

Interdisziplinärer Betreuungsansatz

Zahnärztliche Behandlung von Kindern mit Grunderkrankungen und Behinderungen

Ein Beitrag von Priv.-Doz. Dr. Katharina Bücher, München

Kinder mit Grunderkrankungen und Behinderungen sind auf eine gute zahnärztliche Betreuung angewiesen. Viele dieser Patienten weisen ein erhöhtes Risiko für orale Erkrankungen auf, das sowohl direkt als auch indirekt mit der Grunderkrankung in Zusammenhang stehen kann. Eine eingeschränkte Kooperationsfähigkeit, spezielle Ernährungsgewohnheiten, aber auch Störungen der oralen Funktionen beeinflussen dabei eine erhöhte Anfälligkeit für Karies, Gingivitis und Zahnsteinbildung. Gleichzeitig sind diese Patienten umso mehr auf einen guten Mundgesundheitszustand angewiesen, da dieser sowohl einen positiven Einfluss auf die Allgemeingesundheit als auch die Lebensqualität über das Kindesalter hinaus hat. Denn Zahnersatz ist bei vielen Patienten mit eingeschränkter Kooperationsfähigkeit nur mit sehr hohem Aufwand oder aufgrund einer fehlenden Akzeptanz oft nur sehr erschwert oder gar nicht zu ermöglichen. Daher ist die Karies- und Gingivitisprävention bei der Betreuung von Kindern mit Grunderkrankungen immer Bestandteil eines zahnärztlichen Gesamtkonzepts.

Bei Kindern mit besonderem Betreuungsbedarf handelt es sich um eine sehr heterogene Gruppe. Gemeint sind damit Kinder, die einen besonderen zahnmedizinischen Behandlungsbedarf aufgrund einer chronischen Erkrankung, einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung oder einer besonderen zahnärztlichen Diagnose aufweisen (Abb. 1). Die Gesamtzahl der von Behinderungen und chronischen Erkrankungen betroffenen Kinder und Jugendlichen in Deutschland ist nicht vollständig erfasst und damit sicherlich unterschätzt. Das Statistische Bundesamt erfasst lediglich diejenigen Personen, die als Schwerstbehinderte eingestuft sind. Dies waren 2015 rund 170000 Kinder und Jugendliche [1].

Nicht zuletzt seit der Ratifizierung der UN-Konvention für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen wird die Erfüllung des ethischen Anspruchs auf eine grunderkrankungsorientierte, gleichwertige (zahn-)medizinische Versorgung ge-

fordert [2]. Dies stellt in der Zahnmedizin nicht nur das Gesamtsystem in Bezug auf die Bereitstellung geeigneter vernetzter stationärer Einrichtungen, sondern auch jeden einzelnen Zahnarzt in der ambulanten Versorgung vor besondere Herausforderungen. Dauerschmerzen oder Probleme beim Kauen führen nicht selten zu verändertem, unter anderem auch (auto-)aggressivem oder depressivem Verhalten, zur Verweigerung von Nahrung und damit verbunden zu einer Gewichtsabnahme. Hiervon sind bestimmte Gruppen von Kindern mit Behinderungen besonders betroffen. Dazu zählen insbesondere kooperationseingeschränkte Kinder, Kinder mit Schwerstmehrfachbehinderungen, Aufmerksamkeitsdefizitstörungen (ADHS), frühkindlichem Autismus sowie Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen und viele mehr. Sie weisen einen signifikant höheren Kariesbefall sowie mehr Gingivitiden, unversorgte Traumata und auch Zahnfehlstellungen als gleichaltrige gesunde Kinder auf (Abb. 2a und b) [3]. Die Untrennbarkeit von Zahnmedizin und Medizin wird dabei besonders deutlich. So wirkt sich eine gute orale Gesundheit positiv auf die allgemeine Gesundheit und die Lebensqualität der Patienten aus. Dazu ist eine regelmäßige, präventiv betonte und möglichst wohnortnahe zahnärztliche Mitbetreuung das Ziel. Noch ungelöst ist dabei, wie der erhöhte Zeit- und Beratungsaufwand bei der Behandlung dieser Patienten gedeckt werden kann [4].

