

Verhaltensführung, Sedierung oder Allgemeinanästhesie bei der zahnärztlichen Versorgung von Kindern mit Behinderungen?



Dr. Peter Schmidt
11. SVK-Sedationstag
Zürich – Samstag, 18.01.2020





WO LIEGT WITTEN?



Lehrstuhl „Behindertenorientierte Zahnmedizin“ gegründet

Prof. Dr. Andreas Schulte erster Lehrstuhlinhaber – Software AG- und Mahle-Stiftung ermöglichen Stiftungslehrstuhl an der Uni Witten/Herdecke

Die Universität Witten/Herdecke hat Prof. Dr. Andreas Schulte auf den bundesweit ersten Lehrstuhl für Behindertenorientierte Zahnmedizin berufen. Der 59-Jährige hat an der Universität Münster Zahnmedizin studiert und war dort bis 1991 zunächst als Wissenschaftlicher Mitarbeiter und später Oberarzt tätig.



Prof. Dr. Andreas Schulte ist erster Lehrstuhlinhaber für Behindertenorientierte Zahnmedizin (Foto: UWH)



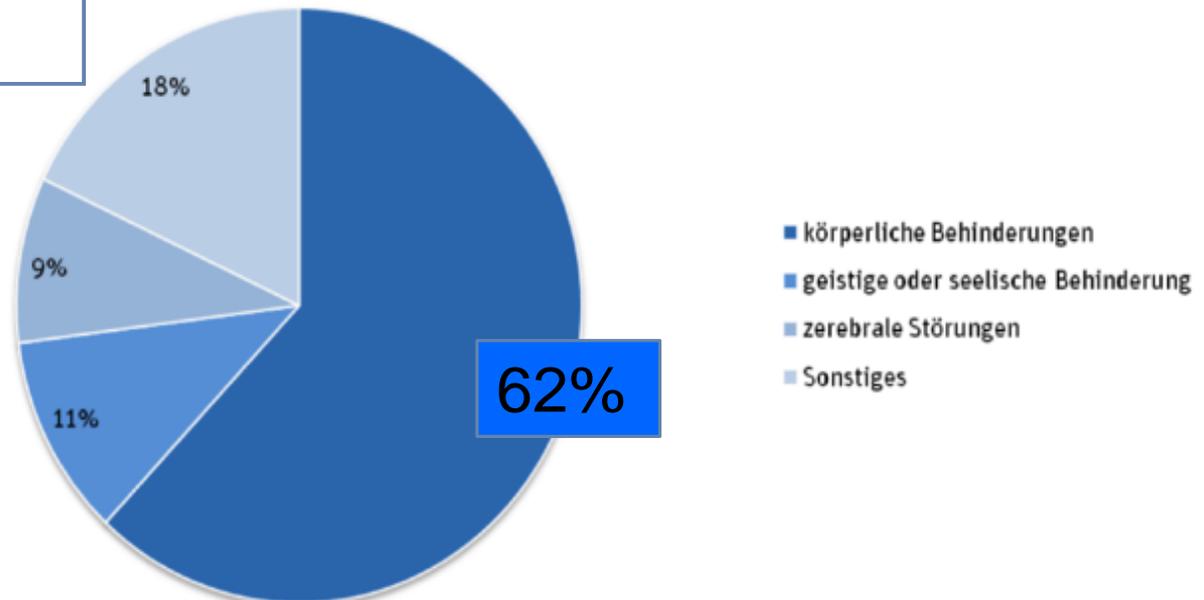
Anteil der Menschen mit Behinderung an der Gesamtbevölkerung



ca. **10 Millionen** Menschen mit Behinderung in Deutschland

7,8 Millionen schwerbehindert

ca. **830.000** Menschen mit geistiger Behinderung





ca. 4% der Kinder werden mit einer Behinderung geboren

Diese Tabelle bezieht sich auf:

Geschlecht: Beide Geschlechter, Nationalität: Alle Nationalitäten, Art der Behinderung: Alle Arten, Darstellung: Schwerbehinderte Menschen absolut

