

# stomatologi[e]

der e-newsletter der österreichischen gesellschaft für zahn-, mund- und kieferheilkunde



© privat

## VERHALTENSFÜHRUNG IN DER KINDERZAHNMEDIZIN

ÖGZMK

**Dr. Nicola Meißner**

Vorstand ÖGKIZ: Innsbrucker Bundesstraße 35, A-5020 Salzburg

Kontakt: Rodenbergstraße 5, D-10439 Berlin

Korrespondenz: nicola@hyponic.com

### ZUSAMMENFASSUNG

Wie gelingt es, ein Kind dazu zu bringen, den Mund zu öffnen und sich behandeln zu lassen? Nicht nur aus zahnärztlicher Sicht unterscheiden sich kinderzahnärztliche Behandlungsmethoden in vielen Bereichen von der Erwachsenenbehandlung. Und wie kommuniziert man mit den Eltern vorwurfsfrei und wertschätzend?

Die fragliche Kooperationsbereitschaft der Kinder und komplexe Eltern-Kind-Interaktionen erschweren den zahnärztlichen Alltag. Der vorliegende Artikel enthält einen Auszug aus dem kinderzahnärztlichen Konzept der Verhaltensführung und Kommunikation, bei dem die Grundlagen der hypnotischen Kommunikation und die Schaffung guter Rahmendbedingungen eine wichtige Rolle spielen.

#### **Schlüsselwörter:**

*Kinderzahnmedizin, frühkindliche Karies, Verhaltensführung, Elternkommunikation, Praxisorganisation*

#### **Key words:**

*pediatric dentistry, early childhood caries, behavioral management, parent communication, practice organisation*

Die Verhaltensführung bildet die Grundlage erfolgreicher Kinderzahnmedizin. Doch wie kann es gelingen, ein Kind zahnärztlich so zu behandeln, dass alle zufrieden sind? Wir, als

Zahnärztinnen und Zahnärzte mit unserem eigenen Anspruch an Perfektion, die Eltern und nicht zu vergessen das Kind selbst? Eine Utopie? Zumal zwei Krankheitsbilder aktuell die Kinderzahnärzte vor besondere Herausforderungen stellen: frühkindliche Karies und die „Kreidezähne“, MIH (Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation). Frühkindliche Karies (ECC: early childhood caries) ist die häufigste chronische Erkrankung im Kleinkind- und Vorschulalter, immerhin sind knapp die Hälfte aller österreichischen SchulanfängerInnen davon betroffen. Bei den Kreidezähnen handelt es sich um eine zunehmend gehäuft auftretende Schmelzhypomineralisation unklarer Genese, meist an den 6-Jahr-Molaren. Das Erschreckende in Bezug auf diese beiden Krankheitsbilder ist jedoch der geringe Sanierungsgrad. Fast die Hälfte der betroffenen Kinder dieser Altersklasse hat unsanierte Zähne, bei den unter Dreijährigen sind es sogar über 70%. Meist kommen diese Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status. Infektionen und chronische Zahnschmerzen beeinträchtigen nicht nur deren Lebensqualität, sondern führen nachweislich zu Schlafmangel, der wiederum negative Auswirkungen auf die Lernfähigkeit hat. Die soziale Benachteiligung dieser Kinder wird folglich verstärkt, auch in reichen Industrienationen wie Österreich und Deutschland.

Doch woran liegt diese offenkundige Unterversorgung? Neben der Tatsache, dass sich kinderzahnärztliche Behandlungsmethoden

in einigen Bereichen von der Erwachsenenbehandlung unterscheiden, spielt die erschwerte Kooperationsbereitschaft der Kinder wohl eine entscheidende Rolle. Und - Kinder haben Eltern. Um es anhand einer überspitzten Situation im Ordinationsalltag zu beschreiben: ein ängstliches Kindergartenkind erscheint ohne vorherige Terminvereinbarung mit akuten Schmerzen in Begleitung eines fordernden Elternteils, welches die sofortige Behandlung wünscht. Wie schafft man es dieses Kind dazu zu bringen, eine seiner sensibelsten Körperregionen, den Mund, zu öffnen oder gar sich behandeln zu lassen? Und wie kommuniziert man unter Zeitdruck mit den Eltern vorwurfsfrei und wertschätzend?