Kinder mit besonderem zahnmedizinischen Betreuungsbedarf

- physische Behinderungen
- geistige Behinderungen
- psychische Behinderungen und psychoemotionale Störungen
- (Schwerst-)Mehrfachbehinderungen
- syndromale Erkrankungen
- chronische Erkrankungen und viele mehr

Abb. 1: Kinder mit besonderem zahnmedizinischen Behandlungsbedarf stellen eine heterogene Gruppe dar, die ein höheres Risiko für orale Erkrankungen aufweist oder ein aufwendiges Risikomanagement bei der zahnärztlichen Behandlung benötigt.



Abb. 2a und b: Kinder mit Grunderkrankungen und Behinderungen weisen ein erhöhtes Karies- und Gingivitisrisiko sowie vermehrte Zahnsteinbildung auf.

Diese besonderen medizinischen Voraussetzungen stellen aber auch besondere Anforderungen an die Planung und Durchführung zahnärztlicher Therapiemaßnahmen hinsichtlich einer aktiven interdisziplinären Zusammenarbeit. Der Zahnarzt muss hierbei immer interdisziplinär denken und handeln. Er ist Teil eines Teams aus Ärzten, Pflegenden, Betreuern/Eltern sowie anderen Heilberufen.

Risikoevaluierung

Um mögliche besondere Risikofaktoren bei der zahnärztlichen Behandlung berücksichtigen zu können, ist eine umfassende Anamnese notwendig. Dazu sind die im Rahmen einer standardisierten Anamnese erhobenen Informationen nicht ausreichend. Fast immer ist es notwendig, diese durch Arztberichte der mitbetreuenden ärztlichen und sozialpädiatrischen Spezialisten zu ergänzen. In der Regel werden diese Informationen von den Eltern an den Zahnarzt weitergeleitet. In besonderen Fällen sind diese bei den entsprechenden Kollegen anzufordern. Um eine Übersicht über ein bestimmtes Krankheitsbild zu erhalten, sind häufig persönliche Gespräche mit den Fachkollegen und auch eine weitere Recherche notwendig. Für genetische Erkrankungen kann zum Beispiel auf die OMIM-Datenbank des NIH kostenlos zugegriffen werden (www.ncbi.nlm.nih.gov/omim). Aber auch Patienteninformationen, Selbsthilfegruppen und deren medizinische Berater können eine wichtige Quelle für einen Überblick zu einer seltenen Erkrankung sein.

Letztendlich ist die direkte Kommunikation mit den mitbetreuenden ärztlichen Kollegen jedoch oftmals unersetzlich und für viele Therapieabsprachen unbedingt notwendig. Zu identifizieren sind Risikofaktoren, die bei einer zahnärztlichen Behandlung zu

einer direkten oder indirekten Komplikation führen können und damit für die Therapieplanung relevant sind. Grunderkrankungen, die häufiger einer interdisziplinären Absprache oder auch stationären Betreuung für invasive Maßnahmen bedürfen, sind in Abbildung 3 aufgelistet.

Behandlungsbedarf

Die Behandlungsdringlichkeit wird im Rahmen von Anamnese und Befunderhebung durch die Feststellung von Schmerzen, die sich häufig durch Verhaltensänderungen äußern, des akuten Versorgungsbedarfs (z. B. Zahnverletzungen), aber auch weitergeleiteten Infektionen, wie beispielsweise Schwellungen oder Abszesse, erhoben. Seltener können auch Zahnsanierungen vor zeitnahen, lebensverlängernden Therapiemaßnahmen (z. B. Organ- oder Stammzelltransplantationen, Chemotherapie) eine Dringlichkeit erhöhen. In jedem Fall sollte ein möglichst umfassender Befund zur Feststellung des Therapiebedarfs erstellt und wenn möglich durch eine entsprechende Röntgendiag-

Erkrankungen mit besonderem Risikomanagement

- Gerinnungsstörungen, Antikoagulantien
- Autoimmunerkrankungen
- onkologische Erkrankungen
- Muskelerkrankungen
- Lungenfunktionsstörungen, Beatmungspatienten
- Stoffwechselerkrankungen
- komplexe Herzfehler und -überleitungsstörungen und viele mehr

Abb. 3: Bei einigen Patientengruppen ist ein interdisziplinäres, perioperatives Management zur Risikominimierung meist zwingend erforderlich.