Alter	Jahr (absteigend)										
	1985	1993	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Alle Altersgruppen	5.371.634	6.384.348	6.711.797	6.638.892	6.765.355	6.918.172	7.101.682	7.289.173	7.548.965	7.615.560	7.766.573
Unter 18 Jahre	117.353	144.869	164.901	164.456	161.555	160.145	161.569	165.254	169.226	173.950	182.275
Unter 4 Jahre	9.377	15.286	15.938	15.276	14.478	14.297	14.275	14.194	13.928	14.703	15.495
4 bis unter 6 Jahre	9.751	15.997	15.026	14.885	14.611	14.002	14.336	14.376	14.109	14.626	15.216
6 bis unter 15 Jahre	62.007	83.739	96.197	93.824	91.124	91.928	94.708	97.988	99.847	101.493	106.756
15 bis unter 18 Jahre	36.218	29.847	37.740	40.471	41.342	39.918	38.250	38.696	41.342	43.128	44.808
18 bis unter 25 Jahre	121.630	100.861	101.247	106.209	111.722	117.157	122.155	123.983	120.515	118.560	121.408
25 bis unter 35 Jahre	192.559	275.719	227.247	210.406	200.061	200.510	210.081	223.679	236.602	245.741	251.261
35 bis unter 45 Jahre	279.408	359.191	464.455	476.492	468.581	447.270	417.603	390.234	363.342	345.138	342.298
45 bis unter 55 Jahre	712.432	735.750	734.219	770.516	794.660	826.264	874.509	916.329	931.886	910.665	860.586
55 bis unter 60 Jahre	674.518	746.026	591.238	568.325	607.467	650.827	674.299	688.194	697.958	712.128	727.492
60 bis unter 62 Jahre	352.528	307.771	390.301	319.984	282.040	286.327	331.822	354.317	348.220	341.575	342.530
62 bis unter 65 Jahre	569.016	535.228	570.797	596.952	535.298	473.602	446.115	536.489	589.609	575.511	564.522
65 Jahre und älter	2.348.595	3.178.933	3.467.392	3.425.552	3.603.971	3.756.070	3.863.529	3.890.694	4.091.607	4.192.292	4.374.201

Die Tabelle wurde am 29.10.2018 21:12 Uhr unter www.gbe-bund.de erstellt.

(Siehe auch Informationen zu [Datenquelle\(n\)/Ansprechpartner](#), [Anmerkung\(en\)](#), [Aktualität der Daten](#), [Links auf andere Fundstellen](#).) [Zu den interaktiven Grafiken](#)



geschätzt ca. **1,7 Millionen Menschen mit Behinderung in der Schweiz**

27% gelten als stark beeinträchtigt

ca. **52.000 Kinder mit einer Behinderung**

Körperbehinderungen am häufigsten (43%)

geistige Behinderungen seltener (16%)





nach der UN-Behindertenrechtskonvention **Artikel 25 (Gesundheit)**

„erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von **gleicher Qualität** wie anderen Menschen angedeihen zu lassen“

„in derselben **Bandbreite**, von derselben **Qualität** und auf demselben **Standard**“

„Gesundheitsleistungen, die von Menschen mit Behinderungen **speziell wegen** ihrer Behinderungen benötigt werden“

nach der UN-Kinderrechtskonvention **Artikel 23 (Förderung behinderter Kinder)**

„ Die Vertragsstaaten fördern im Geist der internationalen Zusammenarbeit den **Austausch** sachdienlicher Informationen im **Bereich der Gesundheitsvorsorge** und der medizinischen, psychologischen und funktionellen **Behandlung behinderter Kinder** [...]“



Wann ist ein Kind ein Kind?

Entwicklungsstapen eines Kindes

Pränatale Entwicklung = Konzeption bis zur Geburt (40.Woche)

