

# Entscheidungsfindung in der Behindertenbehandlung

## Wachzustand – Sedierung – Narkose

Die meisten Menschen mit Behinderung können im Wachzustand behandelt werden. Voraussetzung ist die Kooperationsbereitschaft des Patienten. In manchen Fällen erweist sich eine Sedierung als hilfreich, gerade wenn Ängste die Mitarbeit eines Patienten einschränken. Es bleiben relativ wenige Fälle, für die tatsächlich eine Vollnarkose unverzichtbar oder die Überweisung in die Zahnklinik sinnvoll ist. Im folgenden Beitrag wird die Entscheidungsfindung erläutert und Vorgehensweisen werden dargestellt, die sich im zahnärztlichen Alltag der Behindertenbehandlung bewährt haben

Die adäquate Behandlung von Menschen mit Behinderung ist eine große Herausforderung für ein Praxisteam. Die meisten Zahnärzte empfinden die Behandlung von Patienten mit Behinderung als belastend. Als wichtiger Grund wird die oft mangelnde Compliance und unzureichende Honorierung durch die Krankenkassen genannt [1]. Die Zahngesundheit von Menschen mit Behinderung ist noch immer schlechter als die der Gesamtbevölkerung [2]. Ursachen sind die unzureichende Mundhygiene wegen kognitiver und motorischer Einschränkungen, aber auch häufig die mangelnde Einsicht in eine notwendige zahnärztliche Behandlung. Diese Behandlungsunwilligkeit kann auch Folge von übersteigerten Angstzuständen sein.

Noch zu viele Menschen mit Behinderung werden nur bei offensichtlichen Beschwerden einer Behandlung zugeführt. Und dann wird vom betreuenden Personal, von Angehörigen und rechtlichen Betreuern erwartet, dass der Zahnarzt den Patienten zügig von seinen Schmerzen befreit – möglichst in einer Sitzung, einfühlsam, schmerzfrei und sofort. Dies ist nur in seltenen Fällen so umzusetzen und birgt manche Risiken für den Behandler und den Patienten. Solche Situationen sollten im Sinne aller Beteiligten vermieden werden.

Auch die zahnärztliche Betreuung von Patienten mit geistiger Behinderung muss klar strukturiert und Behandlungspfade müssen definiert werden, insbesondere dann, wenn die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit einem Anästhesieteam benötigt wird. Obwohl vielfach praktiziert und nicht immer vermeidbar, ist auch die Überweisung (oder besser: Abschiebung?) in eine Zahnklinik häufig keine befriedigende Lösung. In den Kliniken wird in Vollnarkose meist nur chirurgisch behandelt. Die OP-Kapazitäten für die oft sehr zeitintensiven Zahnsanierungen bei Menschen mit Behinderung sind knapp und schließlich stehen auch die Kliniken unter enormem Kostendruck und reißen sich ebenfalls nicht um Patientengruppen, deren Behandlung defizitär ist. Da sich die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung immer mehr der durchschnittlichen Lebenserwartung der Allgemeinbevölkerung nähert und Essen ein ganz wichtiges Stück Lebensqualität für Menschen mit Behinderung darstellt, muss auch für diese Patientengruppe der Erhalt der eigenen Zähne im Vordergrund stehen. Zahnersatz für diese Patienten ist

nur sehr schwierig herzustellen und herausnehmbarer Zahnersatz wird häufig nicht getragen oder ist kontraindiziert.

### Compliance fördern

Die Patienten sollten regelmäßig, d. h. halbjährlich, zahnärztlich untersucht werden. Je nach Praxiskonzept ist es sinnvoll, spezielle Behandlungszeiten für sogenannte Special-Care-Patienten zu reservieren. Auch wenn bei den ersten Kontakten noch Behandlungsunwilligkeit oder -abwehr besteht, so schwindet diese im Laufe der Monate und Jahre. Für die Patienten mit geistiger Behinderung muss der halbjährliche Zahnarztbesuch zur Selbstverständlichkeit werden und sollte deshalb schon im Kleinkindalter beginnen. Die Patienten gewöhnen sich frühzeitig an das Praxisteam, aber auch an die typischen Geräusche und Gerüche einer Zahnarztpraxis.

