



LANDESZAHNÄRZTEKAMMER
BADEN-WÜRTTEMBERG

LZK

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Mundgesundheit bei Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung

Dr. Guido Elsäßer

Referent für Behindertenzahnheilkunde der
Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg
Stv. Vorsitzender des Ausschusses Behindertenzahnheilkunde der
Bundeszahnärztekammer

Zahngesundheit von Menschen mit Behinderung



Tabelle 4.4.1: Mittlere DT-, MT-, FT- und DMFT-Werte bei 35- bis 44-jährigen Personen mit geistiger Behinderung in Deutschland

	DMFT	DT	MT	FT	Untersuchungskollektive
Cichon und Donay (2004)	16,2	4,3	6,9	5,0	Spezialambulanz einer Universitäts-ZMK-Klinik
Schnorrenberg (2010)	14,4	3,3	6,8	4,3	Spezialambulanz einer Universitäts-ZMK-Klinik
Schulte, Kaschke und Bissar (2011)	13,5	0,9	4,2	8,4	Teilnehmer an Special-Olympics-Spielen
Schulte, Freyer und Bissar (2012)	13,6	1,8	6,1	5,7	Berufstätige in Behindertenwerkstätten
Franz (2002)	20,5	0,7	13,3	6,2	Patienten mit Down-Syndrom
Pieper, Dirks und Kessler (1986)	19,7	8,2	8,0	3,5	Berufstätige in Behindertenwerkstätten
Micheelis und Schiffner (2006)*	14,5	0,5	2,4	11,7	Allgemeinbevölkerung

* Die angegebenen Daten beziehen sich auf die gleiche Alterskohorte aus der Allgemeinbevölkerung.

MT = Magnetpulverprüfung (Verfahren zum Nachweis von Rissen in oder nahe der Oberfläche der Zähne)

IDZ-Informationen 3/12: Zur Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen in Deutschland – eine systematische Übersicht (Review) auf Grundlage

aktueller Einzelstudien (2000 – 2012)

Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter

BZÄK, KZBV, DGAZ + AGZMB



Menschen mit körperlicher und/oder geistiger Behinderung

- erhöhtes Risiko für Karies und Zahnbetterkrankung
- hohe Erkrankungsrate
- schlechter Sanierungszustand
- ← unzureichende Mundpflege
- ← unzureichende Behandlungsfähigkeit
- ← ungenügende zahnärztliche Versorgung
- ← Rahmenbedingungen (Richtlinien)
- ← keine individuellen präventiven Maßnahmen für Erwachsene
- ← defizitär (Mehraufwand: zeitlich, personell)
- ← keine klare Beschreibung der Patientengruppe

Bundeszahnärztekammer (Hg.): Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter, 2010

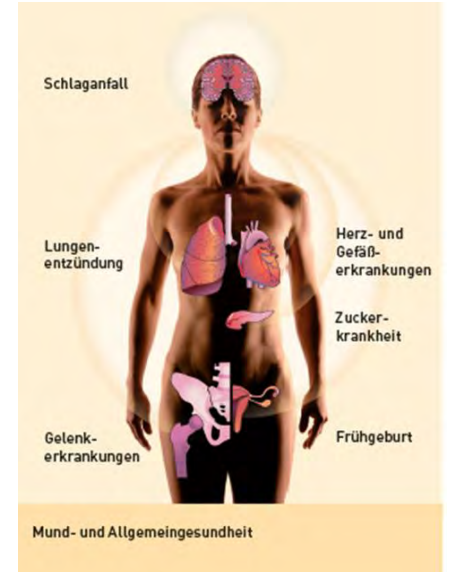


Gesund beginnt im Mund Ein Leben lang



Nahrungszerkleinerung → Essen als Genuss
Lautbildung, Äußeres → gesellschaftliche Teilhabe
Mundgesundheit → Allgemeingesundheit

→ Lebensqualität



Zähne und Zahnfleisch gesund

Gemeinsame Herausforderung Zahngesundheit



- Patient
 - Selbstbestimmungsrecht
 - spezieller Bedarf: Behinderung/Kontext der Behinderung
- unterstützende Personen
 - = Angehörige, Heilerziehungspfleger, Altenpfleger, Krankenschwestern, Hilfskräfte,...
 - Wissen
 - Motivation
 - Rahmenbedingungen
- Angehörige/rechtliche Betreuer
 - Wissen
 - eigene Erfahrungen/Vorurteile
- Zahnärzte/Team
 - Wissen
 - Rahmenbedingungen

Umfrage unter Zahnärzten in Baden-Württemberg



- 55 % aller Praxen sind rollstuhlgerecht
- 50 % aller Praxen behandeln mindestens einen Patienten mit Behinderung in der Woche
- 80 % aller Zahnärzte sind im Studium schlecht oder gar nicht auf die Behandlung von Patienten mit Behinderung vorbereitet worden
- 75 % aller Zahnärzte empfinden die Behandlung von Patienten mit Behinderung als belastend



Professional knowledge of German dentists regarding treatment of patients with disabilities.

Schulte A, Elsaesser G, Bissar A, Heinrich-Weltzien R. 120 Journal of Disability and Oral Health (2012) 13/3

SGB V



§ 2a

Den besonderen Belangen behindertter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.



BEMA

(Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen)

→ keine Berücksichtigung der besonderen Bedarfe

→ Neu: § 22a SGB V seit 1. Juli 2018

neu: SGB V § 22a Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen



(1) Versicherte, die einem **Pflegegrad** nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder **Eingliederungshilfe** nach § 53 des Zwölften Buches erhalten oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches eingeschränkt sind, **haben Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen.**



Die Leistungen umfassen insbesondere die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die **Aufklärung** über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines **Planes** zur individuellen Mund- und Prothesenpflege sowie die **Entfernung harter Zahnbeläge.**

(2) Das Nähere über Art und Umfang der Leistungen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92. **Pflegepersonen** des Versicherten sollen in die Aufklärung und Planerstellung nach Satz 2 einbezogen werden.

neu: Zuschläge für Besuchsgebühren





Die Leistungen sind abrechnungsfähig für Versicherte, die einem **Pflegegrad** nach § 15 Abs. 1 SGB XI zugeordnet sind, **Eingliederungshilfe** nach § 53 SGB XII erhalten oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI eingeschränkt sind und die **Zahnarztpraxis** aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit oder Behinderung oder eingeschränkten Alltagskompetenz **nicht oder nur mit einem hohen Aufwand aufsuchen können.**