Säugling = Geburt bis 1. Lebensjahr

Kleinkind = 1. - 3. Lebensjahr

Kindergartenkind = 3 – 6 Jahre

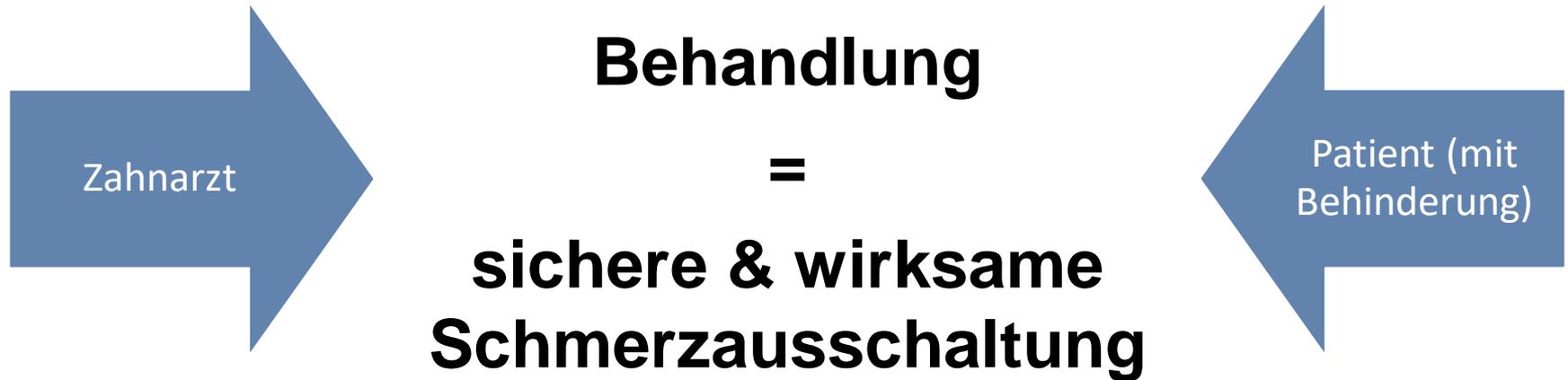
Schulkind = 6 - 12 Jahre

Jugendliche / Teenager = 12 – 18 Jahre



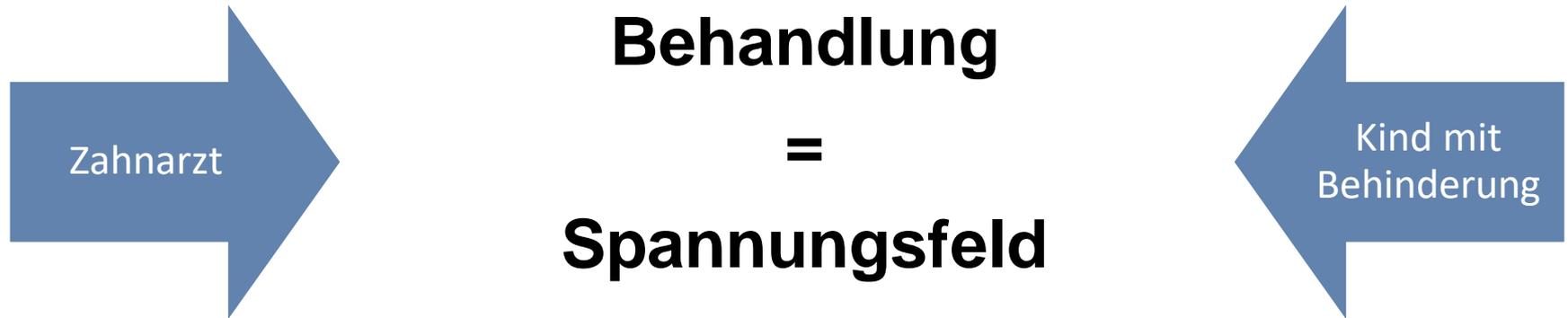
Klassifikation nach ICD (International Classification of Diseases - WHO)

- × **Leichte Intelligenzminderung: IQ-Bereich 40-59**
△ bei Erwachsenen Intelligenzalter eines 9-12jährigen Kindes
- × **Mittelgradige Intelligenzminderung: IQ-Bereich 35-39**
△ bei Erwachsenen Intelligenzalter eines 6-8jährigen Kindes
- × **Schwere Intelligenzminderung: IQ-Bereich 20-34**
△ bei Erwachsenen Intelligenzalter eines 3-5jährigen Kindes
- × **Schwerste Intelligenzminderung: IQ unter 20**
△ bei Erwachsenen Intelligenzalter eines 0-2jährigen Kindes



**Welche Aspekte sind bei Kindern mit
(geistigen) Behinderungen zu beachten?**

- Mensch in der physiologischen und psychischen Entwicklung
- Grunderkrankung/en
- potentiell fehlende Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit
- potentiell veränderte Schmerzwahrnehmung



**adäquate, sichere und wirksame
Schmerzausschaltung**

Möglichkeiten - „Tools“:

- Verhaltensführung („behavior management“)
- Lokalanästhesie
- (Analgo-)Sedierung („conscious sedation“)
- Allgemeinanästhesie

In Kombination miteinander anwendbar!



Möglichkeiten - „Tools“:

- Tell-Show-Do-Technik
 - > angepasst als Tell-Show-Feel-Feel-Do
 - (non)verbale positive Verstärkung
 - Musterunterbrechung
 - Modell lernen (Puppen, Geschwister)
 - Voice Control
 - Vermeidung von Angstreizen
 - Ablenkung
 - Hypnose/Trance
- > Erzeugen eines „entspannten“ Zustandes



Management of Dental Patients with Special Health
Care Needs

Review Council
Council on Clinical Affairs
Latest Revision
2016

Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient

Review Council
Council on Clinical Affairs
Latest Revision
2015



Befundung – wie und wo?



zusätzliche Hilfsmittel benutzen





zahnärztliche Behandlung – (Analgo-)Sedierung

Möglichkeiten - „Tools“:

