



# Der zahnmedizinische Notfall beim kleinen Patienten – Was tun?



**Ein Kind im Notdienst ist sicherlich nicht das, was man sich als Berufsanfänger gleich wünscht. Die einen können mehr oder weniger mit Kindern. Aber es geht hier um viel mehr als nur die Zahnbehandlung. Ein sehr gutes „Behaviour management“ kann Traumata vermeiden und aus dem Kind einen wunderbaren**

**Patienten machen, der später weiter gern zum Zahnarzt geht. Weiter gilt es, nicht nur dem Kind, sondern auch den Eltern gerecht zu werden, die meist panisch oder voller Sorge als Notfall in die Praxis kommen.**

Damit dies gelingt, arbeitet das Team Hand in Hand und die kindgerechte Betreuung beginnt schon an der Rezeption:

- Möglichst genaue Anamnese schon bei Patientenaufnahme am Telefon, sodass

das Behandlersteam sich auf den Fall einstellen kann.

- Beruhigende, verständnisvolle, klare Worte für die oft panischen Eltern am Telefon, dass man sich gleich um das Kind kümmern wird.
- Das weinende Kind mit Eltern gleich in ein freies Zimmer setzen lassen, nicht erst ins Wartezimmer, wo es andere Kinder verunsichern kann.
- Ganzheitliche Maßnahmen (s. u.) helfen zusätzlich.

## ÜBERSICHT DER HÄUFIGSTEN KINDERZAHNHEILKUNDE-NOTFÄLLE

### TRAUMA IM MILCHGEBISS (ABB. 1)

Zum Trauma gehören: Sturz/(häusliche) Gewalt, Zahntrauma/Hämatome/gerissenes Lippenbändchen. Dieser Termin ist für alle am stressigsten. Das Kind, ggf. auch die Eltern,



**Abb. 1** Großes Trauma der Oberkieferfront. Das Kind steht unter Schock.



**Abb. 2** Frühkindliche Karies (Early childhood caries, ECC Typ II), massiver Kariesbefund.

stehen noch unter Schock und müssen beruhigt werden. Deshalb ist es wichtig:

- ggf. Kühlakkus, „Rescue“-Bachblütentropfen und ätherische Öle (s. u.) vorrätig zu haben,
- per Zahnunfallbogen z. B. der DGZMK zu dokumentieren,
- Kindergarten- oder Schulunfälle über die Unfallkasse abzurechnen,
- bei einem Okklusionshindernis nach Trauma sofort zu behandeln, aktualisierte Leitlinien findet man unter [www.dentaltraumaguide.org](http://www.dentaltraumaguide.org),
- die „Zahnrettungsbox“ parat zu haben, v.a. bei bleibenden Zähnen und mit großem Overjet. Im Gegensatz zu bleibenden Zähnen werden avulsierte Milchzähne nicht wieder eingesetzt. Die darf dann die Zahnfee abholen.

#### MUNDSCHLEIMHAUTERKRANKUNGEN MIT MÄßIGEN BIS STARKEN SCHMERZEN

- Aphten
- Infektionskrankheiten, u. a. Hand-Mund-Fuß-Krankheit oder Gingivitis-Stomatitis-Herpetica

#### SCHMELZBILDUNGSSTÖRUNGEN

- wie Milchmolaren-Hypomineralisation (MMH), ggf. mit starker Sensibilität und Schmerzen beim Essen

#### FISTELN, ABSZESSE

Da Fisteln selten schmerzhaft sind, kann die Behandlung in Ruhe geplant werden und ist kein Notfalltermin.

Abszesse entstehen bei den Kindern sehr schnell. Es muss rasch reagiert werden, da es lebensbedrohlich werden kann (F. canina - Abszess). Unbedingt kompletten Mundbefund für weitere Planung erheben.: Extraktion/Antibiose/Schmerzmittel?/Überweisung zur ITN bzw. MKG-Klinik für Antibiose i. V.