Vorgeschriebenes Formblatt Mundhygienestatus, Mundgesundheitsplan, ggf. Koordination




Vorname, Nachname	Ausgehändigt an	Datum der Untersuchung
<p>Status</p> <p>Befund/Versorgung</p> <p>Oberkiefer rechts links</p> <p>Totalprothese <input type="checkbox"/></p> <p>Teilprothese <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>Beläge rechts <input type="checkbox"/></p> <p>Beläge links <input type="checkbox"/></p>  <p>Unterkiefer</p> <p>Totalprothese <input type="checkbox"/></p> <p>Teilprothese <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>Beläge rechts <input type="checkbox"/></p> <p>Beläge links <input type="checkbox"/></p>  <p>rechts links</p> <p>Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein</p>	<p>Mundgesundheitsplan</p> <p>Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/></p> <p>Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen*</p> <p>Zähne reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/></p> <p> Bürste Hand <input type="checkbox"/></p> <p> Bürste elektrisch <input type="checkbox"/></p> <p> Dreikopfbürste <input type="checkbox"/></p> <p>Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/></p> <p>Fluoridgel (1-mal je Woche) <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/></p> <p>Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/></p> <p>Zunge reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/></p> <p>Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/></p> <p>Speichelfluss fördern <input type="checkbox"/></p> <p>Spüllösung _____ -mal am Tag</p> <p>Ernährung _____</p> <p>Sonstiges _____</p>	<p>Koordination</p> <p>Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit</p> <p>Patient <input type="checkbox"/> Rechtl. Betreuer <input type="checkbox"/></p> <p>Angehörige <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/></p> <p>Pflege-/Unter- <input type="checkbox"/> Anderer Zahnarzt <input type="checkbox"/></p> <p>stützungspers.</p> <p>Apotheker <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstige _____</p> <p>Wo soll Behandlung erfolgen</p> <p>Zahnarztpraxis _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/></p> <p>Andernorts _____</p> <p>Behandlung in Narkose <input type="checkbox"/></p> <p>Krankenfahrt/-transport erforderlich <input type="checkbox"/></p> <p>Behandlungseinwilligung ist erfolgt</p> <p> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>
<p>Zustand Pflege</p> <p>Zähne 😊 😐 ☹️</p> <p>_____</p> <p>Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch 😊 😐 ☹️</p> <p>_____</p> <p>Zahnersatz 😊 😐 ☹️</p> <p>_____</p>	<p>Behandlungsbedarf</p> <p>Füllung <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnfleisch/Mundschleimhaut <input type="checkbox"/></p> <p>Zahntfernung <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnersatz <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstiges _____ <input type="checkbox"/></p>	<p>Besonderheiten/Anmerkungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Unterschrift Zahnarzt _____</p>

Prothesen


Teilprothese

- Klammerprothese
- Teleskopprothese




Implantatversorgung




- mit Steg
- Prothese für Stegversorgung (Unterseite)




Vollprothese

- Ober- und Unterkiefer
- Prothese mit Riegel






Vorname, Nachname	
Status	
Befund/Versorgung	
Oberkiefer	rechts links
Totalprothese <input type="checkbox"/>	
Teilprothese <input type="checkbox"/>	
Beläge rechts <input type="checkbox"/>	
Beläge links <input type="checkbox"/>	
Unterkiefer	rechts links
Totalprothese <input type="checkbox"/>	
Teilprothese <input type="checkbox"/>	
Beläge rechts <input type="checkbox"/>	Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein
Beläge links <input type="checkbox"/>	
Zustand Pflege	
Zähne	<input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️
Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch	<input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️
Zahnersatz	<input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️

Beläge





Zahnbeläge, Zahnstein, Gingivitis
und Parodontitis

Vorname, Nachname	
Status	
Befund/Versorgung	
Oberkiefer	rechts links
Totalprothese <input type="checkbox"/>	
Teilprothese <input type="checkbox"/>	
Beläge rechts <input type="checkbox"/>	
Beläge links <input type="checkbox"/>	
Unterkiefer	
Totalprothese <input type="checkbox"/>	
Teilprothese <input type="checkbox"/>	
Beläge rechts <input type="checkbox"/>	rechts links
Beläge links <input type="checkbox"/>	Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein
Zustand Pflege	
Zähne	😊 😐 😞
Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch	😊 😐 😞
Zahnersatz	😊 😐 😞

Schleimhaut



Vorname, Nachname	
Status	
Befund/Versorgung	
Oberkiefer	rechts links
Totalprothese <input type="checkbox"/>	
Teilprothese <input type="checkbox"/>	
Beläge rechts <input type="checkbox"/>	
Beläge links <input type="checkbox"/>	
Unterkiefer	
Totalprothese <input type="checkbox"/>	
Teilprothese <input type="checkbox"/>	
Beläge rechts <input type="checkbox"/>	rechts links
Beläge links <input type="checkbox"/>	Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein
Zustand Pflege	
Zähne	😊 😐 😞
Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch	😊 😐 😞
Zahnersatz	😊 😐 😞

Ergebnis



→ 😊 oder 😐 oder ☹️

- = keine objektive Klassifizierung (Index)
- = patienten- und pflegesituationsbezogen
- = Eindruck/Einschätzung als Basis für den Mundgesundheitsplan und die Mundhygieneinstruktionen

Vorname, Nachname	
Status	
Befund/Versorgung	
Oberkiefer	rechts links
Totalprothese <input type="checkbox"/>	
Teilprothese <input type="checkbox"/>	
Beläge rechts <input type="checkbox"/>	
Beläge links <input type="checkbox"/>	
Unterkiefer	rechts links
Totalprothese <input type="checkbox"/>	
Teilprothese <input type="checkbox"/>	
Beläge rechts <input type="checkbox"/>	rechts links
Beläge links <input type="checkbox"/>	Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein
Zustand Pflege	
Zähne	😊 😐 ☹️
Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch	😊 😐 ☹️
Zahnersatz	😊 😐 ☹️