Unser Ziel sollte es also sein, ein Praxiskonzept zu etablieren, in dem die Bedürfnisse des Kindes, seiner Eltern, aber auch die des zahnärztlichen Teams Berücksichtigung finden. Als Leitfaden durch diesen Artikel ziehen sich Elemente der sog. hypnosystemischen Beratung. Im Ordinationsalltag stecken wir mittendrin im sich gegenseitig beeinflussenden System aus Eltern-Kind-Interaktionen, Mitarbeiterführung und Zeitmanagement. Kenntnisse auf dem Gebiet der Hypnose und der hypnotischen Kommunikation helfen dabei, den Umgang mit der Sprache zu sensibilisieren und bilden die Grundlage der Verhaltensführung. Der vorliegende Artikel stellt lediglich einen Auszug aus dem kinderzahnärztlichen Konzept der Verhaltensführung und Kommunikation dar.

# stomatologi[e]

der e-newsletter der österreichischen gesellschaft für zahn-, mund- und kieferheilkunde

## 1. Zwei wichtige Grundprinzipien lauten:

- Tell-Show-Do
- Stufenkonzept

## 2. Ergänzt werden diese Methoden durch:

- kognitives Modellieren (Lernen am Modell)
- operantes Konditionieren (Lernen am Erfolg)

## 3. Wesentlich für den Erfolg ist die gelungene Kommunikation mit Eltern und Kind mittels:

- vertrauensbildender Haltung
- motivierender Gesprächsführung

## 4. Schaffung günstiger Rahmenbedingungen durch Praxisorganisation mithilfe von:

- Pufferzeiten im Terminbuch
- strukturierten Abläufen
- geschultem Personal

## 1. TELL-SHOW-DO UND STUFENKONZEPT

Für viele Kinder ist der erste Besuch in einer Zahnarztpraxis ein aufregendes, neues Erlebnis und stellt die Weichen für die weitere Mitarbeit. Bereits beim Abholen aus dem Wartebereich gilt es, den vertrauensvollen Kontakt zum Kind aufzubauen und seine Neugierde zu wecken. Eine Begrüßung auf Augenhöhe und erster Körperkontakt durch Berührung oder Hand-geben schafft Nähe und Verbindung. Im Behandlungsraum wird von der Assistentin zunächst am Modell spielerisch der Ablauf der Untersuchung erklärt, bevor sich das Kind selbst auf die Liege bzw. den Behandlungssessel legt. Dies entspricht der Methode des Tell-Show-Do, wobei durch altersgerechte Verbalerklärung des Vorgehens die weitere Behandlung gebahnt wird (Priming). Der Beziehungsaufbau gestaltet sich leichter, wenn die Eltern im Hintergrund bleiben. Um die Angst vor dem Unbekannten zu verringern, wird beim Tell-Show-Do der Behandlungsschritt zunächst erklärt und an einer neutralen Stelle, wie beispielsweise dem Finger oder an einem Modell, gezeigt. Erst danach wird im Mund behandelt. Es sollten

positive Begriffe verwendet werden, denn das menschliche Unbewusste denkt bildlich und kennt keine Verneinung (Negativbeispiel: „hab‘ keine Angst, das tut nicht weh“). Meist beinhaltet der erste Termin die intra-orale Untersuchung und ergänzende Befunde wie Röntgenbilder, sowie die Besprechung des Therapieplans mit den Eltern. Je nach Alter und Compliance des Kindes -sowie dem Umfang der Behandlung - ergeben sich die entsprechenden Behandlungsempfehlungen. Die Entscheidung, gleich beim Ersttermin zu behandeln, sollte sich nicht nach dem Elternwunsch, sondern nach den Möglichkeiten des Kindes zur Kooperation richten und sich von einfachen Behandlungen hin zu invasiveren Sitzungen steigern. Dies entspricht dem Stufenkonzept.