#### WEITERE SCHMERZZUSTÄNDE

- aufgrund durchbrechender 6er, Wackelzahn, Gingivitis, Einbiss Fremdmaterial, Pulpapolyphen etc.

#### KARIES

Meist melden die Kinder selbst bei massiver Karies keine Schmerzen (Abb. 2). Die Ursache liegt darin, dass in den Milchzähnen Delta-Nerv-



fasern (wie bei Regel- oder Migräneschmerzen) und keine Alpha-Fasern vorhanden sind, die in den bleibenden Zähnen oder bei Ohrschmerzen feuern (Studie der Universität Mainz). Erlebt das Kind das nun täglich, ist es daran „gewöhnt“ und meldet keine Schmerzen. Viele Studien zeigen, dass die Lebensqualität und auch das Immunsystem der Kinder massiv reduziert sind. Die Karies muss daher auf jeden Fall saniert werden.

Entdeckt man im Milchgebiss an einem 4er oder 5er Karies, empfehle ich dringend, alle 4 Quadranten zu röntgen, da es m. E. zu 90 % auch in den anderen Quadranten (Hidden-)Karies gibt. Ist der 4er distal sichtlich eingebrochen, kann man mit hoher Wahrscheinlichkeit die Pulpotomie planen.



In der Kinderzahnheilkunde bedarf es für die Therapieplanung die Einschätzung des Behandlungsumfanges (Karies, EX, Füllung, Kronen etc.) und der Einschätzung der Belastbarkeit des Kindes.

Nach Abschluss der kleinen Übersicht wollen wir uns der Verhaltensführung zuwenden.

**DAS VORGEHEN IM „BEHAVIOR MANAGEMENT“**

1. Anamnese (zuhören, wahrnehmen, Verhaltensanalyse)
2. Diagnose (psychologisches Alter?)
3. Planung (ITN, Hypnose, Lachgas?)
4. Besprechung mit den Eltern (Hypnose, Sedierung)
5. Durchführung (Leading)

**KINDGERECHTER UMGANG UND RAHMENBEDINGUNGEN**

„Weißt du, warum ich so gern zu dir komme? Weil du mich wahrnimmst“, sagte mir ein 8-jäh-

riges Mädchen. *Kinder wollen wahrgenommen werden.* Wir brauchen für die Kinder nicht mehr Zeit, denn sie geben uns keine Zeit.



Alter × 3 = max. Behandlungszeit.

So halten z. B. 3-Jährige nach 9 Minuten die Behandlung aus ihrer Sicht für beendet und können nicht mehr. Eine Verlängerung ist meist nur mit Verhaltensführung, Hypnose, Sedierung oder ITN möglich. Das psychologische, biologische und chronologische Alter müssen nicht übereinstimmen. Ein 6-jähriges Mädchen kann sich wie ein 3-jähriges verhalten.

Das Behandlerteam braucht weitere Energie, um die besorgten Eltern zu beruhigen.

**VORSTELLEN UND BEGRÜßEN**

Kleinkinder haben trotz der überall verbreiteten Masken vor jemandem mit Maske Angst, da sehr viel Mimik verloren geht. Mit einer Maske sollte man sehr stark mit den Augen lächeln (Abb. 3), damit überhaupt Mimik ankommt. Masken mit Durchsicht (Abb. 4) sind hilfreich für Erstberatungen bei Kleinkindern, gehörlosen, fremdsprachigen oder ängstlichen Patienten. Fotos vom Behandlerteam können zeigen, wie man sonst aussieht und somit normalerweise ganz „harmlos“ ist.

Es ist wichtig, sich neben den Eltern auch beim Kind vorzustellen. Am besten begibt sich der Behandler auf Augenhöhe des Kindes. Bei verängstigten Kindern begrüße ich erst die Eltern, dann das Kind. Ich forcieren aber nicht eine Begrüßung, wenn das Kind immer noch nicht möchte. Die Assistenz kann sehr gut vorab Vertrauen aufbauen, bis der Behandler kommt: „Ich habe extra schon die Frau Spiegel/den Putzdrachen/ein Geschenk für dich bereitegelegt.“ Um die Patientenbindung nicht mehr zu verlieren, sollte die Assistenz die Familie nicht mehr alleine lassen.