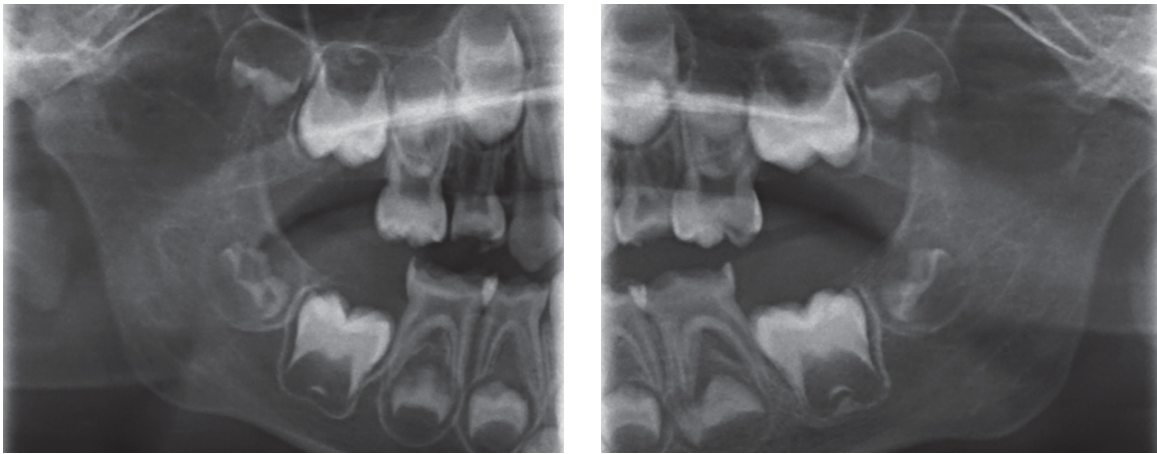


Abb. 4: Die Anfertigung eines Orthopantomogramms mit einem Bissflügelprogramm ist bei kooperationseingeschränkten Kindern häufig einfacher zu bewerkstelligen als eine intraorale Bissflügelaufnahme.

nostik ergänzt werden. Ist zum Beispiel eine Anfertigung von Bissflügelröntgenaufnahmen nicht durchführbar, kann auf eine Panoramaaufnahme, am besten mit einer speziellen Bissflügelaufnahme (Abb. 4), zurückgegriffen werden. Alternativ kann in diesen Fällen auch die Anwendung anderer Verfahren zur Approximalkariesdiagnostik (z. B. Kaltlichtsonde, Diagnocam) hilfreich sein. Ist im Einzelfall eine Unterstützung des Patienten bei der Röntgenaufnahme notwendig, ist eine unterschriebene Aufklärung nötig. Auch sind die Röntgenschutzmaßnahmen für die helfende Person nach der Röntgenverordnung (§ 22, § 25, § 35) einzuhalten [5].

Kooperationsfähigkeit und Verhaltensführung

Die Möglichkeit der Durchführung einer zahnärztlichen Therapie richtet sich in der Kinderzahnheilkunde ganz allgemein nach der Kooperationsfähigkeit der Patienten. Diese ist zunächst einmal entwicklungs- und damit meist altersabhängig. Etwa ab dem Kindergartenalter lassen sich in der Regel erste präventive Maßnahmen unter Einsatz geeigneter Verhaltensführungsmaßnahmen durchführen, die Behandlungsfähigkeit steigert sich dann individuell. Ab dem Vorschulalter lassen sich auch etwas umfangreichere Maßnahmen, gegebenenfalls auch mit einer ergänzenden Lokalanästhesie, durchführen. Eine psychische, physische oder intellektuelle Einschränkung kann die Kooperationsfähigkeit eines kindlichen Patienten jedoch einschränken. Übersteigt der Behandlungsbedarf die Kooperationsfähigkeit des Kindes, so kann eine Behandlung unter Sedierung oder Allgemeinanästhesie notwendig werden. Bei Vorliegen allgemeinmedizinischer Risiken kann eine