Unterstützung keine – teilweise - vollständig



Instruktion, Motivation des **Patienten**



Instruktion, Motivation des **Patienten**
und der **unterstützenden Person**



Instruktion, Motivation der
unterstützenden Person

Ausgehändigt an _____	
Mundgesundheitsplan	
Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/>	
Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen*	
Zähne reinigen (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Bürste Hand	<input type="checkbox"/>
Bürste elektrisch	<input type="checkbox"/>
Dreikopfbürste	<input type="checkbox"/>
Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Fluoridgel (1-mal je Woche)	<input type="checkbox"/>
Zahzwischenräume reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Zunge reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Speichelfluss fördern	<input type="checkbox"/>
Spüllösung _____	_____ -mal am Tag
Ernährung _____	
Sonstiges _____	
Behandlungsbedarf	
Füllung	<input type="checkbox"/>
Zahnfleisch/Mundschleimhaut	<input type="checkbox"/>
Zahntfernung	<input type="checkbox"/>
Zahnersatz	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____	<input type="checkbox"/>

Zähne reinigen
Bürste Hand



- breiter Griff
- weiche Borsten

- ggf. Griffverstärker

- Zahnputztechnik prüfen/üben!



Ausgehändigt an
Mundgesundheitsplan
Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/>
Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen*
Zähne reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/>
Bürste Hand <input type="checkbox"/>
Bürste elektrisch <input type="checkbox"/>
Dreikopfbürste <input type="checkbox"/>
Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/>
Fluoridgelee (1-mal je Woche) <input type="checkbox"/>
Zahzwischenräume reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/>
Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/>
Zunge reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/>
Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/>
Speichelfluss fördern <input type="checkbox"/>
Spüllösung _____ -mal am Tag
Ernährung _____
Sonstiges _____
Behandlungsbedarf
Füllung <input type="checkbox"/>
Zahnfleisch/Mundschleimhaut <input type="checkbox"/>
Zahntfernung <input type="checkbox"/>
Zahnersatz <input type="checkbox"/>
Sonstiges _____ <input type="checkbox"/>

Zähne reinigen
 Bürste elektrisch ☺

- Schallzahnbürsten
- oszillierende Zahnbürsten stabiler?
- Zahnputztechnik prüfen/üben!



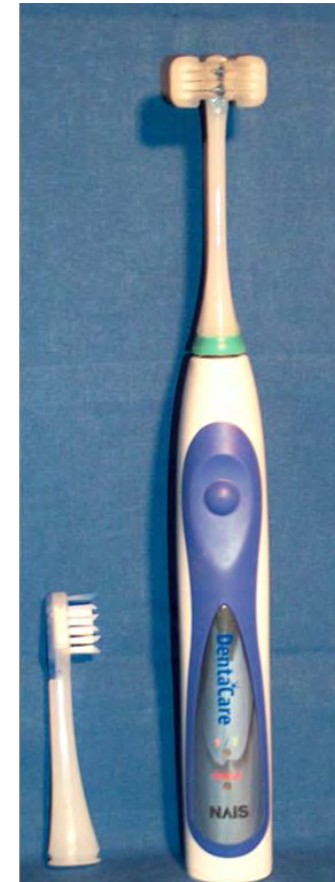
Ausgehändigt an _____	
Mundgesundheitsplan	
Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/>	
Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen*	
Zähne reinigen (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Bürste Hand	<input type="checkbox"/>
Bürste elektrisch	<input type="checkbox"/>
Dreikopfbürste	<input type="checkbox"/>
Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Fluoridgel (1-mal je Woche)	<input type="checkbox"/>
Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Zunge reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Speichelfluss fördern	<input type="checkbox"/>
Spüllösung _____	_____mal am Tag
Ernährung _____	
Sonstiges _____	
Behandlungsbedarf	
Füllung	<input type="checkbox"/>
Zahnfleisch/Mundschleimhaut	<input type="checkbox"/>
Zahntfernung	<input type="checkbox"/>
Zahnersatz	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____	<input type="checkbox"/>

Zähne reinigen Dreikopfzahnbürste



→ nur bei Zähneputzen durch unterstützende Person

- Länge der Borsten?
- elektrisch/manuell
- Zahnputztechnik zeigen/üben/prüfen



Ausgehändigt an _____	
Mundgesundheitsplan	
Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/>	
Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen*	
Zähne reinigen (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Bürste Hand	<input type="checkbox"/>
Bürste elektrisch	<input type="checkbox"/>
Dreikopfbürste	<input type="checkbox"/>
Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Fluoridgel (1-mal je Woche)	<input type="checkbox"/>
Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Zunge reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Speichelfluss fördern	<input type="checkbox"/>
Spüllösung _____	_____mal am Tag
Ernährung _____	
Sonstiges _____	
Behandlungsbedarf	
Füllung	<input type="checkbox"/>
Zahnfleisch/Mundschleimhaut	<input type="checkbox"/>
Zahntfernung	<input type="checkbox"/>
Zahnersatz	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____	<input type="checkbox"/>

Zähne reinigen Absaugzahnbürste 😊

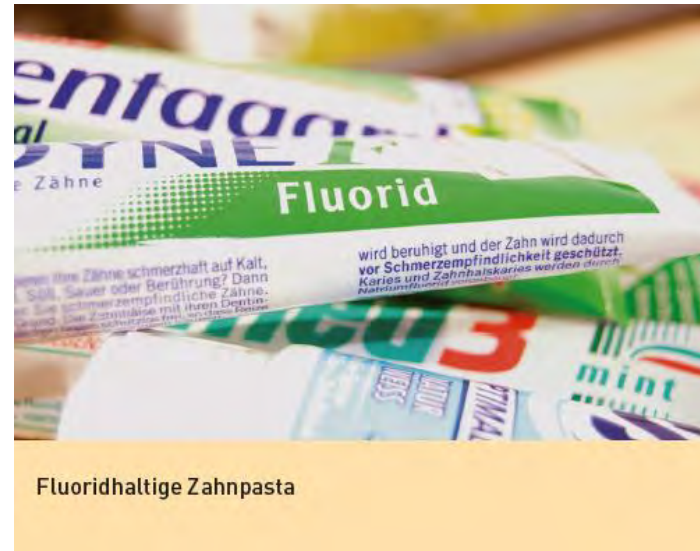
- Plakvac ©
- bei hohem Aspirationsrisiko



