimmt sein (⁶RAACK und THAR 2001).

Es hat sich bewährt, die behinderten Patienten in drei Gruppen einzuteilen:

- die „Selbstputzer“,
- die „Selbstputzer“ mit Unterstützung und
- die „Fremdgeputzten“ (vgl. auch ⁷LANGE und HÖRSCHELMANN 1985, ⁸KASCHKE et al. 2004).

„Selbstputzer“

Ohne Unterstützung gelingt es den „Selbstputzer“n eine ausreichende Zahnpflege eigenverantwortlich durchzuführen. Die Effizienz dieser Fähigkeit sollte mit Plauefärbemitteln überprüft werden, da pädagogisches Personal auf die Eigenständigkeit der Behinderten bedacht ist und nur ungern in den Intimbereich Mundhöhle eingreift.

„Selbstputzer“ müssen häufiger als die anderen beiden Gruppen motiviert und bestätigt werden. Wegen der oft großen Diskrepanz zwischen kalendarischem, körperlichem, geistigem und sozialem Entwicklungsalter ist es notwendig, individuell angepasst zu beraten und zu instruieren (⁹SENCKEL 1994). Einen autobegleiteten Mann, der auf der Entwicklungsstufe eines 3-Jährigen steht, konnte z. B. der Vergleich des Zähneputzens mit einer Auto-waschstraße motivieren (Abb. 2).

Bewährt hat sich die Anwendung eines Belohnungssystems (Token-System) aus der Verhaltensthera-



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4

pie. Bei erfolgtem Zähneputzen bekommt der Behinderte einen Belohnungspunkt (z. B. in Form eines Aufklebers). Wenn er eine vorher bestimmte Anzahl an Punkten gesammelt hat, erhält er eine kleine Belohnung (¹⁰EISERT und BARKEY 1979).

„Selbstputzer“ mit Unterstützung

Die Unterstützung kann von der richtigen Dosierung der Zahnpasta, der Überwachung einer festgelegten Systematik, der Führung der Hand bis zur fast vollständigen Übernahme der Zahnpflege reichen. Manchmal ist es sinnvoll, mit leicht Behinderten Verträge zu schließen: z. B. „Morgens putzt Du

alleine und abends hilft ein Betreuer“ (Abb. 3).

„Fremdgeputzte“

Diese Patienten sind nicht in der Lage, sich selbst die Zähne zu putzen. Aufgrund körperlicher Behinderungen oder mangelnden Verständnisses übernehmen Angehörige oder Betreuer die Zahn-pflege vollständig.

GESTÜTZTES ZÄHNEPUTZEN

Der Putzende steht hinter dem sitzenden Behinderten und legt den linken Arm um den Kopf. Der Behinderte lehnt seinen Kopf an den Körper des Putzenden. Diese Körpernähe vermittelt vielen oft unruhigen Behinderten Sicherheit und Wohlbefinden (Abb. 4). Mit der rechten Hand können nun die durch die eigene Zahnpflege vertrauten Zahnputzbewegungen durchgeführt und mit der linken Hand kann die Wange abgehalten werden. Der Kopf des Behinderten ist gut gestützt, sodass die Zahnbürste nicht abgleiten kann (¹¹AHLBORG 2000). Diese gestützte Putztechnik ist der weit verbreiteten „Stochertechnik“ überlegen, bei der sich Behinderte und Betreuer gegenüber stehen und der Betreuer lediglich das Kinn des Behinderten stützt.

MANUELLE ZAHNBÜRSTEN

Generell sollten bewährte und überall erhältliche Zahnpflege-utensilien empfohlen werden. Auf Zahnbürsten wird häufig gebissen und übermäßiger Druck ausgeübt, sodass diese oft schon nach wenigen Tagen ausgetauscht werden müssen.

Eine geeignete Zahnbürste sollte einen dicken Griff aufweisen, da die meisten behinderten Patienten die Bürste im Faustgriff halten. Für Fälle, in denen die im üblichen

Handel erhältlichen Zahnbürstengriffe im Durchmesser nicht ausreichend groß sind, werden verschiedene, selbst herzustellende Modifikationen beschrieben. Über den Zahnbürstengriff könnte ein Griff aus Moosgummi, ein Fahrradlenkergriff oder ein Tennisball gestülpt werden (¹²BZÄK 2002). Gut funktioniert ein konfektionierter Griff (Fa. Tepe), der schnell und einfach über die Zahnbürste geschoben werden kann.

Für Patienten, die zu sehr „schrubben“ und sich dabei oft erhebliche Defekte an der Zahnhartsubstanz zufügen, hat sich die weiche „Meridol“-Zahnbürste (Fa. Gaba) bewährt (Abb. 5). Die Dreikopfzahnbürste Superbrush eig-net sich für „Fremdgeputzte“ (⁸KASCHKE et al. 2004, ¹³VAN STEENKISTE 2000). Allerdings ist bei erwachsenen Patienten mit langen klinischen Kronen zu kontrollieren, ob mit der Dreikopfzahnbürste auch der Gingival-saum von den Borsten erreicht wird.