**Abb. 3** Verdeckte Mimik: Lass' Augen sprechen!



**Abb. 4** Durchsichtige Masken.



**Abb. 5** „Ich bin harmlos. Ich bin dir unterlegen“, bedeutet die schräge Kopfhaltung.

Der **Vertrauensaufbau** wird durch sprachliches oder körperliches „Spiegeln“ (Pacing) aufgebaut:

- das Wiederholen der gesprochenen Sätze,
- Verwenden von gleicher Stimmlage, Sprechtempo,
- Spiegeln z. B. der Körpersprache und Körperhaltung, sich genauso hinsetzen wie das Gegenüber.

Sinn dahinter: Wer so ist wie ich, der ist sympathisch. Und das wollen wir doch sein.

Eine Grundlage des Vertrauensaufbaus ist es, die Stimme des Behandlers dem Kind vertraut zu machen. Dazu lasse ich mir alles Bedeutsame, was die Helferin mit den Eltern bereits erfragt hat, vor dem Patienten wiederholen. 1. Wiederholung = Pacing = Spiegeln: Schafft Vertrauen und stellt Rapport her. 2. Damit wir nichts Wichtiges übersehen haben. Die Eltern können so noch etwas ergänzen. Und 3. hört das Kind meine Stimme und lernt mich dadurch kennen. Es ist hilfreich bei der Untersuchung zu summen oder zu singen, denn wer singt, tut nichts Schlimmes.

Die **Körperhaltung** sollte entspannt und defensiv sein. Dazu zählt, den Kopf bei der Begrüßung etwas schräg zu halten (Abb. 5). Im Tierreich wird dies als unterwürfig gedeutet: „Ich

bin harmlos.“ Langsame Bewegungen und eine ruhige Sprache helfen, beruhigen kleine Kinder und aufgeregte Patienteneltern. Das mitgebrachte Kuscheltier oder Mamas Hand auf dem Bauch geben dem Kind ein Gefühl des Schutzes.

Ist das Vertrauen in den ersten Minuten geschaffen, beginnt die Beratung. Die wichtige Therapieplanung, ob EX oder Narkose, wird mit verständnisvollen, einfühlsamen, aber klaren Worten besprochen (Leading). Hierzu hält man den Kopf gerade und nicht mehr schräg. Eine gerade Körperhaltung zeigt, dass man führen kann und das brauchen die Eltern im Notfall auch. Man bespricht dies auch ggf. nicht vor dem Kind, sondern in einem separaten Raum, während die ZFA bei dem Kind bleiben kann.

### WIE WIRD UNTERSUCHT?

Babies lasse ich auf die Liege legen. Dort ist das beste Licht. Die Mama hält dann die Ärmchen (Abb. 6). Ab 3 Jahren klettern die Kinder normalerweise auf die Liege, wo sie dann den Mund aufmachen können.

Wenn Sie den Behandlungsstuhl anfangs flach machen können, dann legen sich die Kinder wie auf einer Liege/Bett hin. Einige Kinder finden es beängstigend, wenn sich der Stuhl bewegt. Alternativ kann man das auch spiele-



risch verwenden (als Fahrstuhl). Das Kind darf die Behandlung beginnen, in dem es auf den Knopf drückt.

Für das Zwischenalter bis zum 3. Lebensjahr und bei Kindern ohne Compliance untersuchen wir wie folgt:

### DAS SCHOSSEXAMEN

Das **Schoßexamen** („Knee-to-knee-examination“, Abb. 7) hilft uns, ein sehr kleines (bis 3 Jahre), ängstliches oder behandlungsunwilliges Kind so zu halten und zu untersuchen, dass es sich oder die Eltern nicht verletzt. Haben wir die Eltern im Boot, geht die Untersuchung ganz schnell und ist sicher.