Ausgehändigt an _____	
Mundgesundheitsplan	
Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/>	
Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen*	
Zähne reinigen (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Bürste Hand	<input type="checkbox"/>
Bürste elektrisch	<input type="checkbox"/>
Dreikopfbürste	<input type="checkbox"/>
Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Fluoridgel (1-mal je Woche)	<input type="checkbox"/>
Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Zunge reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Speichelfluss fördern	<input type="checkbox"/>
Spüllösung _____	_____ -mal am Tag
Ernährung _____	
Sonstiges _____	
Behandlungsbedarf	
Füllung	<input type="checkbox"/>
Zahnfleisch/Mundschleimhaut	<input type="checkbox"/>
Zahntfernung	<input type="checkbox"/>
Zahnersatz	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____	<input type="checkbox"/>

Fluoride Zahnpaste, Gel

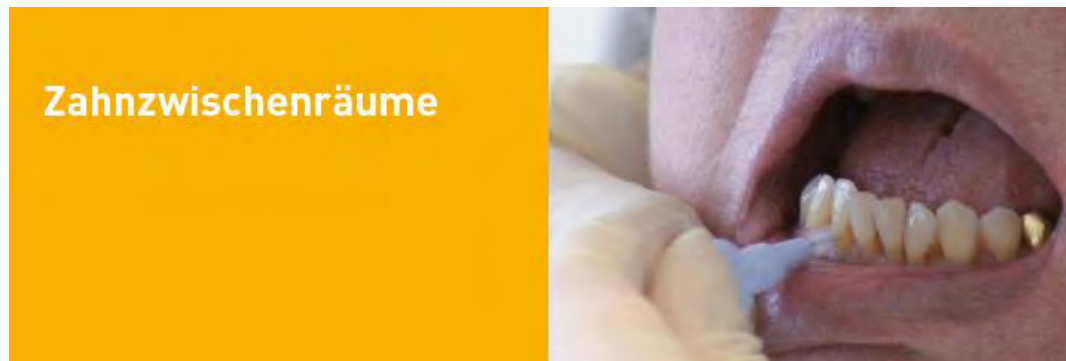
- Reduktion des Kariesrisikos um bis zu 80 %



Fluoridhaltige Zahnpasta

Ausgehändigt an _____	
Mundgesundheitsplan	
Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/>	
Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen*	
Zähne reinigen (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Bürste Hand	<input type="checkbox"/>
Bürste elektrisch	<input type="checkbox"/>
Dreikopfbürste	<input type="checkbox"/>
Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Fluoridgel (1-mal je Woche)	<input type="checkbox"/>
Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Zunge reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Speichelfluss fördern	<input type="checkbox"/>
Spüllösung _____	_____ -mal am Tag
Ernährung _____	
Sonstiges _____	
Behandlungsbedarf	
Füllung	<input type="checkbox"/>
Zahnfleisch/Mundschleimhaut	<input type="checkbox"/>
Zahntfernung	<input type="checkbox"/>
Zahnersatz	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____	<input type="checkbox"/>

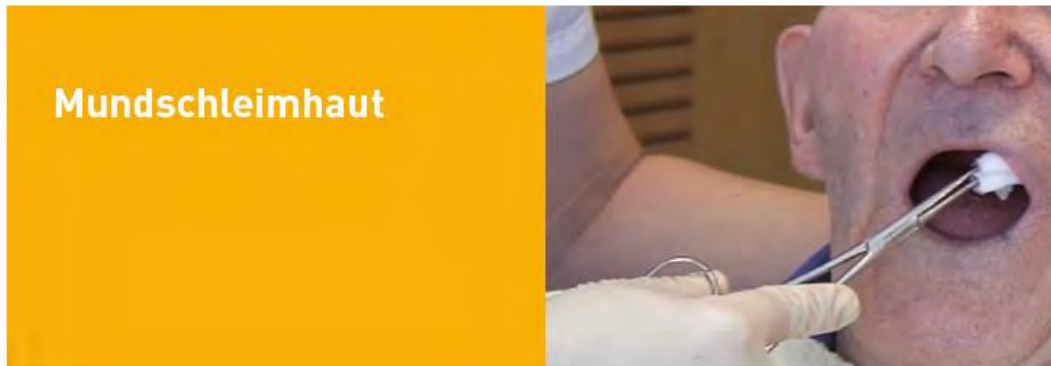
Zahnzwischenräume reinigen



Ausgehändigt an _____
Mundgesundheitsplan
Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/>
Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen*
Zähne reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/>
Bürste Hand <input type="checkbox"/>
Bürste elektrisch <input type="checkbox"/>
Dreikopfbürste <input type="checkbox"/>
Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/>
Fluoridgel (1-mal je Woche) <input type="checkbox"/>
Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/>
Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/>
Zunge reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/>
Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/>
Speichelfluss fördern <input type="checkbox"/>
Spüllösung _____ -mal am Tag
Ernährung _____
Sonstiges _____
Behandlungsbedarf
Füllung <input type="checkbox"/>
Zahnfleisch/Mundschleimhaut <input type="checkbox"/>
Zahntfernung <input type="checkbox"/>
Zahnersatz <input type="checkbox"/>
Sonstiges _____ <input type="checkbox"/>