ELEKTRISCHE ZAHNBÜRSTEN

Häufig unreflektiert werden für behinderte Patienten elektrische Zahnbürsten empfohlen. Doch viele Behinderte tolerieren die Geräusche und Vibrationen in der Mundhöhle nicht. Für Patienten mit eingeschränkter manueller Feinmotorik kann die elektrische Zahnbürste von Vorteil sein, wie auch für Betreuer, die die Zahnpflege übernehmen (Abb. 6).

ZAHNZWISCHENRAUMPFLEGE

Nur wenige geistig behinderte Menschen beherrschen den Umgang mit Zahnseide. Am ehesten geeignet sind Zahnseidehalter, die bei ruhigen, gut kooperierenden Behinderten durch die Betreuer angewandt werden können.

Besser sind, insbesondere bei erwachsenen Patienten mit Kronen- und Brückenersatz, Zahnzwischenraumbürsten. Es ist besonders auf die leichte Austauschbarkeit der Bürsten zu achten (möglichst keine Drähte). Die Bürste sollte sehr stabil mit dem Griff verbunden sein.

SPEZIELLE HILFSUTENSILIEN

Zahnputzuhren bzw. elektrische Zahnbürsten mit Zeitsignal sind hervorragende Hilfen, sowohl für die behinderten Patienten selbst als auch für das Pflegepersonal, eine ausreichende Putzzeit zu gewährleisten.

Um ein Zubeißen während des Zähneputzens zu vermeiden, können spezielle Kunststoffaufbiss-bänke, metallene Fingerschützer oder Schaumstoffkeile zwischen

die Zahnreihen geklemmt werden. Sehr erfolgreich findet die große Saugkanüle, wie sie in jeder Zahnarztpraxis vorhanden ist, auch bei der häuslichen Zahnpflege Verwendung. Die Kanüle ist weich genug, damit keine Zahnhartsubstanz beschädigt werden kann, aber ausreichend starr, um den Kiefer für das Zähneputzen zu sperren.

Für Behinderte mit erhöhtem Pflegebedarf, deren Selbstreinigung eingeschränkt ist (z. B. verringerter Speichelfluss, fehlender Mundschluss), eignet sich ergänzend zur elektrischen oder Handzahnbürste die Fingerzahnbürste (i-brush).

Mundgeruch ist ein großes Problem bei behinderten Menschen. Daher sollte immer auch auf die Zungenreinigung mit einer normalen Zahnbürste oder besser mit Zungenreinigern hingewiesen werden.

Viele behinderte Patienten weisen ein hohes enges Gaumendach auf (¹⁴CASTILLO MORALES 1991). In diesen Gaumengewölben verbleiben häufig Speisereste, die nur schwer zu entfernen sind. Mit einem angefeuchteten Gazetupfer und einer Péan-Klemme oder einem Nadelhalter können diese schmalen Gaumen, aber auch schwer zugängliche Bereiche im Vestibulum, z. B. im Bereich der oberen hinteren Molaren, gereinigt werden.

PATIENTEN MIT MAGENSONDE

Auch bei Patienten, die durch eine nasal eingeführte Magensonde oder eine PEG-Sonde (perkutane endoskopische Gastrostomie) ernährt werden, sollten Mundhygienemaßnahmen durchgeführt werden, da pathogene Keime aus der Mundhöhle Aspirationspneumonien auslösen können („silent aspiration“) (¹⁵GOTTSCHALK 2004, Abb. 7).



Abb. 5



Abb. 6



Abb. 7

¹²BZÄK Bundeszahnärztekammer. Handbuch der Mundhygiene, Ratgeber für das Pflegepersonal, für betagte Menschen, chronisch Kranke, Behinderte. Berlin: Köln, 2002.

¹³Van Steenkiste M. Wie beurteilen Eltern von Kindergartenkindern eine dreiköpfige Zahnbürste beim Nachputzen? Prophylaxe Impuls 2001;5:6-12.

¹⁴Castillo Morales R. Die orofaciale Regulations-therapie. München: Pflaum, 1991.

¹⁵Gottschalk T. Pflegeziel: Mundgesundheit. Die Schwester Der Pfleger 2004;43:344-349.

Abb. 5: Putzdefekte

Abb. 6: Vorteile der elektrischen Zahnbürste für Betreuende

Abb. 7: Patientin mit Magensonde

Abb. 8: Teil der speziellen Anamnese

¹⁶Schwindling R: Effektive Mundpflege auf der Intensivstation. Erfahrungen mit einem Zungenreiniger. Die Schwester Der Pfleger 2003;42:972-973.