#### AUFKLÄRUNG DER ELTERN VORHER

- Prozedere des Schoßexamens ggf. auch mit einer Puppe veranschaulichen
- Kind könnte weinen und sich wehren
- Mitarbeit der Eltern wird benötigt, um das Kind zu „halten“
- Kind damit Halt und Vertrauen geben

Die Einwilligung der Eltern ist sehr wichtig. Ansonsten kann es in der Notfallsituation durchaus passieren, dass die Untersuchung von den unerfahrenen, überforderten Eltern als zu „heftig“ oder übergriffig empfunden wird. Das Schoßexamen ist auch gut für das Zähneputzen zu Hause, wenn das Kind nicht mitmachen möchte.

#### VORGEHEN

Das Kind sitzt auf dem Schoß des Elternteils, jedoch ihm zugewandt, also Bauch an Bauch. Dann geht der Behandler Knie an Knie mit dem Elternteil und beide Oberschenkel bilden die Liege für das Kind. Das Kind muss unbedingt mit seinem Gesäß sehr nah am Schoß des Elternteils sitzen. Denn wenn die Beine strampeln, können sie nur nach hinten strampeln und

nicht gegen den Bauch des Elternteils treten. Nun kippt das Kind langsam rückwärts auf den Schoß des Behandlers, der sich um den Kopf und Mund kümmert. Die Eltern halten den Körper auf ihrem Schoß und die Hände des Kindes auf dessen Bauch fest. Das Kind kann sich hin und her winden, aber es wird durch die beiden Erwachsenen gut gehalten. Ist die Untersuchung abgeschlossen, gibt man das Kind in den Arm des Elternteils, wo dann viel gekuschelt werden darf. Und der Behandler und die Assistenten loben das Kind und die Eltern für die Mitarbeit. In dieser Haltung kann für einen kurzen Moment auch behandelt werden, z. B. Fremdkörper entfernen. Ein Bissperrerr ist hilfreich bei Menschen mit geistiger Behinderung.

#### KINDGERECHTE SPRACHE UND TELL-SHOW-SHOW-SHOW-DO

Wir erklären und zeigen dem Kind alles – und das kindgerecht (Abb. 8). Durch zahlreiche Synonyme wirken die Instrumente freundlicher. Der Speichelzieher heißt z. B. „Schlürfi“, der Mundspiegel „Frau Spiegel“, die Zange „Fingerchen“, das Oberflächengel „Schlafgel“, die Injektion „Schlaftröpfchen“.

Die Menschen nehmen mit unterschiedlich stark ausgeprägte Sinnkanälen wahr (neurolinguistische Programmierung, NLP). Die Kinder erlernen die Behandlung mit allen Sinnen: zeigen, anfassen, hören, schmecken, riechen. 20% der Bevölkerung sind zudem hochsensibel. Um Eindrücke zu lindern, helfen u. a. Sonnenbrille, Gehörschutz.



„Frau Spiegel ist eine neugierige Tante, die immer um die Ecke schauen will (abgewinkelter Spiegel). Schau, hier kann sie schauen (Spiegelseite) und hier nicht (Rückseite). Sie hat auch eine Freundin, die genauso aussieht wie sie (2. Spiegel).“