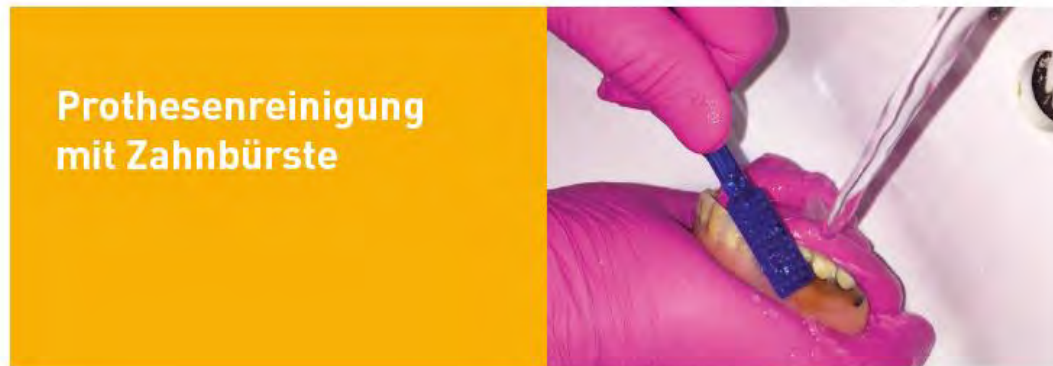
Mundschleimhaut reinigen

Zunge reinigen



Ausgehändigt an _____	
Mundgesundheitsplan	
Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/>	
Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen*	
Zähne reinigen (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Bürste Hand	<input type="checkbox"/>
Bürste elektrisch	<input type="checkbox"/>
Dreikopfbürste	<input type="checkbox"/>
Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Fluoridgel (1-mal je Woche)	<input type="checkbox"/>
Zahnräume reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Zunge reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Speichelfluss fördern	<input type="checkbox"/>
Spüllösung _____	_____ -mal am Tag
Ernährung _____	
Sonstiges _____	
Behandlungsbedarf	
Füllung	<input type="checkbox"/>
Zahnfleisch/Mundschleimhaut	<input type="checkbox"/>
Zahntfernung	<input type="checkbox"/>
Zahnersatz	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____	<input type="checkbox"/>

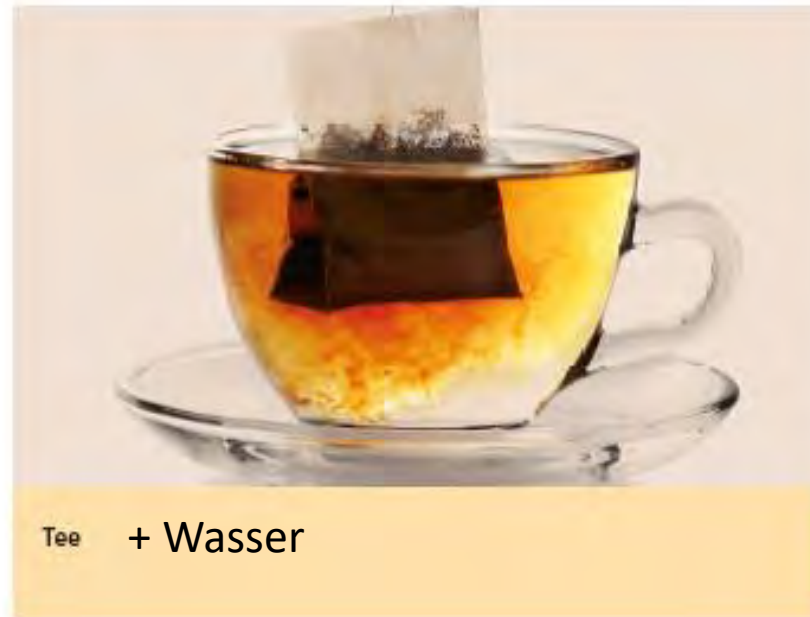
Prothese reinigen



Reinigungstabletten sind nicht notwendig.

Ausgehändigt an _____	
Mundgesundheitsplan	
Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/>	
Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen*	
Zähne reinigen (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Bürste Hand	<input type="checkbox"/>
Bürste elektrisch	<input type="checkbox"/>
Dreikopfbürste	<input type="checkbox"/>
Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Fluoridgel (1-mal je Woche)	<input type="checkbox"/>
Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Zunge reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Speichelfluss fördern	<input type="checkbox"/>
Spüllösung _____	_____ -mal am Tag
Ernährung _____	
Sonstiges _____	
Behandlungsbedarf	
Füllung	<input type="checkbox"/>
Zahnfleisch/Mundschleimhaut	<input type="checkbox"/>
Zahntfernung	<input type="checkbox"/>
Zahnersatz	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____	<input type="checkbox"/>

Speichelfluss fördern



Ausgehändigt an _____	
Mundgesundheitsplan	
Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/>	
Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen*	
Zähne reinigen (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Bürste Hand	<input type="checkbox"/>
Bürste elektrisch	<input type="checkbox"/>
Dreikopfbürste	<input type="checkbox"/>
Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Fluoridgel (1-mal je Woche)	<input type="checkbox"/>
Zahnräume reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Zunge reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Speichelfluss fördern	<input type="checkbox"/>
Spüllösung _____	_____ -mal am Tag
Ernährung _____	
Sonstiges _____	
Behandlungsbedarf	
Füllung	<input type="checkbox"/>
Zahnfleisch/Mundschleimhaut	<input type="checkbox"/>
Zahntfernung	<input type="checkbox"/>
Zahnersatz	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____	<input type="checkbox"/>

Spüllösung

Zähneputzen (mechanisch)

= Pflichtprogramm

Mundspüllösungen

= Kür

unterschiedliche Präparate

unterschiedliche Indikationen



Ausgehändigt an
Mundgesundheitsplan
Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/>
Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen*
Zähne reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/>
Bürste Hand <input type="checkbox"/>
Bürste elektrisch <input type="checkbox"/>
Dreikopfbürste <input type="checkbox"/>
Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/>
Fluoridgelee (1-mal je Woche) <input type="checkbox"/>
Zahnezwischenräume reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/>
Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/>
Zunge reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/>
Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/>
Speichelfluss fördern <input type="checkbox"/>
Spüllösung _____ -mal am Tag
Ernährung _____
Sonstiges _____
Behandlungsbedarf
Füllung <input type="checkbox"/>
Zahnfleisch/Mundschleimhaut <input type="checkbox"/>
Zahntfernung <input type="checkbox"/>
Zahnersatz <input type="checkbox"/>
Sonstiges _____ <input type="checkbox"/>

Ernährung

Zuckerkonsum einschränken

- Essen
 - versteckte Zucker!
- Getränke
 - stark gesüßt und saurer pH-Wert



Ausgehändigt an
Mundgesundheitsplan
Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/>
Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen*
Zähne reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/>
Bürste Hand <input type="checkbox"/>
Bürste elektrisch <input type="checkbox"/>
Dreikopfbürste <input type="checkbox"/>
Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/>
Fluoridgel (1-mal je Woche) <input type="checkbox"/>
Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/>
Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/>
Zunge reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/>
Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/>
Speichelfluss fördern <input type="checkbox"/>
Spüllösung _____ -mal am Tag
Ernährung _____
Sonstiges _____
Behandlungsbedarf
Füllung <input type="checkbox"/>
Zahnfleisch/Mundschleimhaut <input type="checkbox"/>
Zahntfernung <input type="checkbox"/>
Zahnersatz <input type="checkbox"/>
Sonstiges _____ <input type="checkbox"/>