Manchmal ist eine Untersuchung nur im Stehen auf dem Flur oder im Wartezimmer möglich. Bei entsprechender Angst und Abwehr kann eine oberflächliche Untersuchung auch beim Zähneputzen (ohne Zahnpasta) erfolgen. D. h. der Zahnarzt oder die Vertrauensperson putzt dem Patienten die Zähne mit seiner eigenen, ihm vertrauten mitgebrachten Zahnbürste. Beim nächsten Besuch darf evtl. schon mit dem Spiegel und später sogar mit der Sonde untersucht werden. Auch der Übergang von der eigenen – möglichst elektrischen Zahnbürste – zum rotierenden Polierkelch wird irgendwann toleriert. Eine lokale Fluoridierung mit einem Lack lässt sich immer durchführen.

Mit der engmaschigen Regelmäßigkeit ist eine Ritualisierung des Zahnarztbesuchs möglich. Zahnarztbesuche sind nichts Besonderes mehr. Der Patient erfährt nur Positives – insbesondere, wenn er nicht getadelt wird, sondern alle Beteiligten fröhlich auch die kleinste Mitarbeit loben. Häufig helfen auch kleine Belohnungen. Zwang oder gar Gewalt ist absolut obsolet und kontraproduktiv. Das Ziel sollte sein, auch bei Patienten mit Verhaltensauffälligkeiten oder schwerster Behinderung, eine zahnärztliche Untersuchung und kleine Zahnreinigung durchführen zu können. Dazu muss ein emotionaler Zugang zum Patienten gefunden werden, auf dem sich ein belastbares Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarztteam und Patienten aufbauen lässt.

Dies ist in den allermeisten Fällen möglich, kann allerdings Jahre dauern.

## Kooperationsstufen

Eine organisatorische Hilfe ist es, jedem Neupatienten mit geistiger Behinderung eine Kooperationsstufe zuzuordnen. Die Stufen ergeben sich aus dem Verlauf der Erstsitzung und können ohne zusätzlichen Zeitaufwand erhoben und dokumentiert werden. Die Zuordnung in eine Kooperationsstufe erfolgt nach folgendem Schema:

1. Setzt sich der Patient auf den Behandlungsstuhl?
2. Öffnet der Patient den Mund und lässt ihn auch offen?
3. Lässt der Patient eine visuelle Untersuchung mit dem Spiegel zu?
4. Lässt der Patient eine Untersuchung mit der zahnärztlichen Sonde zu?
5. Lässt der Patient eine Politur mit dem rotierenden Bürstchen oder Gummikelch zu?
6. Lässt der Patient das Zahnsteinentfernungsgerät (ZEG) samt großem Sauger zu?

Ist eine Zahnsteinentfernung mittels ZEG und großem Sauger möglich, so kann davon ausgegangen werden, dass auch andere zahnärztliche Eingriffe problemlos durchführbar sind und der Patient voll kooperativ und im Wachzustand problemlos behandelbar ist. Als bedingt kooperativ bezeichnen wir Patienten, die noch eine Politur mit rotierenden Gummikelchen tolerieren, sich aber dem Sauger bzw. dem ZEG-Gerät verweigern. Diese Patientengruppe lässt sich in der Regel mit etwas pädagogischem Geschick gut in ein Prophylaxe-Programm einbinden. Für Patienten dieser Kooperationsgruppe kann unter bestimmten Umständen (s. u.) auch eine Sedierung angezeigt sein. Als unkooperativ bzw. einer zahnärztlichen Behandlung nicht zugänglich werden Patienten eingestuft, die sich nicht oder nur visuell untersuchen lassen. Diese Patienten müssen unter Narkose behandelt werden.

Unberücksichtigt bleiben bei dieser groben Klassifizierung spezielle Besonderheiten, wie z. B. Spritzenphobien, extreme Würgereize, besonderes Problemverhalten etc., die gesondert dokumentiert werden. Großen Einfluss auf die Kooperationsbereitschaft haben auch die Begleitpersonen bzw. die Beziehung zwischen dem Patient und seiner Begleitung. Nicht jede Begleitperson ist auch eine Vertrauensperson. Und vielfach ist es einfach von der jeweiligen Tagesform abhängig, ob eine Behandlung klappt oder scheitert. Eine Erleichterung für ein zügiges Vorgehen beim nächsten Termin ist es, den Verlauf einer Behandlung und etwaige Besonderheiten (z. B. „mag keine Watterollen“) in der Dokumentation festzuhalten.