- Einsatz von Lachgas (N₂O)
- Einsatz von Medikamenten (z.B. Midazolam)

Policy on Third-Party Reimbursement of Medical Fees Related to Sedation/General Anesthesia for Delivery of Oral Health Care Services

Review Council
Council on Clinical Affairs
Latest Revision
2016

Use of Nitrous Oxide for Pediatric Dental Patients

Review Council
Council on Clinical Affairs
Latest Revision
2018

EAPD Guidelines on Sedation in Paediatric Dentistry

A.-L. Hallonsten, B. Jensen, M. Raadal, J. Veerkamp, M.T. Hosey, S. Poulsen

SCDA GUIDELINES FOR ANESTHESIA, SEDATION, AND ALTERNATIVES

ARTICLE

ABSTRACT

Many people with special needs (PSND) have difficulty having good oral health or accessing oral health services because of a disability or medical condition. The number of people with these conditions living in community settings and needing oral health services is increasing dramatically due to advances in medical care, deinstitutionalization, and changing societal values. Many of these individuals require additional supports beyond local anesthesia in order to receive dental treatment services. The purpose of this consensus statement is to focus on the decision-making process for choosing a method of treatment or a combination of methods for facilitating dental treatment for these individuals. These guidelines are intended to assist oral health professionals and other interested parties in planning and carrying out oral health treatment for PSND. Considerations for planning treatment and considerations for each of several alternative modalities are listed. Also discussed are considerations for the use of combinations of modalities and considerations for the repeated or frequent use of these modalities. Finally, the

Special Care Dentistry Association
consensus statement on sedation,
anesthesia, and alternative techniques
for people with special needs

Paul Glasman, DDS, MA, MBA;^{1*} Anthony Caputo, DDS;² Nancy Dougherty, DMD;³ Ray Lyons, DDS;⁴ Zakaria Mestisha, DDS;⁵ Christine Miller, RDH, MHA, MA;⁶ Bruce Paltier, PhD;⁷ Maureen Romer, DDS⁸

¹Professor of Dental Practice, Director of the Community Oral Health, University of the Pacific, Arthur A. Dugoni School of Dentistry, San Francisco, California; ²Dentist Anesthesiologist and President, Southwest Dental Anesthesia Services; ³Director, Postgraduate Program in Pediatric Dentistry, New York Health-Care Network; Clinical Associate Professor, NYU College of Dentistry; Clinical Assistant Professor, Dentistry for Pediatrics, Albert Einstein College of Medicine, Bronx, New York; ⁴Chief of Special Needs Dental Services, Los Lunas Community Program, New Mexico Department of Health; ⁵Dentist Anesthesiologist, Associate Professor of Clinical Anesthesiology, University of Illinois at Chicago Medical Center; ⁶Associate Professor of Dental Practice, University of the Pacific, Arthur A. Dugoni School of Dentistry, San Francisco, California; ⁷Professor of Psychology and Ethics, University of the Pacific, Arthur A. Dugoni School of Dentistry, San Francisco, California; ⁸Associate Professor, Arizona School of Dentistry and Oral Health, Mesa, Arizona

*Corresponding author e-mail: pglasman@specific.edu

Spec Care Dentist 20(1): 2-8, 2009

“Sedation is required for some child patients in order for the dentists to be able to deliver high quality, pain-free dental care. When sedation is used there is an **additional, separate need** for pain control in form of **local anaesthesia, and behaviour management (3).**” (EAPD Guidelines on Sedation in Paediatric Dentistry 2015)



Möglichkeiten - „Tools“:

- Einsatz von Lachgas (N₂O)

Indikationen:

- ängstliche, aber kooperative Kinder und Jugendliche ab ca. 4 Jahren
- kleinere, wenig schmerzhaft zahnärztliche Eingriffe einschließlich Lokalanästhesie
- kurze, planbare Behandlungen

Kontraindikationen:

- unkooperative oder bewusstseinsgetrübte Kinder
- eingeschränkte Nasenatmung
- Belüftungsstörungen des Mittelohres (Otitis media)
- Psychosen
- Vitamin-B12-Metabolismus-Störung
- Adipositas
- größere, länger andauernde komplizierte Eingriffe
- Z. n. Bleomycin-Chemotherapie
- Z. n. Augenoperation innerhalb der letzten 6 Monate
- schwerwiegende Allgemeinerkrankungen (ab ASA 3)

**Auf die Körperzeichen achten!
Atmung, Puls, Augen, Schweiß**



Möglichkeiten - „Tools“:

- Einsatz von Lachgas (N₂O)
- Einsatz von Medikamenten

EAPD Guidelines on Sedation in Paediatric Dentistry

A.-L. Hallonsten, B. Jensen, M. Raadal, J. Veerkamp, M.T. Hosey, S. Poulsen

“Patient monitoring - Continuous clinical observation

Paediatric dental patients under conscious sedation **must be monitored continuously** clinically, as this is the most important element in patient monitoring. Clinical monitoring include:

- Response by the patient to:
 - a.) Physical stimulation b.) Verbal command
- Observing breathing
- Movements of the thorax
- Passage of the air stream
- Respiratory frequency
- Observing skin colour

(EAPD Guidelines on Sedation in Paediatric Dentistry 2015)



1963 führte die American Society of Anaesthesiologists (ASA) ein Klassifikationssystem mit 5 Kategorien zum physischen Status von Patienten ein

- ASA 1: normaler gesunder Patient
- ASA 2: Patient mit leichter Allgemeinerkrankung
- ASA 3: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung
- ASA 4: Patient mit schwerer, lebensbedrohlicher Allgemeinerkrankung
- ASA 5: moribunder Patient, der die Operation voraussichtlich nicht überleben wird



“Patients in ASA **Class III and Class IV** represents **special problems** and require individual consideration and shall be treated in **a hospital environment**, involving the **assistance of medical doctors** when appropriate. “ (EAPD Guidelines on Sedation in Paediatric Dentistry 2015)

5. Children with medical problems.

“These should be managed in collaboration with the child’s paediatrician. [...]. This advice should cover any **special problems** related to pre-operative, intra-operative and postoperative care of the child (5,6). The American Society of Anesthesiologists (ASA) Physical Status classification is a useful guide to suitability for day case GA (7). A child with a severe underlying medical condition in categories **ASA III or ASA IV** should be admitted to **a paediatric ward** and clinical care shared with a **paediatric team**.” (UK National Clinical Guidelines in Paediatric Dentistry. Guideline for the Use of General Anaesthesia (GA) in Paediatric Dentistry 2008)



zahnärztliche Behandlung – Allgemeinanästhesie

Use of Anesthesia Providers in the Administration of Office-based Deep Sedation/General Anesthesia to the Pediatric Dental Patient

Review Council
Council on Clinical Affairs
Latest Revision
2018*

UK National Clinical Guidelines in Paediatric Dentistry

Guideline for the Use of General Anaesthesia (GA) in Paediatric Dentistry

Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115b SGB V

Vereinbarung
von Qualitätssicherungsmaßnahmen
bei ambulanten Operationen
und stationärer ersetzenden Eingriffen
einschließlich der notwendigen Anästhesien
gemäß § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

SCDA GUIDELINES FOR ANESTHESIA, SEDATION, AND ALTERNATIVES

ARTICLE

ABSTRACT

Many people with special needs (PSND) have difficulty having good oral health or accessing oral health services because of a disability or medical condition. The number of people with these conditions living in community settings and needing oral health services is increasing dramatically due to advances in medical care, deinstitutionalization, and changing societal values. Many of these individuals require additional supports beyond local anesthesia in order to receive dental treatment services. The purpose of this consensus statement is to focus on the decision-making process for choosing a method of treatment or a combination of methods for facilitating dental treatment for these individuals. These guidelines are intended to assist oral health professionals and other interested parties in planning and carrying out oral health treatment for PSND. Considerations for planning treatment and considerations for each of several alternative modalities are listed. Also discussed are considerations for the use of combinations of modalities and considerations for the repeated or frequent use of these modalities. Finally, the

Special Care Dentistry Association consensus statement on sedation, anesthesia, and alternative techniques for people with special needs

Paul Glassman, DDS, MA, MBA;^{1*} Anthony Caputo, DDS;² Nancy Dougherty, DMD;³ Ray Lyons, DDS;⁴ Zakaria Moushah, DDS;⁵ Christine Miller, RDH, MHA, MA;⁶ Bruce Peltier, PhD;⁷ Maureen Romer, DDS⁸

¹Professor of Dental Practice, Director of the Community Oral Health, University of A. Dugoni School of Dentistry, San Francisco, California; ²Dentist Anesthesiologist at Southwest Dental Anesthesia Services; ³Director, Postgraduate Program in Pediatric Bronx Healthcare Network; Clinical Associate Professor, NYU College of Dentistry; ⁴Professor, Dentistry & Pediatrics, Albert Einstein College of Medicine, Bronx, New York; ⁵Special Needs Dental Services, Los Lunas Community Program, New Mexico Department of Health; ⁶Dentist Anesthesiologist, Associate Professor of Clinical Anesthesiology, University of Chicago Medical Center; ⁷Associate Professor of Dental Practice, University of the Pacific Arthur A. Dugoni School of Dentistry, San Francisco, California; ⁸Arizona School of Dentistry and Oral Health, Mesa, Arizona