Eine traumatisierende Erfahrung, wie beispielsweise die Extraktion eines infizierten Milchzahns bei unzureichender Schmerzausschaltung, ist ein denkbar schlechter Einstieg. In diesen Fällen ist, je nach weiterem Behandlungsumfang, die Behandlung in Sedierung oder Narkose bzw. nach vorheriger Antibiose zu planen.



Abb. 1. Stufenkonzept. Die Abfolge der Termine steigert sich von einfachen Behandlungen hin zu invasiveren oder komplexeren Sitzungen.

# stomatologi[e]

der e-newsletter der österreichischen gesellschaft für zahn-, mund- und kieferheilkunde

## 2. KOGNITIVES MODELLIEREN UND OPERANTES KONDITIONIEREN

Gute Vorbilder sowie Lob und Belohnung durch das ärztliche Team sind wichtige Wirkfaktoren zur Motivation. Im Voraus von den Eltern versprochene Belohnungen lösen eher Erfolgsdruck aus und implizieren, dass der Zahnarztbesuch etwas Schlimmes sein muss.

**Kognitives Modellieren**, sprich Lernen am Modell, erfolgt durch Beobachtung des Verhaltens Anderer. Häufig sind die Vorbilder die Eltern oder älteren Geschwister, sofern sie eine positive Einstellung haben. Die Empfehlung an Eltern, ihre Kinder zu eigenen Zahnarztterminen mitzunehmen, ist allerdings kritisch zu sehen, denn rein statistisch fürchten sich 60% aller Erwachsenen vor dem Zahnarztbesuch. Kinder erfassen und übernehmen intuitiv die Körpersprache ihrer Eltern mit Zeichen von Nervosität oder Angst.

**Operantes Konditionieren** bedeutet Lernen am Erfolg und besagt, dass ein Verhalten häufiger wird, wenn sich eine Verstärkung daran anschließt. Eine gezielt eingesetzte Belohnung, z.B. eine Münze für den Belohnungsautomaten oder das Vorführen von Zaubertricks unmittelbar im Anschluss an die Behandlung („... weil der Mund heute noch länger und noch weiter offen war als das letzte Mal“) wirkt als positiver Verstärker und erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass das gewünschte Verhalten beim nächsten Mal wiederholt wird.

Noch effektiver als die extrinsische Motivation durch materielle Belohnung ist die **intrinsische Motivation** durch ein Erfolgserlebnis. Jeder noch so kleine Erfolg sollte deshalb vom zahnärztlichen Team anerkennend kommentiert werden.



Abb. 2 a und b. Belohnung im Anschluss an die Behandlung.

## 3. KOMMUNIKATION

Wie Paul Watzlawick schon sagte: man kann nicht nicht kommunizieren. Nonverbale Elemente spielen eine große, wenn nicht gar übergeordnete Rolle. Dazu gehören alle Signale wie Gestik, Körperhaltung und -bewegung, Händedruck und -position, Blickkontakt und Distanzverhalten. Kinderzahnärztlich relevant sind beispielsweise die schon erwähnte Begrüßung des Kindes auf Augenhöhe, eine freundliche Stimmlage, Lächeln und keinerlei Beschwichtigungsgesten. Weiterführende Fortbildungen auf diesem Gebiet sind empfehlenswert, auch im Hinblick auf die Kommunikation im Team.



Abb. 3 Elternberatung in der körpersprachlichen Schulterschulshaltung. Sowohl im Umgang mit den kleinen Patienten, als auch mit deren Eltern, ist eine vertrauensvolle und wertschätzende Haltung essenziell.