Behandlung in einem dafür geeigneten medizinischen Zentrum indiziert sein. Ist eine Sedierung oder Narkose durchzuführen, ist eine kombiniert chirurgisch-konservierende Sanierung insbesondere vor dem Hintergrund des erhöhten Narkose-risikos sinnvoll. Sollten zusätzliche medizinisch-diagnostische oder invasive Maßnahmen notwendig sein, kann eine gemeinsame Planung angemessen sein (z. B. Parazentese, Blutentnahme, weiterführende Bildgebung, Knochenmarkspunktion u. a.).

Alle in der Kinderzahnheilkunde bekannten Techniken der Verhaltensführung wie vertrauensbildende Maßnahmen, Anerkennung und Lob, die systematische Desensibilisierung sowie die Verwendung einer angepassten Sprache und Wortwahl finden dabei Anwendung. Distractionstechniken können ebenso herangezogen werden. Bei kognitiv stark eingeschränkten Patienten stehen dabei jedoch nonverbale Techniken wie kinästhetische und auditive Reize sowie die Stimm-Modulation deutlich im Vordergrund. Auch bei der bekannten „Tell-Show-Do-Technik“ muss das „Zeigen“ der durchzuführenden Maßnahme verstärkt durch kinästhetische Reize unterstützt werden. Beispielsweise kann die Ankündigung einer intraoralen Untersuchung durch vorheriges Berühren der Wangen und Lippen erfolgen, um auch einen in seinem Sprachverständnis eingeschränkten Patienten sensibel auf eine Untersuchung vorzubereiten.

Für eine sichere Untersuchung und Durchführung von Präventionsmaßnahmen kann es notwendig sein, unterstützende Maßnahmen (medical holding, protective stabilization) anzuwenden [6,7]. Dabei werden Griffe, die bereits im Hausgebrauch für die tägliche Pflege verwendet werden, adap-

tiert und unter Mithilfe der Bezugspersonen auf die Zahnmedizin übertragen. Für die Sicherheit von Patient und Behandler ist der indikationsgerechte Einsatz von Aufbisshilfen ebenfalls sinnvoll. Hierbei sollte auf einen möglichst sparsamen Einsatz geachtet werden. All diese Maßnahmen sind vor dem Hintergrund einer schmerzarmen/-freien Behandlung im Sinne einer zahnärztlichen Grunduntersuchung und den entsprechenden Präventionsmaßnahmen durchzuführen. Auch kleinere Maßnahmen in Lokalanästhesie können mit diesen Hilfsmitteln vorgenommen und eine (häufige) Sedierungs- oder Narkosebehandlung für rein präventive oder kurz andauernde Eingriffe vermieden werden. Generell sollten alle Maßnahmen nur mit Einverständnis der Fürsorgenden und des Patienten erfolgen und zur Abwendung oder Vermeidung der Verschlechterung oraler Erkrankungen beitragen. Sie sind entsprechend zu dokumentieren.

Therapieplanung

Der Therapieplan und die Wahl des Therapiesettings lassen sich letztendlich aus der Behandlungsdringlichkeit, dem Gesamtbehandlungsbedarf, der Kooperationsfähigkeit in Relation zu den durchzuführenden Maßnahmen sowie dem allgemeinmedizinischen Risiko ableiten. All diese Faktoren beeinflussen sich auch gegenseitig (Abb. 5).