*Corresponding author e-mail: p.glassman@ucsf.edu

Spec Care Dentist 20(1): 2-8, 2009

Policy on Third-Party Reimbursement of Medical Fees Related to Sedation/General Anesthesia for Delivery of Oral Health Care Services

Review Council
Council on Clinical Affairs
Latest Revision
2016

Analgoesedierung für diagnostische und therapeutische

Es existieren verschiedene Leitlinien, Richtlinien, Handlungsempfehlungen internationaler Gesellschaften (GB, USA, J) zur zahnärztlichen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Sedierung bzw. Allgemeinanästhesie.

Für die Behandlung von Menschen mit Behinderungen existieren lediglich "statements".

Gültige nationale Leitlinien in / aus Deutschland fehlen aktuell.

BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER

Landesverbände
Arbeitsgemeinschaft
der Zahnärztle
Fachverbände
Chancenstraße
10117 Berlin
Telefon: +49 30 4200
Fax: +49 30 4200
E-Mail: info@bzak.de
www.bzak.de
Deutscher Apothekenverband
Bldg. 107 706 53
Tel. +49 30 200 180

Position

Stellungnahme zur ambulanten Vollnarkose beim Z
Juni 2012



Indikationen aus dem Schrifttum:

- Behandlung unter örtlicher Betäubung nicht möglich
(z.B. Allergie, Vorerkrankung)
- fehlende andere Möglichkeit der Schmerzausschaltung
(unter Beachtung des Dringlichkeitsaspektes)
- körperliche, geistige oder psychische Behinderung
- Patienten mit ärztlich anerkannten Phobien
- mangelnde Kooperationsfähigkeit auch nach Einsatz
diagnostischer und therapeutischer Alternativen (z.B. Kleinkinder)

Unabhängig von Kriterien wie gescheiterte Behandlungsversuche und Überforderung des Kindes spielen **subjektive Kriterien des Zahnarztes** bei der Entscheidung, die Indikation für eine Gebiss-Sanierung in ITN zu stellen, eine **große Rolle**. (Schulte 2011)



Ziele der Versorgungen in ITN:

- intra- und postoperative Schmerzfreiheit
 - postoperative Entzündungsfreiheit
 - Erhalt möglichst vieler Zähne (vor allem im sichtbaren Bereich)!!
 - genaue Befunderhebung einschließlich röntgenologischer Diagnostik
 - Prophylaxe und Fissurenversiegelungen
 - Restauration von kariösen und nicht-kariesbedingten Defekten
 - ggfs. Wurzelkanalbehandlung und Wurzelkanalfüllung
 - Extraktion nicht-erhaltungswürdiger (Milch-)Zähne
 - ggfs. Abformungen für die Kieferorthopädie oder die Herstellung von Zahnersatz
-
- **einerseits bei einem Patienten Zahl der zahnärztlichen Behandlungen in Allgemeinanästhesie so gering wie möglich halten**
 - **andererseits auch zahnärztliche Therapien durchführen, die zwei oder mehr Behandlungstermine erfordern (z.B. Endodontie oder Prothetik)**
 - **kurzfristige oder mittelfristige Wiederholungsbehandlungen in ITN auf Grund von unzureichender Therapieplanung oder Therapie vermeiden**



Erstberatung in der Neupatientensprechstunde



Behandlung im Wachzustand

Behandlung in Allgemeinanästhesie

ggf. zahnärztliche Aufklärung mit der gesetzl. Vertretung

Desensibilierungssitzung zur Kooperationserkennung bzw. Förderung

Bei unzureichender Kooperation ggf. 2. oder 3. Desensibilierungssitzung notwendig

Bei unzureichender Kooperation ggf. separate Sitzung zur röntgenologischen Diagnostik notwendig

Vorstellung beim Haus-/Kinderarzt zur präoperativen Untersuchung

Anästhesie-Vorstellung mit gesetzlicher Vertretung

Kontrollanruf vor einer Behandlung in Allgemeinanästhesie (ambulant)

Behandlungstermin in Allgemeinanästhesie (ambulant)

ggf. zahnärztliche Besprechung mit der gesetzl. Vertretung

Sitzung mit invasiver Behandlung mit Elementen der Verhaltensführung

weitere Sitzung mit invasiver Behandlung mit Elementen der Verhaltensführung

weiterer Behandlungstermin in Allgemeinanästhesie (ambulant)