## Behandlung im Wachzustand

Trotz aller präventiven Maßnahmen ergibt sich oftmals ein Behandlungsbedarf. Wird die Behandlungsnotwendigkeit aber bei engmaschiger Kontrolle rechtzeitig entdeckt, kann die Behandlung geplant werden und es kann meist zahnerhaltend therapiert werden. Da kein Zeit- und Erwartungsdruck aufgrund akuter Schmerzen herrscht, kann ein auf den Patienten abgestimmter Behandlungsplan erstellt werden. Der rechtliche Be-

treuer kann (und muss!) vorab informiert werden. Der Patient sollte vor einem Behandlungstermin im Wachzustand etwas gegessen haben. Für viele Menschen mit geistiger Behinderung ist es das Schlimmste an der zahnärztlichen Behandlung, erst nach einer Wartezeit etwas essen zu dürfen, obwohl man doch hungrig ist. Ob man dem Patienten schon vorab erklärt, dass eine Behandlung ansteht, oder erst am Tag der Behandlung, ist vom Patienten abhängig. Am besten hat es sich bewährt, die Patienten verharmlosend in einfacher Sprache aufzuklären. Haben regelmäßig Prophylaxe-Sitzungen stattgefunden, ist der Übergang vom Polierkelch zum rotierenden Diamanten und Rosenbohrer meist möglich. Mit Geräuschen und Vibrationen im Mund und den oft beängstigend wirkenden Saugern ist der Patient ja schon vertraut. Die auf dem Schwebetisch liegenden Instrumente sollten vor Verwendung kurz erklärt und am Finger ausprobiert werden. Konzepte zur Patientenführung aus der Kinderzahnheilkunde können sehr gut angewandt werden. Allerdings ist zu beachten, dass trotz der oft großen Diskrepanz zwischen kalendarischem und geistigem Lebensalter ein 50-jähriger Mann nicht wie ein 3-jähriger Junge behandelt werden darf, auch wenn er einen Teddybär im Arm hält. Schließlich hat der Mann schon 50 Jahre Lebenserfahrung. Es sollte stets, auch bei Patienten, die nur bedingt die gesprochene Sprache verstehen, mit ruhiger Stimme auf die Patienten eingegangen werden. Beobachtet man aus dem Augenwinkel die Stellung der Füße auf dem Behandlungsstuhl, erkennt man deutlich, wie an- bzw. entspannt ein Patient ist. Hilfreich ist auch ein Kuscheltier oder vertrauter Gegenstand und nicht zuletzt der Körperkontakt mit einer vertrauten Person. Im Wachzustand wird man nur Behandlungen durchführen, die auch jederzeit abgebrochen werden können. Sollte der Patient nicht mehr können oder wollen, kann eine aufgezoogene Kavität provisorisch mit temporärem Füllungsmaterial versorgt werden. Vor chirurgischen Eingriffen muss genauer überlegt werden, ob ein belastbares Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient besteht, insbesondere dann, wenn der chirurgische Eingriff wegen unerwarteter Komplikationen länger dauern oder schwieriger werden könnte als geplant. In der Behindertenbehandlung ist es somit wichtig, immer eine „Exit-Strategie“ im Kopf zu haben, da gelegentlich die Behandlung abrupt abgebrochen werden muss.



Abb. 1: Beobachtet man die Stellung der Füße auf dem Behandlungsstuhl, erkennt man deutlich, wie an- bzw. entspannt ein Patient ist. Hilfreich ist auch ein Kuscheltier, ein vertrauter Gegenstand oder der Körperkontakt mit einer vertrauten Person.

## Wann sedieren?

Wir sedieren nur bzw. lassen von ärztlichen Kollegen sedieren, wenn wir den Eindruck haben, dass der Patient eigentlich mitmachen will und versteht, um was es geht, aber schlichtweg Angst hat. In diesen Fällen genügt meist eine schwache Sedierung, manchmal nur zu Behandlungsbeginn, bis der Patient realisiert, dass die Ängste unbegründet waren.