¹⁷FKE Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund. Empfehlungen für die Ernährung von behinderten Kindern und Jugendlichen. Dortmund, 1993.

Abb. 9: Gestützte Haltung bei professionellen Maßnahmen

Die Mundschleimhäute müssen durch regelmäßiges Benetzen z. B. mit Kamillentee feucht gehalten werden. Kritisch sind Speichelerersatzmittel zu prüfen, da manche einen sauren pH-Wert bewirken. Chlorhexidin-Lösungen sollten keinen Alkohol enthalten, um ein Brennen auf rissiger Schleimhaut zu vermeiden. Borken auf dem Zungenrücken lassen sich mit Butter oder Dexpanthenol-Salbe anlösen und dann mit einem Zungenreiniger entfernen (¹⁶SCHWINDLING 2003). Bei erhöhter Aspirationsgefahr kann für die Zahnreinigung eine spezielle Zahnbürste (Plak-Vac) Verwendung finden, deren Borsten auf einer Saugkanüle befestigt sind, welche an eine Vakuumpumpe angeschlossen wird.

ERNÄHRUNGSLLENKUNG

Eine angemessene Ernährung behinderter und schwerstbehinderter Kinder kann durch vielfältige individuelle Ess- und Ernährungsprobleme erschwert werden. So können Störungen der Mundmotorik und Schluckprobleme dazu führen, dass die Nahrung lange in der Mundhöhle verbleibt (¹⁷FKE 1993).

Verständigung:

- gut
- schlecht
- nicht möglich
- ...

Antrieb, Stimmungslage:

- traurig, verschlossen
- labil
- freundlich
- unruhig
- autoaggressiv
- fremdaggressiv
- ...

Unterbringung:

- zu Hause
- im Heim
- ...

Abb. 8

Leicht geistig Behinderte orientieren sich an Nichtbehinderten und leisten sich den „Luxus“ und „Genuss“ von Süßigkeiten. Als Geschenke werden von Besuchern für Behinderte gerne Schleckereien mitgebracht. Und schließlich wird Süßes häufig unüberlegt als positiver Verstärker eingesetzt.

FLUORIDE

Da bis dato die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz in Ein-

richtungen der Gemeinschaftsverpflegung (Großküchen) nicht gestattet ist, fehlt in Behinderteneinrichtungen eine wichtige Fluoridierungsmaßnahme. Im Einzelfall kann auch für Erwachsene eine tägliche Fluoridtablettengabe indiziert sein. Die Verwendung einer fluoridierten Zahnpasta sollte selbstverständlich sein. Wird die wöchentliche Anwendung eines Fluoridgelees empfohlen, so muss gewährleistet sein, dass die Tube weggeschlossen und das Gelee nur unter Aufsicht aufgetragen wird. Fluoridspülungen werden häufig getrunken oder die Verweildauer in der Mundhöhle ist zu kurz.

CHLORHEXIDIN-PRÄPARATE

Auch chlorhexidinhaltige Mundspüllösungen dürfen nur Verwendung finden, wenn ein kontrolliertes Ausspucken der Lösung gewährleistet ist. Chlorhexidin-Sprays sind in der Anwendung für Betreuer sehr bequem, können allerdings zu einer Vernachlässigung der mechanischen Belagsentfernung verleiten. Chlorhexidin-Gele hingegen lassen sich z. B. im Rahmen einer Chlorhexidinkur kontrolliert einsetzen; idealerweise in einem tiefgezogenen Medikamententräger oder auf die Zahnbürste aufgebracht.

PROFESSIONELLE PROPHYLAXEMASSNAHMEN

Grundsätzlich sind vor einer Prophylaxesitzung eine ausführliche Allgemeinanamnese evtl. nach Rücksprache mit dem Hausarzt und ein psychosozialer Befund zu erheben. Betreuendes Personal und Angehörige kennen die Eigenheiten des Patienten. Das Wissen um die Kommunikationsmöglichkeiten, die aktuelle psychische Verfassung (Antrieb, Stimmungslage) und das Lebensumfeld erleichtert den schnellen Zugang zum Patienten und die Entwicklung eines



Abb. 9

realisierbaren Prophylaxekonzeptes (¹⁸ELSÄSSER 2004).

Behinderte Patienten sollten abgestimmt auf ihre Fähigkeiten bzw. ihren Betreuungsgrad wenigstens halb- besser vierteljährlich einer zahnärztlichen Untersuchung und geeigneten Prophylaxemaßnahmen zugeführt werden, auch wenn der Transport häufig mit Mühen verbunden ist. Regelmäßig durchgeführte professionelle Zahnreinigungen können den Zahngesundheitszustand von Menschen mit Behinderungen erheblich verbessern (¹⁹CICHON 1996).