**Abb. 6** Die Lagerung von Babies auf der Liege.



**Abb. 7** Schoßexamen.



**Abb. 8** Tell-Show-Do: Wir zeigen die verschiedenen Arbeitsschritte.



**Abb. 9** Instrumente „begreifen“ – kinestätisch wahrnehmen.



**Abb. 10** Spontane Handkatalespie beidhändig.



**Abb. 11** Gewöhnung über die Handpuppe.

Hier, die ist für dich.“ Gebe den 2. Spiegel in die Hand des Kindes und es nimmt diesen kinestätisch wahr (Abb. 9). Den Rosenbohrer läßt man am Finger des Kindes kitzeln, bevor er in den Mund darf. Oft entsteht dadurch eine spontane Handkatalepsie, die dann bleibt (Abb. 10). Diese Katalepsie ist ein Zeichen, in Trance zu sein. Ein gutes Zeichen, denn es fühlt sich sicher und völlig natürlich. Kinder gehen sehr schnell in Trance und wieder heraus. Daher ist das Verhalten permanent zu führen. Dies bedeutet einen großen Mehraufwand, der leider nicht über die gesetzlichen Kassen entlohnt wird, aber absolut notwendig und lohnenswert für die Psyche des Kindes ist.

Die **Altersgruppen** sollten unterschiedlich angesprochen werden:

- Babys: sehr langsame Sprache, ruhige Stimme, wenige Worte, summen und singen, starker Bezug zur Mutter,
- 3–4 Jahre: magisches Alter, Geschichten, Zaubern, Einhörner/Rennautos auf den Zahn malen,
- Ab 5–6 Jahre: Ratio sehr stark, ideales Alter, um Rechenaufgaben oder Rätsel lösen zu lassen. Handpuppen können bis 6 Jahre noch als Vermittler helfen (Abb. 11).



Abb. 12 Ampelarm mit Zauberwatterolle.



Abb. 13 Sicherung der Injektion.



Abb. 14 Lohnen und Belohnen – liebevoll und einfach.

### ALTER UND THERAPIEMÖGLICHKEITEN

#### 1 Jahr

- engmaschiger Recall
- ITN in Klinik

#### Ab ca. 10–12 kg (je nach Anästhesist)

- Recall
- ITN ambulant

#### Ab ca. 3 Jahren

- Recall
- Gewöhnungssitzung und Röntgen
- Lachgas-/Hypnosebehandlung/ITN

Das bereits psychisch traumatisierte Kind braucht mehrere Gewöhnungssitzungen. Ist dies wegen der Dringlichkeit nicht möglich, muss das Kind ITN-behandelt werden. Die Gewöhnung an den Zahnarzt, ggf. auch in Zusammenarbeit mit Traumatherapeuten, erfolgt dann nach der ITN. Phobien können ab 6 Jahren auch mit der Klopftherapie „Emotional freedom technique (EFT) oder Hypnose gelöst werden. Der **Ampel- oder Stopparm** funktioniert ab ca. 3 Jahren.

#### 1. Der Ampelarm (Abb. 12):

*Grün:* Der Arm wird oben gehalten. Der Zahnarzt kann also losfahren/weiterbehandeln.

*Gelb:* Arm auf Halbmast – irgendetwas ist nicht so ganz ok. Nachfragen, was los ist.

*Rot:* Das Kind klatscht mit der Hand auf die Liege. Es wird ein Stopp verlangt.

Vorteil dieser Technik: Den Arm oben zu halten führt zu einer Handkatalepsie, die eine Trance verstärkt. Man kann dies noch mit einer „Zauberwatterolle“ unterstützen, die alles „Doofe im Mund“ in die linke Deckenecke schickt (Erläutern und Führen!).

2. Der Stopparm funktioniert andersherum. Hier wird das Kind aufgefordert, den Arm zu heben, wenn etwas nicht stimmt.

### TIPPS BEIM ANÄSTHESIEREN

Das Oberflächengel mit Erdbeergeschmack ist unser „Schlafgel“. Man verwendet den Geschmack, um z. B. eine Geschichte mit Erdbeeren zu erzählen und einen Obstsalat oder Rieseneisbecher mit allen Sorten von Geschmäckern zu kreieren. Lustiges, in denen auch geflunkert wird wie Schnitzel und Spinat im Obstsalat, überzeugt die Kinder, dass wir als Behandler doch nicht die „Großen“ sind, und sie verlieren etwas Angst. Auch **Lachen** hilft gegen Angst.