Besteht allerdings eine grundsätzliche Behandlungsunwilligkeit, müsste, um die notwendige Sedierungstiefe zu erreichen, so hoch dosiert werden, dass das Risiko von unerwünschten Nebenwirkungen stark ansteigen würde. Gerade bei Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung sind besondere Probleme und schwer einzuschätzende Risiken bei den verschiedenen Sedierungsverfahren zu beachten:

- Sind dem Zahnarzt mögliche Wechselwirkungen mit den anderen Medikamenten bekannt, die der Patient einnehmen muss?
- Lässt sich der Patient einen venösen Zugang legen oder ist hier auch eine Abwehrhaltung anzunehmen? Soll intramuskulär oder per os sediert werden?
- Bei intramuskulärer Applikation oder Tablettengabe kann allerdings die Sedierungstiefe während der Behandlung nicht bedarfsgerecht angepasst werden und eine Überdosierung könnte eintreten.
- Wie wird das Monitoring durchgeführt? Toleriert der Patient überhaupt den Sensor des Pulsoximeters oder reißt er ihn gleich wieder weg?
- Wie ist die Kontrolle der Sedierungstiefe möglich bei Patienten mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit?
- Kann der Patient Anweisungen wie „bitte tief durch die Nase atmen“ verstehen und umsetzen?
- Gibt es einen Notfallplan?  
Bei Sedierungen sollte aus forensischen Gründen ein weiterer Kollege in der Praxis anwesend sein, der im Notfall assistieren kann. Am besten sollte ein Stand-by-Arzt zur Verfügung stehen.
- Sind alle Notfallmedikamente und -instrumente vorhanden und kann der Zahnarzt/ das Team damit umgehen? Kann der Zahnarzt notfallmäßig einen Zugang legen und beatmen?
- Wer übernimmt die postoperative Betreuung und wo findet sie statt?

Wenn trotz der Risiken ein Patient mit geistiger oder mehrfacher Behinderung sediert werden soll, empfiehlt es sich grundsätzlich, zuvor mit dem behandelnden Hausarzt Rücksprache zu halten. Manchmal bekommt man vom Hausarzt noch wichtige Informationen zu Gesundheitsrisiken, die begleitende Personen nicht kannten oder vergessen haben, auf dem Anamnesebogen anzugeben.

## Vollnarkose: rechtliche Aspekte, Aufklärung und Organisation

Bestehen zu viele Unsicherheiten oder eine generelle Abwehr gegen zahnmedizinische Eingriffe, ist es angezeigt – wenn auch mit höherem Aufwand verbunden – eine notwendige Behandlung in Vollnarkose in Zusammenarbeit mit einem Anästhesieteam durchzuführen. Wegen immer bestehender Restrisiken,

dem großen Organisationsaufwand für alle Beteiligten und den hohen Kosten sollten Vollnarkosen immer gut begründet sein. Je unkooperativer der Patient und je belastender oder risikobehafteter die geplante Behandlung, desto eher lässt sich eine Behandlung in Narkose rechtfertigen. Zur forensischen Absicherung sollte in Zweifelsfällen auch immer ein Behandlungsversuch im Wachzustand vorgenommen und dessen Scheitern dokumentiert werden. Ist geplant, die Behandlung ambulant in der eigenen Praxis durchzuführen, müssen einige rechtliche Aspekte berücksichtigt werden. Zunächst muss grundsätzlich mit dem Anästhesisten abgeklärt werden, ob der anästhesiologische Arbeitsplatz dem allgemeingültigen Standard entspricht. Ansonsten könnte auch der Zahnarzt als Praxisbetreiber bei einem Narkosezwischenfall mit zur Verantwortung gezogen werden [3]. Der Vorteil, in der eigenen Praxis zu behandeln, besteht darin, dass alle notwendigen Materialien, Instrumente und Geräte und ein eingespieltes Team zur Verfügung stehen. In Krankenhaus-OPs oder ambulanten Operationszentren bestehen zwar für die Anästhesisten optimale Arbeitsbedingungen, doch beschränkt sich die apparative zahnärztliche Ausstattung meist nur auf das Wesentliche. Häufig mangelt es an der Möglichkeit, intraoperativ Röntgenbilder anzufertigen.