Behandlungsbedarf



ggf. kurze Beschreibung des Behandlungsbedarf zur Festlegung des weiteren Vorgehens

Ausgehändigt an _____	
Mundgesundheitsplan	
Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/>	
Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen*	
Zähne reinigen (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Bürste Hand	<input type="checkbox"/>
Bürste elektrisch	<input type="checkbox"/>
Dreikopfbürste	<input type="checkbox"/>
Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Fluoridgel (1-mal je Woche)	<input type="checkbox"/>
Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Zunge reinigen (1-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag)	<input type="checkbox"/>
Speichelfluss fördern	<input type="checkbox"/>
Spüllösung _____	_____ -mal am Tag
Ernährung _____	
Sonstiges _____	
Behandlungsbedarf	
Füllung	<input type="checkbox"/>
Zahnfleisch/Mundschleimhaut	<input type="checkbox"/>
Zahntfernung	<input type="checkbox"/>
Zahnersatz	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____	<input type="checkbox"/>

Koordination



Aufklärung

- Patient
- Angehörige
- Rechtl. Betreuer
- Pflege-/Unterstützungspers.
ggf. Rücksprache
- Hausarzt
- Fachzahnarzt
- Apotheker

Datum der Untersuchung _____	
Koordination	
Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit	
Patient <input type="checkbox"/>	Rechtl. Betreuer <input type="checkbox"/>
Angehörige <input type="checkbox"/>	Hausarzt <input type="checkbox"/>
Pflege-/Unterstützungspers. <input type="checkbox"/>	Anderer Zahnarzt <input type="checkbox"/>
Apotheker <input type="checkbox"/>	
Sonstige _____	
Wo soll Behandlung erfolgen	
Zahnarztpraxis _____ <input type="checkbox"/>	
Pflegeeinrichtung _____ <input type="checkbox"/>	
Andernorts _____	
Behandlung in Narkose <input type="checkbox"/>	
Krankenfahrt/-transport erforderlich <input type="checkbox"/>	
Behandlungseinwilligung ist erfolgt	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Besonderheiten/Anmerkungen	
_____ _____ _____ _____	
Unterschrift Zahnarzt _____	

Wo soll die Behandlung erfolgen



- Zahnarztpraxis
- Pflege-/Wohneinrichtung
- Andernorts
 - z. B. Zahnklinik
- Behandlung in Narkose
- Krankenförderungsschein
 - kann durch Zahnarzt ausgestellt werden.
 - künftig nicht mehr genehmigungspflichtig
- Behandlungseinwilligung

Datum der Untersuchung _____	
Koordination	
Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit	
Patient <input type="checkbox"/>	Rechtl. Betreuer <input type="checkbox"/>
Angehörige <input type="checkbox"/>	Hausarzt <input type="checkbox"/>
Pflege-/Unterstützungspers. <input type="checkbox"/>	Anderer Zahnarzt <input type="checkbox"/>
Apotheker <input type="checkbox"/>	
Sonstige _____	
Wo soll Behandlung erfolgen	
Zahnarztpraxis _____ <input type="checkbox"/>	
Pflegeeinrichtung _____ <input type="checkbox"/>	
Andernorts _____	
Behandlung in Narkose <input type="checkbox"/>	
Krankenfahrt/-transport erforderlich <input type="checkbox"/>	
Behandlungseinwilligung ist erfolgt	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Besonderheiten/Anmerkungen	
_____ _____ _____ _____	
Unterschrift Zahnarzt _____	

Vorgeschriebenes Formblatt Mundhygienestatus, Mundgesundheitsplan, ggf. Koordination

Vorname, Nachname	Ausgehändigt an	Datum der Untersuchung
Status Befund/Versorgung Oberkiefer rechts links Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> <hr/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/> Unterkiefer Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> <hr/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> rechts links Beläge links <input type="checkbox"/> links Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein Zustand Pflege Zähne 😊 😐 ☹️ <hr/> Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch 😊 😐 ☹️ <hr/> Zahnersatz 😊 😐 ☹️ <hr/>	Mundgesundheitsplan Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/> Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen* Zähne reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Bürste Hand <input type="checkbox"/> Bürste elektrisch <input type="checkbox"/> Dreikopfbürste <input type="checkbox"/> Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Fluoridgel (1-mal je Woche) <input type="checkbox"/> Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Zunge reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Speichelfluss fördern <input type="checkbox"/> Spüllösung _____ -mal am Tag Ernährung _____ Sonstiges _____	Koordination Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit Patient <input type="checkbox"/> Rechtl. Betreuer <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Pflege-/Unter- stützungspers. <input type="checkbox"/> Anderer Zahnarzt <input type="checkbox"/> Apotheker <input type="checkbox"/> Sonstige _____ Wo soll Behandlung erfolgen Zahnarztpraxis _____ <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung _____ <input type="checkbox"/> Andernorts _____ Behandlung in Narkose <input type="checkbox"/> Krankenfahrt/-transport erforderlich <input type="checkbox"/>
	Behandlungsbedarf Füllung <input type="checkbox"/> Zahnfleisch/Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> Zahnentfernung <input type="checkbox"/> Zahnersatz <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ <input type="checkbox"/>	Behandlungseinwilligung ist erfolgt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Besonderheiten/Anmerkungen _____ _____ _____ _____ Unterschrift Zahnarzt _____

Zahnsteinentfernung, kalenderhalbjährlich 😊

≠ keine Zahnreinigung!! 😞

Mundhygieneunterweisung der Pflegeperson entspricht nun den
Kassenrichtlinien für Parodontalbehandlungen 😊

Bundeszahnärztekammer



- jährliche Koordinierungskonferenzen
 - Referenten für Prophylaxe, Alterszahnheilkunde und Behindertenzahnheilkunde aus allen Landeszahnärztekammern
 - Vertreter der Wissenschaft
- Erarbeitung von Informationsmaterial
- enge Abstimmung mit KZBV (Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung)