Kontrollanruf nach einer Behandlung in Allgemeinanästhesie (ambulant)

Kontrolltermin nach einer Behandlung in Allgemeinanästhesie (ambulant)

regelmäßige Recalltermine inkl. Mundhygieneinstruktionen

regelmäßige Recalltermine inkl. Mundhygieneinstruktionen



zahnärztliche Behandlung – Allgemeinanästhesie (BOZ – UWH)



Vorstellung beim Haus-/Kinderarzt zur präoperativen
Untersuchung mit gesetzlicher Vertretung

Universität Witten/Herdecke · Zahnklinik
Alfred-Herrhausen-Str. 45 · 58455 Witten
Abteilung für Behindertenorientierte Zahnmedizin (boom@uni-wh.de)
Abteilung für Zahnärztliche Chirurgie / Poliklinische Ambulanz (oralchirurgie@uni-wh.de)
Telefon (0 23 02) 920-080 / 092 · Telefax (0 23 02) 920-081

In Ihrer Eigenschaft als behandelnde Hausärzte bzw. Kinderärzte bitten wir Sie um Unterstützung im Rahmen der Vorbereitung für den geplanten Eingriff. Bitte geben Sie Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten die folgenden Unterlagen mit:

1. **Überweisung** mit der Angabe „Anästhesie“.

Hinweis: dies ist für die Abrechnung der Leistung der externen Fachärzte für Anästhesiologie, die die Narkosen in unserer Klinik durchführen, erforderlich.

2. **Bericht** zu vorliegenden Erkrankungen bzw. relevanten Vorbefunden insbesondere im Hinblick auf Blutungsneigungen, die Erfordernis einer Endokarditisprophylaxe und das Vorliegen eines Diabetes mellitus.

3. **Medikamentenplan** mit der aktuellen Medikation Ihrer Patientin bzw. Ihres Patienten.

4. **Liste mit aktuellen Laborwerten** (nicht älter als 4-6 Wochen) zu den folgenden Parametern: Hb, Leukozyten, Thrombozyten, BSG, Quick, PTT, NA, K, Ca, CK, INR, Cholin-Esterase, sowie _____

5. Ein **präoperatives, befundetes EKG**, falls Sie dies für erforderlich halten.

6. Eine **unterschiedene Einschätzung** Ihrerseits zur Frage der ambulanten oder stationären Narkose (siehe Rückseite).

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe und verbleiben mit kollegialen Grüßen!



zahnärztliche Behandlung – Allgemeinanästhesie (BOZ – UWH)

- 1-2x wöchentlich (Montag Nachmittag/ Freitag Vormittag)
- alle Altersgruppen
- alle zahnärztlichen Behandlungsinhalte
- ambulante Gegebenheiten mit zahnärztlicher Behandlungs-Einheit
- externe selbstständige Anästhesisten-Teams (immer mit Anästhesieassistenz)

Behandlungen in ITN 2017 und 2018 (2 - 17 Jahre)

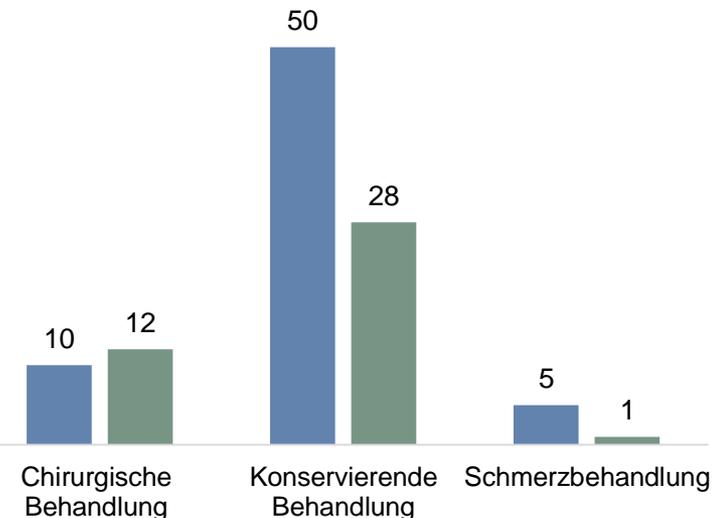
n=107 Patienten (♂ 60 ♀ 47) an 126 ITN-Tagen

Mittleres Alter	♂ 8,4 Jahre	♀ 8,1 Jahre
Mittleres Alter	♂ 9,1 Jahre	♀ 8,0 Jahre
Mittleres Alter	♂ 7,7 Jahre	♀ 8,1 Jahre