Die Aufklärung der Patienten und rechtlichen Betreuer erfolgt hinsichtlich zahnärztlicher Aspekte und anästhesiologischer Fragestellungen scharf zwischen Zahnarzt und Anästhesisten getrennt. Der Anästhesist klärt über den Ablauf und die Risiken der Narkose auf und dokumentiert das Gespräch. Der Patient wird vom Hausarzt und/oder Anästhesisten vorab untersucht, um abzuklären, ob ein Narkoserisiko besteht. Der Zahnarzt erklärt die geplanten Behandlungsmaßnahmen und klärt über die Risiken der zahnärztlichen Behandlung auf. Sind auch Privatleistungen geplant, z. B. eine PZR oder Kompositfüllungen, muss auch eine Aufklärung über die zu leistenden Eigenanteile erfolgen. Häufig sind die vor dem Eingriff erhobenen zahnärztlichen Befunde bei starkem Abwehrverhalten nur unzureichend und unvollständig. Daher sollten die rechtlichen Betreuer auch immer darauf hingewiesen werden, dass ggf. eine Ausweitung der geplanten Behandlung notwendig werden könnte. Insbesondere wenn erst intraoperativ erkannt wird, dass mehr Zähne entfernt werden müssen als besprochen, lassen sich so unschöne Diskussionen mit rechtlichen Betreuern vermeiden. Die Aufklärungsgespräche



Abb. 2: Die Zahngesundheit von Menschen mit Behinderung ist noch immer schlechter als die der Gesamtbevölkerung. Essen bietet ein wichtiges Stück Lebensqualität – daher muss auch für diese Patientengruppe der Erhalt der eigenen Zähne im Vordergrund stehen.

müssen persönlich erfolgen und dokumentiert werden, was manchmal mühsam und zeitintensiv ist, da sehr viele Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung nicht von ihren rechtlichen Betreuern in die Praxis begleitet werden. Eine Einwilligung einer pädagogisch betreuenden Person (z. B. Heilerziehungspfleger, Sozialpädagoge) ist rechtlich nicht ausreichend. Danach werden organisatorische und begleitende Maßnahmen abgesprochen. Die perioperative Betreuung muss gewährleistet sein. D. h. zunächst muss die Nüchternheit sichergestellt sein, was bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht einfach ist. Es ist für viele nicht einzusehen, warum es heute kein Frühstück geben soll. Evtl. muss ein Krankentransport bestellt werden. Eine Vertrauensperson muss den Patienten in die Praxis und, wenn möglich, zur Narkoseeinleitung begleiten. Nach dem Eingriff sollte während der Aufwachphase ebenfalls eine vertraute Person anwesend sein. Und schließlich muss die Betreuung zu Hause, auch nachts, organisiert sein. Die betreuenden Personen müssen wissen, wohin sie sich im Falle von postoperativen Komplikationen wenden können. Da vor Eingriffen in Allgemeinanästhesie vieles abgeklärt werden muss, sollten in der Zahnarztpraxis nur geplante Eingriffe durchgeführt werden. Für dringend notwendige Akutbehandlungen, bei erhöhtem Narkoserisiko oder wenn eine perioperative Betreuung nicht sichergestellt werden kann, sollte an eine Klinik überwiesen werden, die Patienten ggf. stationär aufnehmen kann.

### Vorgehensweise bei einer Vollnarkose

Bei oraler Intubation wird mit dem Anästhesisten abgesprochen, ob zunächst auf der rechten oder linken Seite behandelt werden soll, damit der Tubus auf der gegenüberliegenden Seite fixiert werden kann. Bequemer für die zahnärztliche Behandlung ist, wenn nasal intubiert werden kann, da dann die Mundhöhle frei zugänglich ist. Damit beim Extubieren keine Materialreste in den Rachenraum fallen können, wird dieser sofort nach der Intubation mit einem Mullschlauch abgestopft. Da auch das Anfertigen von Röntgenaufnahmen bei Patienten mit unzureichender Compliance kaum möglich ist, wird zunächst ein Röntgenstatus erhoben. Meist müssen vor der Füllungstherapie zunächst die weichen und harten Beläge entfernt werden. Diese supragingivale Zahnreinigung muss häufig in ein Deep-Scaling und Root-Planing ausgeweitet werden. Nach der Blutstillung des meist stark entzündeten Zahnfleisches findet eine genaue Untersuchung und Auswertung der Röntgenbilder statt. Die Diagnosen werden dokumentiert und es wird ad hoc ein Behandlungsplan erstellt.