Friedemann Schulz von Thun entwickelte das auch als „vier Seiten einer Nachricht“ bekannte Kommunikationsquadrat. Hier bestimmt die Beziehung zwischen Sender und Empfänger wesentlich die Qualität der Interaktion. In der täglichen Praxis kann dieses Modell wertvolle Hinweise zum gegenseitigen besseren Verständnis liefern. Häufig lässt sich beobachten, dass Eltern aufgrund larvierter Schuldgefühle sehr emotional reagieren, sobald invasive Behandlungen empfohlen werden. Dies zeigt sich besonders deutlich, wenn Zahnsanierungen in Narkose nötig sind.

# stomatologi[e]

der e-newsletter der österreichischen gesellschaft für zahn-, mund- und kieferheilkunde

## „Ihr Kind hat Karies“

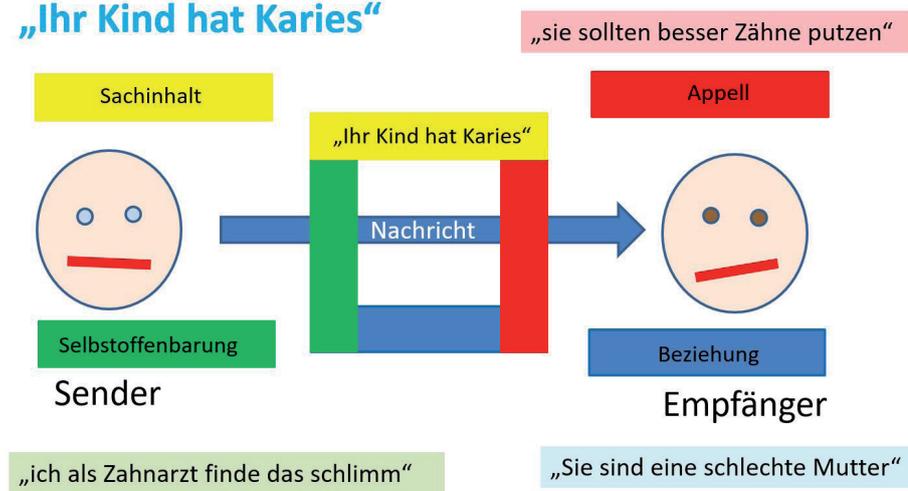


Abb. 4a Die Vier Seiten einer Nachricht (F. Schulz von Thun). In diesem Beispiel aus dem Kontext der Kinderzahnmedizin wird deutlich, wie aus der zahnärztlichen Sachebene „Ihr Kind hat Karies“ bei den Eltern auf der Beziehungsebene die Botschaft „Sie sind eine schlechte Mutter“ entstehen kann und erklärt die – für das zahnärztliche Team oft überraschende und unverständliche - Reaktion mancher Eltern mit Verleugnung oder Empörung bis hin zur Aggression.

## „Ihr Kind hat Karies“

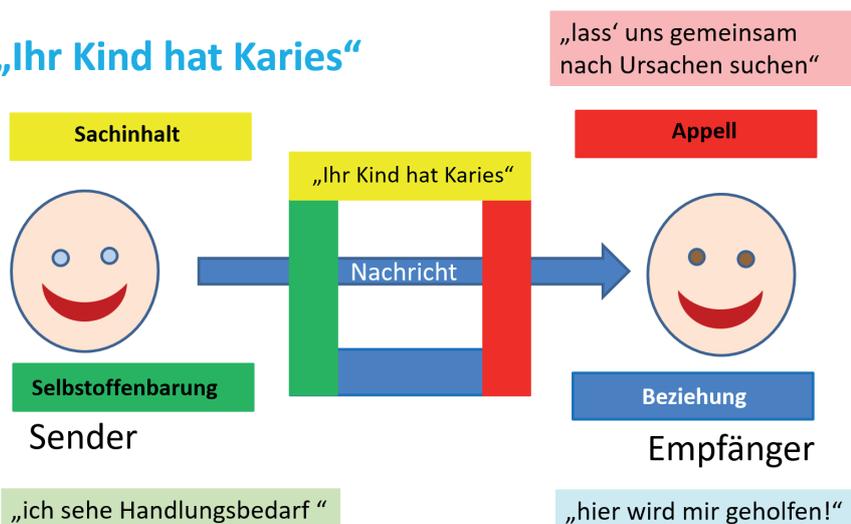


Abb. 4b. Wird die Diagnose hingegen vorwurfsfrei und in einer entspannten Haltung mit Zuversicht, Fachkompetenz und einer Prise Humor vermittelt, so fühlen sich die Eltern entlastet und Vertrauen kann entstehen.