Bei der Therapieplanung sind in der Regel altersgerechte Termine, meist mit einem „quadrantenweisen“ Vorgehen, Standard. Im Voraus ist das Kind sinnvollerweise bereits vertrauensvoll an eine invasive Behandlung herangeführt worden, indem weniger invasive Behandlungsschritte wie beispielsweise die Politur der Zähne und auch weiterführende präventive Maßnahmen wie eine Fissurenversiegelung erfolgreich durchgeführt wurden. Allgemeinmedizinische Gründe können

die Gesamtplanung beeinflussen. So zum Beispiel kann bei einem Patienten mit komplexem Gerinnungsmanagement und mehreren Extraktionen vom üblichen „quadrantenweisen“ Vorgehen abgewichen werden, um alle Extraktionen in einer Sitzung vorzunehmen. Generell sollte mit kleineren Maßnahmen begonnen und die invasive Maßnahme dann auf den vorletzten oder letzten Termin gelegt werden. Sind insgesamt zu viele Sitzungen notwendig, um die Sanierung unter Erhalt der Kooperationsfähigkeit zu beenden, muss über Alternativen nachgedacht werden. Ein Behandlungsversuch, der eine Einschätzung der eingeschränkten Kooperationsfähigkeit zulässt, ist immer gut zu dokumentieren und die Indikation zu einer Narkosebehandlung muss nachvollziehbar begründet werden.

Übersteigt der Behandlungsbedarf die Möglichkeiten des Patienten, kann dies eine Indikation zur Allgemeinanästhesie darstellen. Erscheint das Narkoserisiko im Verhältnis zum Behandlungsnutzen zu hoch (Risiko-Nutzen-Abwägung) oder soll eine Narkosebehandlung vermieden werden, sind alternative Behandlungstechniken wie zum Beispiel atraumatische Exkavationstechniken (Interim Therapeutic Restoration = ITR oder Atraumatic Restorative Treatment = ART) anwendbar [8]. Nach erfolgter Sanierung sollte eine weitere präventive Betreuung zur Aufrechterhaltung des erreichten Sanierungsgrades risikoabhängig und damit meist vierteljährlich durchgeführt werden.

Bedeutung der Prophylaxe

Die Wirksamkeit der zahnärztlichen Prävention wird im Umgang mit den Patienten in der täglichen Praxis besonders deutlich, wenngleich die wissenschaftliche Evidenz nur gering ist [9]. Dies liegt nicht zuletzt auch an der Heterogenität dieser Patientengruppe. Während der kindliche Patient, ganz gleich ob gesund oder erkrankt, zwischen dem sechsten und 18. Lebensjahr zweimal jährlich die gesetzlichen Individualprophylaxe-Leistungen (IP-Leistungen) in Anspruch nehmen kann, werden diese Leistungen Erwachsenen mit Behinderungen – ausgenommen der einmal jährlich zustehenden Zahnsteinentfernung – nur im Rahmen einer privatärztlichen Behandlung erstattet. Dennoch ist für viele kindliche und insbesondere auch erwachsene Hochrisikopatienten eine engmaschigere Prävention notwendig. Sie verbessert nicht nur das Wohlbefinden der Patienten, sondern senkt gleichzeitig auch die Frequenz von

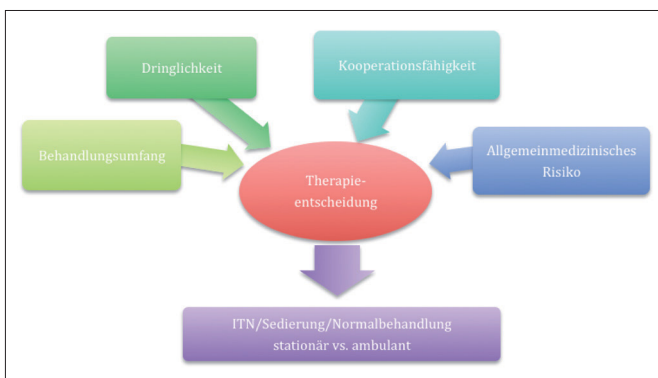


Abb. 5: Die Entscheidungsfindung für die Therapie wird von mehreren Faktoren beeinflusst.



Abb. 6: Das Einüben einer geeigneten Mundhygienetechnik mit den Pflegepersonen ist für die Durchführung der häuslichen Mundhygiene von besonderer Bedeutung.