In der Regel beginnt man mit der Füllungstherapie und entfernt die nicht erhaltungswürdigen Zähne zum Schluss. Wir verwenden ein adrenalinfreies Anästhetikum und vernähen die Wundränder grundsätzlich mit resorbierbarem Nahtmaterial, manchmal in Kombination mit einem Hämostyptikum, um Nachblutungen und Zweiteingriffe, die dann schwierig zu organisieren wären, zu vermeiden. Ob Wurzelkanalbehandlungen mit guter Prognose durchgeführt werden können, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Prinzipiell können sie nur erfolgen, wenn die Möglichkeit besteht, während der Narkose zu röntgen und ggf. auch gleich Wurzelspitzenresektionen durchzuführen. Bei guter Planung und modifizierten Vorgehensweisen ist es auch möglich, prothetisch in Vollnarkose zu arbeiten. Dann sind

aber meist zwei Narkosen notwendig. Nach Beendigung der zahnärztlichen Behandlung wird die Mundhöhle nach Fremdkörpern, z. B. vergessene Watterollen oder Abdruckmaterialreste, abgesucht und die Blutstillung überprüft. Dann wird der Mullschlauch entfernt und der Rachen abgesaugt. Besonders bei langen Behandlungen in Narkose ist auf die Lagerung der Patienten zu achten. Damit keine schmerzhaften Druckstellen entstehen, können Lagerungskissen eingesetzt werden. Nach Ausleitung der Narkose bleibt der Patient noch im Aufwachraum unter Betreuung einer Vertrauensperson und Aufsicht des Anästhesieteams. Der Anästhesist entlässt den Patienten. Als beruhigend für alle Beteiligten hat sich bewährt, sich vor Arbeitssende am Abend telefonisch nochmals nach dem Zustand der behandelten Patienten zu erkundigen.

### Fazit

Ob im Wachzustand, sediert oder in Vollnarkose behandelt werden soll, ist nicht nur vom Patienten selbst, sondern auch von dessen Lebensumfeld und selbstverständlich vom Umfang und den Risiken der geplanten Behandlung abhängig. Im Vergleich zur Behandlung von Menschen ohne Behinderung muss ganzheitlicher gedacht und geplant werden, da es immer nur individuelle Behandlungsstrategien und -ziele geben kann. Keinesfalls sollte aber davon ausgegangen werden, dass grundsätzlich alle Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung nur in Vollnarkose behandelt werden können.

Die Gewöhnung an zahnärztliche Eingriffe über regelmäßige präventive Maßnahmen ist der Schlüssel für eine erfolgreiche, langjährige zahnärztliche Betreuung. Geht man diesen Weg konsequent, bleibt nur eine relativ kleine Gruppe, die tatsächlich regelmäßig in Narkose behandelt werden muss. Daher ist die Einführung von individualprophylaktischen Maßnahmen für erwachsene Menschen mit Behinderung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Versicherung sehr zu begrüßen.

Literaturverzeichnis unter [www.pnc-aktuell.de/literaturlisten](http://www.pnc-aktuell.de/literaturlisten)

#### Dr. Guido Elsaßer

Schlossberg 35  
71394 Kernen-Stetten  
Tel.: 07151 41111  
E-Mail: [info@dr-guido-elsaesser.de](mailto:info@dr-guido-elsaesser.de)



- 1987-1992 Studium der Zahnheilkunde, Universität Ulm
- 1992 Approbation und Promotion
- 1995 Praxisgründung und Niederlassung in Kernen-Stetten
- Seit 1995 Betreuungszahnarzt der Diakonie Stetten e. V.
- Seit 2000 Referent für Behindertenzahnheilkunde der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg
- 2013 Berufung in den Ausschuss Zahnärztliche Betreuung von Menschen mit Behinderungen der Bundeszahnärztekammer
- 2015 Berufung in den Beirat der Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung im Vordergrund stehen.