Gerade prophylaktische Maßnahmen bieten eine hervorragende Möglichkeit, das Vertrauen der behinderten Patienten zu erlangen und einen emotionalen Zugang zu den Patienten zu finden. Der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses gelingt über die Jahre selbst bei schwerstbehinderten Patienten (²⁰MADER 2004).

Viele behinderte Patienten lassen sich nicht oder nur ungern liegend behandeln (fehlendes Urvertrauen). In der oben beschriebenen gestützten Haltung kann selbst bei unruhigen und ängstlichen Patienten eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt werden. Kleinen Bewegungen des Kopfes kann gefolgt werden, bei Abwehrbewegungen können rotierende oder scharfe Instrumente schnell aus der Mundhöhle genommen werden, sodass keine Verletzungsgefahr für den Patienten besteht (Abb. 10).

Die professionelle Zahnreinigung wird nach denselben Prinzipien wie bei nicht behinderten Patienten durchgeführt. Zur Dokumentation und Verlaufskontrolle verwenden wir einen vereinfachten Blutungs- und Plaqueindex, der sich bei Patienten mit kurzer Auf-



merksamkeitsspanne auf die Ramfjord-Zähne beschränkt.

Falls die Entfernung der harten Beläge mit dem Zahnsteinentfernungsgerät nicht toleriert wird, sollten diese mit Handinstrumenten entfernt werden. Die Politur und Lackapplikation lässt sich meist problemlos durchführen (Abb. 9).

MORBUS DOWN

Ein großer Teil der Morbus-Down-Patienten zeigen schon in jungen Jahren eine erhöhte Anfälligkeit für Parodontopathien mit raschem und schwerem Verlauf. Diese ausgeprägten parodontalen Destruktionen lassen sich nicht allein durch die häufig schlechte Mundhygiene erklären, sondern beruhen auf einer genetisch determinierten verminderten immunologischen Abwehrlage (²¹KLAR und



CICHON 2004). Daher ist diese Patientengruppe intensivst prophylaktisch zu betreiben.

Vor der Behandlung von Morbus-Down-Patienten ist zu klären, ob aufgrund häufig vorliegender kongenitaler Herzerkrankungen eine Endokarditisprophylaxe notwendig wird. Sie wird bei vorliegendem Risiko generell bei zahnärztlichen Eingriffen empfohlen, die mit der Gefahr von Zahnfleischblutungen verbunden sind. Da das Risiko einer Bakteriämie und damit Endokarditiserstehung mit dem Ausmaß einer Gingivitis korreliert, ist die Anleitung und Kontrolle einer sorgfältigen Zahnhygiene eine der wichtigsten präventiven Maßnahmen überhaupt (²²JESERICH und GEIBEL 2002).

FAZIT

Die prophylaktisch orientierte zahnmedizinische Betreuung behinderter Patienten stellt ständig neue Herausforderungen an das gesamte Praxisteam (Abb. 11). Sie erfordert solides Fachwissen, soziale Kompetenz, pädagogische Fähigkeiten, die Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit und ein hohes Maß an Flexibilität. *pi*

Dr. Guido Elsässer
Sozialmedizinisches Zentrum
Schlossberg 35
71394 Kernen-Stetten
Betreuungszahnarzt der Diakonie
Stetten
Referent für Behindertenbehandlung der Landes Zahnärztekammer
Baden-Württemberg
Tel.: 07151 - 411 11
Fax: 07151 - 940 12 33
E-Mail: Zahnarztpraxis@
Diakonie-Stetten.de

Abb. 10: Regelmäßige professionelle Zahnreinigungen sind zwingend notwendig

¹⁸Elsässer G. Zahnärztliche Betreuung von Menschen mit Behinderungen als interdisziplinäre Herausforderung – ein Praxiskonzept. Vortrag beim internationalen Symposium zur zahnärztlichen Betreuung von Menschen mit Behinderungen. Berlin, 2004.

¹⁹Cichon P. Die zahnärztliche Betreuung von Patienten mit Behinderungen – eine retrospektive klinische Erfolgsbewertung und klinisch kontrollierte Interventionsstudie. Habilitationsschrift, Witten: Universität Witten/Herdecke, 1996.

²⁰Mader A. Schwerpunktpraxis Behindertentherapie: „Von unserem lieben Zahnarzt“. Zahnärzteblatt Baden-Württemberg 2004;8:14-15.

²¹Klar S, Cichon P. Therapie marginaler Parodontitiden bei Patienten mit Morbus Down. Quintessenz 2004;55:1001-1004.

²²Jeserich M, Geibel A. Fragen zur aktuellen Endokarditisprophylaxe aus der täglichen Praxis. Zahnärztl Mitt 2002;92:368-370.

Abb. 11: Herausforderung für das Praxisteam