Sedierungen und Narkosebehandlungen und deren häufig umfangreiche, da stationäre Kosten. Dies wird insbesondere dann erreicht, wenn auch die Instruktion und Durchführung der häuslichen Mundhygiene effektiv sind. Dazu ist eine geeignete Aufklärung und Instruktion des Patienten und der Pflegenden unbedingt notwendig [10].

Im Rahmen der Mundhygieneanamnese werden wertvolle Informationen gewonnen, die in einem präventiv orientierten zahnärztlich-häuslichen Gesamtkonzept Berücksichtigung finden sollten. Ein Schwerpunkt sollte dabei auf der Selbstwirksamkeit des Patienten liegen. Die eigene Mundhygienekompetenz sollte weitestgehend gestärkt und die möglichen Defizite durch die Pflegepersonen kompensiert werden. Hierfür ist es auch unbedingt notwendig, diese in geeigneten Griff- und Putztechniken sowie den dazugehörigen Hilfsmitteln zu schulen (Abb. 6). Kariesrisikoabhängig sind Fluoridpräparate über das zweimal tägliche Zähneputzen mit altersadaptiert fluoridierter Zahncreme hinaus anzuwenden [11]. Dies können Gele für den häuslichen Bedarf sein. Insbesondere ist aber auch die Fluoridlackapplikation bei Hoch-

risikopatienten im vierteljährlichen Intervall sinnvoll. Liegt ein erhöhtes Gingivitis- oder Parodontitisrisiko vor, so kann der Einsatz von CHX-Präparaten empfohlen werden. Hierbei ist jedoch darauf zu achten, dass höher dosierte CHX-Präparate nur intermittierend eingesetzt werden und nur in geringer Dosierung von 0,06 Prozent als Dauerpräparat genutzt werden sollten [12]. Ein kombiniertes häuslich-zahnärztlich basiertes Präventionskonzept wirkt sich in der täglichen Praxis langfristig positiv auf den Zahnerhalt und die Lebensqualität der Betroffenen aus.

Zusammenfassung

Die Mehrzahl der kindlichen Patienten mit Grunderkrankungen und Behinderungen lässt sich für präventive und (kleinere) invasive Maßnahmen im Rahmen der täglichen Routine einer Zahnarztpraxis mitversorgen – ein der Grunderkrankung angepasstes Management und adaptierte Verhaltensführungsmaßnahmen für die Behandlung vorausgesetzt. In indizierten Fällen kann für eine Sanierung eine (teil-)stationäre Versorgung notwendig sein. Wesentlich für diese stationär (erst-)versorgten Patienten ist jedoch auch eine ambulante präventive Langzeitbetreuung als integraler Bestandteil eines zahnärztlichen, praxisbasierten Gesamtkonzepts, um wiederholte Narkosebehandlungen zu vermeiden oder ihre Frequenz zumindest zu senken.

Korrespondenzadresse:
Priv.-Doz. Dr. Katharina Bücher
Schriftführerin AG ZMB
Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie
Klinikum der Universität München
Goethestraße 70, 80336 München
kbuecher@dent.med.uni-muenchen.de

Literatur bei der Verfasserin

5. Symposium der Castillo Morales Vereinigung

Zahn- und Kieferfehlstellungen bei behinderten Kindern sind häufig und gehen zum Großteil auf die lange bestehenden Funktionsstörungen der oralen Sensomotorik zurück, wie zum Beispiel bei Trisomie 21 (Down-Syndrom) und anderen genetischen Syndromen wie Angelman, Möbius, Prader-Willi oder Williams-Beuren.

Eine frühe Therapie sowohl oralmotorisch als auch mit kieferorthopädischen, stimulierenden Geräten kann die

Funktionen verbessern und Spätfolgen verhindern oder eindämmen. Diesem und weiteren Themenbereichen widmet sich das 5. Symposium der Castillo Morales Vereinigung vom 5. bis 7. Mai in München. Kieferorthopäden und Zahnärzte sind herzlich eingeladen.

Weitere Informationen und Anmeldung:
www.castillomoralesvereinigung.de

Redaktion