Bundeszahnärztekammer



Impressum

Herausgeber

Bundeszahnärztekammer (BZÄK); www.bzaek.de

in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung oder speziellem medizinischen Behandlungsbedarf (AG ZMB) und der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ)

Autoren

Dr. Guido Elsäßer und Dr. Elmar Ludwig,
LZK Baden-Württemberg sowie
die Ausschüsse Alterszahnheilkunde und
Zahnärztliche Betreuung von Menschen mit
Behinderung der BZÄK

https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/h/files/assets/common/downloads/Mundhygienehandbuch_Pflege.pdf

Arbeitskreis Alterszahnheilkunde und Behindertenbehandlung

- Referent für Alterszahnheilkunde
- Referent für Behindertenzahnheilkunde
- zuständige Referenten der Bezirkszahnärztekammern

Regierungsbezirke

- benannte Referenten der Bezirkszahnärztekammern

Land-/Stadtkreise

- Senioren- und Behindertenbeauftragte der Zahnärzteschaft vor Ort

Informationsstelle: www.lzkbw.de



[Startseite/Zahnärzte/Alters- und Behindertenzahnheilkunde/Senioren- und Behindertenbeauftragte](#)

SENIOREN- UND BEHINDERTENBEAUFTRAGTE

Die Senioren- und Behindertenbeauftragten sind sowohl erste Anlaufstelle für zahnärztliche Kolleginnen und Kollegen, die sich gerne in einer Pflegeeinrichtung engagieren möchten oder bereits engagieren, als auch Ansprechpartner für Pflegeeinrichtungen, mobile Pflegedienste sowie pflegende Angehörige, die die Mundhygiene ihrer Bewohner bzw. ihrer Angehörigen verbessern möchten und für sie einen Betreuungszahnarzt suchen. Sie vermitteln bei Bedarf auch praxisnahe Schulungsveranstaltungen für das Pflegepersonal und pflegende Angehörige.

 [Bestellte Senioren- und Behindertenbeauftragte in den Bezirkszahnärztekammern](#)

Infos für Angehörige und Betreuende

Zahngesundheit

für Menschen mit Behinderung

mit Informationen auch für
Angehörige
Betreuende



Nicht vergessen

Bringen Sie für den Besuch beim Zahnarzt, sofern vorhanden, Folgendes mit:

- ✓ Elektronische Gesundheitskarte
- ✓ Medikamentenliste
- ✓ Arztbriefe mit Diagnosen
- ✓ Bonusheft
- ✓ Röntgenpass
- ✓ Allergieausweis, Herzpass
- ✓ Kontaktdaten des Betreuers
- ✓ Kopie des Betreuerausweises
- ✓ Krankentransportschein



Wichtige Informationen

Nennen Sie schon bei der telefonischen Terminvereinbarung:

- ✓ den Grund
 - Kontrolluntersuchung
 - Beschwerden
- ✓ die Behinderung
 - geistige Behinderung
 - Körperbehinderung
 - Sinnesbehinderung
- ✓ die Folgen der Behinderung
 - Angst
 - Abwehr
 - Immobilität
- ✓ die Verständigung
 - gut
 - eingeschränkt
 - nicht möglich
- ✓ die Kooperationsmöglichkeiten
 - gut
 - eingeschränkt
 - nicht möglich
- ✓ die Behandlung
 - ist im Zahnarztstuhl möglich
 - muss man im Rollstuhl durchführen
- ✓ wo und wie frühere zahnärztliche Behandlungen abliefen
 - Praxis
 - Klinik
 - Sedierung
 - Narkose
- ✓ ob eine Betreuung eingesetzt wurde

Herrengeber:
Informationszentrum Zahngesundheit Baden-Württemberg
Eine Einrichtung der Landesärztekammer Baden-
Württemberg und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung
Baden-Württemberg
Postfach 10 24 33, 70035 Stuttgart E-Mail: hzgw@lza-bw.de

Redaktion/Gestaltung:
Johannes Clausen, Leiter des IZ

Autorisiertheit:
Dr. Rudolf Kemmerich IZ der Landesärztekammer Baden-
Württemberg für Angehörige und Betreuende mit geistiger Behinderung
in Baden-Württemberg e. V.,
Dr. Guido Stähler IZ der Landesärztekammer Baden-
Württemberg

Bildschewe:
Fotolia, Dr. Guido Stähler

Ihr Zahnarzt
in Baden Württemberg

Hintergründe

Viele Menschen, auch solche ohne Behinderung, vergessen regelmäßig zum Zahnarzt zu gehen. Menschen mit geistiger Behinderung und/oder mehrfacher Behinderung gehören einer Risikogruppe an, bei der häufiger Karies und parodontale Erkrankungen auftreten.

Vieftfach fehlt die Einsicht und das Verständnis oder die motorische Geschicklichkeit, um regelmäßig und richtig die Zähne zu putzen. Menschen mit Down-Syndrom haben ein genetisch bedingt erhöhtes Risiko für Parodontitis.

Ist das Mitteilungsvermögen stark eingeschränkt, leiden Menschen mit Behinderung häufig längere Zeit an Schmerzen, bevor diese überhaupt wahrgenommen und „mitgeteilt“ werden.

Wird der Zahnarzt nur bei offensichtlichen Beschwerden aufgesucht, entsteht ein „Zugzwang“, der für alle Beteiligten Stress bedeutet. Behandlungen, die häufig in Narkose durchgeführt werden müssen, sind die Folge. Zerstörte Zähne müssen entfernt werden und herausnehmbarer Zahnersatz wird oft nicht getragen.



Vorbeugung

Die Vermeidung von Karies und Zahnbettentzündungen (Parodontitis) muss im Vordergrund stehen. Konsequentes und richtiges Zähneputzen zu Hause und regelmäßige Besuche in der Zahnarztpraxis sind wichtig, um die Zahngesundheit zu erhalten. Gesunde Zähne sind ein wertvolles Stück Lebensqualität.

Regelmäßige Zahnarztbesuche mit schmerzlosen Prophylaxemaßnahmen (z. B. Polituren, Fluoridierung) bauen Ängste ab. Diese bilden die Basis für eine Vertrauensbeziehung zwischen Patientin/Patient und Praxisteam. Beginnende Erkrankungen werden frühzeitig erkannt und können oft ohne großen Aufwand zeitnah behandelt werden.