„Jetzt kommen die „Schlaf Tropfen“ (LA) und die drücken ganz schön.“ Dazu drücken

wir das Kind stark an den Schultern, um zu zeigen, wie stark es drücken kann. Es nur zu sagen, wäre nur „Tell“ von „Tell-Show-Do“ und ist unzureichend. Folglich erschrecken einige Kinder auf den kinästetischen Reiz so stark, dass es zum Behandlungsabbruch kommt. Unsere Geschichte: „Die Schlaftropfen sind am Anfang rot und drücken wie verrückt. Dann werden sie gelb und kitzeln wie Ameisenfüße (dabei das Kind etwas kitzeln). Und wenn Sie grün sind, dann schläft der Zahn und manchmal hört man ihn auch etwas schnarchen. Wenn du leise bist und genau hinhörst, dann hörst du ihn vielleicht.“

Dazu sichert die Assistenz das Kind (Abb. 13): Der linke Arm der Assistenz greift quer über das Kind in Richtung rechter Schulter des Kindes und wird dort auf der Liege abgestützt. Das Kind wird dabei aber nicht berührt oder festgehalten. Falls der Patient dann die Arme hochreißen würde, stößt das Kind nur an den Arm der Assistenz und nicht an den Arm des Behandlers oder die Spritze.

**Ganzheitliche Medizin** vervollständigt das Behandlungsspektrum mit:

- Aromamedizin: Gegen Angst ab 0 Jahren 1 Tropfen Mandarine rot auf eine Watterolle oder Kompresse geben und zum Riechen geben. Weitere Mischung „Angstfrei“ ab 3 Jahren: Lavendel, Vanille, Rosegeranie mit Basisöl Olivenöl,
- Bachblüten „Rescue“ alkoholfrei: bei Trauma und Angst 4 Tropfen unter die Zunge geben,
- homöopathische Mittel für den Notfall: Gelsemium z.B. bei Prüfungsangst und Angst vor der Narkose, Arnica bei Schmerzen und nach einer Exzision einnehmen (Cave: Nicht vor der EX, da ggf. Blutungsneigung),
- Weiteres zum Entspannen: Musik, Kuscheltier, Decke, TV an der Decke, Krabbelständer, Zauberstäbe, Schwebemöbe.

## LOBEN UND BELOHNEN

Die ganze Behandlung über wird gelobt. Es sollte darauf geachtet werden, dass nicht generell gelobt wird („Super. Toll“), sondern wirklich nur das, was auch gut gelaufen ist. Ein allgemeines Lob kann negatives Verhalten verstärken.

Und wenn es mal nicht gut lief, geht das noch: „Toll, dass du durchgehalten hast. Danke, dass du mir eben deinen Zahn gezeigt hast. Super, dass du mich hast nachschauen lassen“ oder „Toll, dass du mit der Mama da warst.“

Und nach dem Termin gibt es den „Belohnungsanker“: ein kleines Geschenk, verbunden mit dem Hinweis, WAS das Kind gut gemacht hat.

Hierzu eignen sich je nach Alter Einwegmundspiegel, der Schlürfi, eine Zauberwatterolle, Luftballons, oder ein Drache aus dem Latexhandschuh ... (Abb. 14).

## FAZIT

Kinderbehandlungen sind wunderbar, wenn auch etwas anders im Notfall. Man muss Kinder wahrnehmen. Seien Sie offen für das, was kommt. Mit etwas Erfahrung und Ausbildung in Verhaltensführung und Kinderhypnose können Sie die Kinder und Familien glücklich machen. Sie leisten somit eine wertvolle Arbeit an unserer Gesellschaft. Es ist es wert – der Kinder wegen!

*Alle Berufsbezeichnungen und Formulierungen verstehen sich genderneutral.*



**ANGELIKA TYPOLT**

Dr. med. dent.

Kinderzahnarztpraxis Dr. Typolt und Kollegen

E-Mail: dr.typolt@drtypolt.com