## 4. PRAXISORGANISATION

Das Thema Praxisorganisation kann im Umfang dieses Artikels nur schlaglichtartig abgehandelt werden. Als besonders relevant erachtet werden die drei eingangs erwähnten Themen:

- **Pufferzeiten** im Tagesplan, um Schmerzpatienten unterzubringen und Zeitverzug auszugleichen
- **strukturierte Abläufe**, wie das schon erwähnte Stufenkonzept, sowie Algorithmen zur Behandlungsplanung und Checklisten für die Zimmervorbereitung
- **geschultes Personal**, um nicht nur fachlich qualifiziert, sondern auch zeiteffizient und damit wirtschaftlich zu arbeiten.

Der Zeitfaktor spielt eine große Rolle: Kinder benötigen ein langsames Tempo und mehr Erklärungen während der Behandlung und Eltern haben oft großen Gesprächsbedarf. Mit anderen Worten: Zeit ist Geld: Leider wird dies im Sinne einer finanziellen Honorierung seitens der Kassen nicht ausreichend berücksichtigt. Umso wichtiger ist es also, den wirtschaftlichen Aspekt durch eine entsprechende Organisation auszugleichen: je mehr Leistungen bei der Verhaltensführung an ein qualifiziertes Team delegiert werden können, desto wirtschaftlicher kann die reine „Arztzeit“ bei den Behandlungen eingesetzt werden.

# stomatologi[e]

der e-newsletter der österreichischen gesellschaft für zahn-, mund- und kieferheilkunde

## ZUSAMMENFASSUNG

Gehen wir dafür noch einmal zurück zu unserem Eingangs-Szenario des unangemeldeten Schmerzkindes: Wenn konsequente Pufferzeiten geschaffen wurden, kann dieses Kind zeitnah in einem „Akuttermin“ untergebracht werden, ohne dass es zu Lasten anderer PatientInnen oder der eigenen Mittagspause geht. Eine verständnisvolle und wertschätzende Haltung den Eltern gegenüber würdigt zunächst ihr Anliegen nach „Problemlösung-sofort“ und bekundet dafür Verständnis. Anschließend wird in einer nichtkonfrontativen Körpersprache das Stufenkonzept erklärt und als übergeordnetes Ziel das Wohl des Kindes definiert. Unter Berücksichtigung der Kooperation des Kindes wird also gemeinsam der geeignete Behandlungsweg gewählt, auch wenn dieser nicht der ursprünglichen Erwartungshaltung der Eltern entspricht.

## FAZIT

Im Artikel wurden geeignete Methoden der Verhaltensführung vorgestellt, mit denen sich die Behandlung von Kindern entscheidend verbessern lässt. Die Grenzen der Verhaltensführung sind jedoch dann erreicht, wenn ein Missverhältnis vorliegt zwischen dem Ausmaß des Kariesbefalls und der Compliance des Kindes. Bei einem sehr jungen (präoperativen) Kind mit massivem Kariesbefall ist die medikamentöse Unterstützung mittels Sedierung oder Sanierung in Intubationsnarkose angebracht. Umso wichtiger wäre es also, möglichst früh den Eltern (Eltern-Kind-Pass!) Informationen zur Zahngesundheit zu geben und andererseits die Ausbildung der ZahnärztInnen im Bereich Kinderzahnmedizin, insbesondere hinsichtlich der psychologischen und kommunikativen Aspekte, stärker zu fördern.

Literatur bei der Verfasserin  
Bildrechte bei der Verfasserin  
Genehmigung der abgebildeten Personen liegt vor  
Keine Interessenskonflikte der Autorin