Weitere Informationen
www.lzvbw.de
www.lzkbw.de



Vor dem Besuch

Menschen mit Behinderung reagieren häufig sehr sensibel auf „atmosphärische Störungen“. Werden Zahnarztbesuche gut vorbereitet, können diese entspannt und angstfrei für die Patientin/den Patienten, ohne Stress und Hektik für die Begleitperson und das zahnmedizinische Praxisteam ablaufen.

Suchen Sie nach einer geeigneten (z. B. rollstuhlgerechten) Zahnarztpraxis in ihrer Umgebung. Auf der Internetseite der Landesärztekammer Baden-Württemberg (www.lzkbw.de) sind Praxen aufgeführt, die sich besonders in der Alten- und Behindertenzahnteilnahme engagieren.

Achten Sie hierbei auf das Logo des Arbeitskreises Alterszahnheilkunde und Behindertenbehandlung der Landesärztekammer Baden-Württemberg.

Kündigen Sie den Zahnarztbesuch der Patientin/dem Patienten erst am Tag des Besuchs an, um unnötige Unruhe und Schlafstörungen zu vermeiden.

Vermeiden Sie „Nicht-Sätze“, z. B. „Es wird nicht weh tun.“

Der Besuch beim Zahnarzt muss von allen Menschen als etwas Selbstverständliches empfunden werden. Das hilft allen Beteiligten.

Falls ein Krankentransportschein benötigt wird, muss dieser vorab vom Hausarzt ausgestellt werden (Hin- und Rückfahrt getrennt). Beachten Sie, dass nach manchen Zahnbehandlungen 2-3 Stunden nichts gegessen werden darf. Die Patientin/der Patient sollte daher ohne Hungergefühl zum Termin erscheinen.

In der Praxis

Ängste, insbesondere in unbekannter Umgebung, können Abwehr auslösen. Eine vertraute Person kann durch Nähe, Körperkontakt und Zuspruch Ruhe und Sicherheit vermitteln. Auch ein Kuscheiltier oder ein wichtiger persönlicher Gegenstand kann helfen.

Berichten Sie dem Zahnarzt kurz vom Lebensumfeld der Patientin/des Patienten:

- lebt zuhause
- lebt in einer Behindertenwohnrichtung
- lebt im ambulant betreuten Wohnen
- putzt alleine die Zähne
- benötigt Unterstützung beim Zähneputzen

In der Regel wird der Zahnarzt beim Erstkontakt nur untersuchen und beraten. Gemeinsam wird entschieden, welches Vorgehen praktikabel erscheint. Bitten Sie den Zahnarzt darum, dass er auch seiner Patientin/seinem Patienten den geplanten Eingriff in einfacher Sprache kurz erläutert.

Nach der Behandlung

Vereinbaren Sie gleich einen Folgetermin. Im Idealfall sollte eine Untersuchung und Professionelle Zahnreinigung alle 3 Monate erfolgen. Loben und belohnen Sie, auch wenn der Besuch dieses Mal nicht optimal verlief.


Zahnarztsuche in Baden-Württemberg



Landeszahnärztekammer BW: ... x +

lzkbw.de/zahnarztsuche/ Suchen

LANDESZAHNÄRZTEKAMMER BADEN-WÜRTTEMBERG Die Kammer Kontakt Partner Login

 **LZK** | ZAHNÄRZTE | PRAXISTEAM | PATIENTEN | PRESSE | DIE KAMMER | JOBS

Startseite

ZAHNARZT-SUCHE

In der Zahnarztsuche finden Sie alle niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte aus Baden-Württemberg, sofern diese einer Veröffentlichung zugestimmt haben.

Name

Strasse PLZ / Ort

Tätigkeitsschwerpunkt + Weiterbildungsbereich +

Merkmale barrierefreie Praxis

Behandlung Senioren in der Praxis Behandlung Menschen mit Behandlung unter Infektionsrisiko

www.lzk-bw.de

Zahnarztsuche in Baden-Württemberg



Landes Zahnärztekammer BW: ...

lzkbw.de/zahnarztsuche/

LANDESZAHNÄRZTEKAMMER BADEN-WÜRTTEMBERG

ZAHNÄRZTE | PRAXISTEAM | PATIENTEN | PRESSE | DIE KAMMER | JOBS

Merkmale barrierefreie Praxis

<input type="checkbox"/> Behandlung Senioren in der Praxis	<input type="checkbox"/> Behandlung Menschen mit Behinderung in der Praxis	<input type="checkbox"/> Behandlung unter Intubationsnarkose
<input type="checkbox"/> Behandlung in einer Altenpflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> Behandlung in einer Behinderteneinrichtung	<input type="checkbox"/> Hausbesuche
<input type="checkbox"/> rollstuhlgerechte Praxis*	<input type="checkbox"/> rollstuhlgerechter Parkplatz*	<input type="checkbox"/> Behinderten-WC
<input type="checkbox"/> Besuchertoilette	<input type="checkbox"/> rollstuhlgerechter Aufzug*	

* Bitte beachten Sie, dass bei allen mit * versehenen Merkmalen sowohl voll rollstuhlgerechte als auch bedingt rollstuhlgerechte Praxen / Parkplätze / Aufzüge angezeigt werden. Dies ist im Suchergebnis entsprechend gekennzeichnet. Bitte beachten Sie für die Kriterien voll bzw. bedingt rollstuhlgerecht die PDF Datei „[Erläuterungen](#)“.

SUCHEN

Erstellt von: Dietmar Sorg, 01.10.2015 Seite drucken
Aktualisiert von: Andrea Mader, 24.06.2016

Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg



Kooperationsvertrag

LZK BW mit Special Olympics-Baden-Württemberg

Unterstützung organisatorisch/finanziell

des Zahngesundheitsprogramms Special Smiles©



Take Home Message

- neue Prophylaxemaßnahmen für Menschen mit Behinderung und/oder Pflegebedarf
- erster Ansprechpartner ist Hauszahnarzt/-zahnärztin
- Zahnarztsuche im Internet www.lzk-bw.de
- Ansprechpartner in der Landes Zahnärztekammer BW
- Senioren- und Behindertenbeauftragte der Kreis Zahnärzteschaften