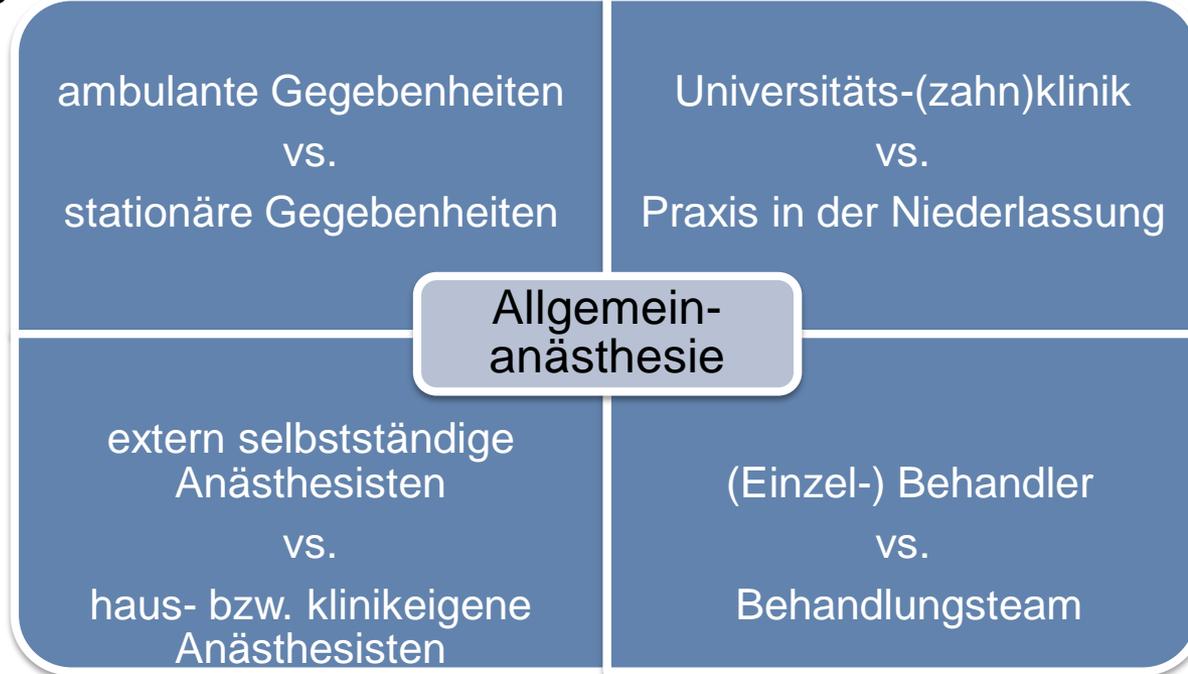
Zahnärztliche Behandlungen in ITN (2 bis 17 Jahre)

■ 2017 ■ 2018





zahnärztliche Behandlung – Allgemeinanästhesie



Zahnarztpraxis in der Niederlassung	Universitätszahnklinik Witten/Herdecke	Universitätskliniken
vorrangig ambulante ITN	ambulante ITN	ambulante und stationäre ITN
meist extern selbstständige/ angestellte Anästhesisten	extern selbstständige/ angestellte Anästhesisten	meist haus- bzw. klinikeigene Anästhesisten
Einzelbehandler/ Behandlungsteams verschiedener zahnärztlicher Fachdisziplinen	Behandlungsteams verschiedener zahnärztlicher Fachdisziplinen	Behandlungsteams verschiedener (zahn-) ärztlicher Fachdisziplinen
Praxis	<ul style="list-style-type: none"> Abteilung für zahnärztliche Chirurgie Abteilung für Behindertenorientierte Zahnmedizin 	meist Abteilungen für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie



- + es existieren verschiedene „Tools“ für die Schmerzausschaltung und Gewährleistung der Behandlungsfähigkeit
- + es existieren (aktuelle) „guidelines“ verschiedener internationaler Fachgesellschaften zum Einsatz der "Tools"
- + Verbesserung in der Vernetzung von Fachdisziplinen nutzen
- + Thematik der Menschen /Kinder mit Behinderungen wird zunehmend in den Fokus der Betrachtungen genommen
- + Versorgungsauftrag für MmB/KmB ambulant und stationär er-/bekannt

- Einschätzung der Kooperation und Indikationsstellung für /gegen ein „Tool“ = multifaktoriell
- folglich stark abhängig vom zahnärztlichen Behandler und Anästhesisten (Erfahrung, Befund, Ausstattung)
- Einsatzmöglichkeit der Tools im ambulanten Setting genau prüfen (ASA, Grunderkrankung)
-> im Zweifel nicht verwenden und Rücksprache mit Anästhesist/Pädiater
- bislang kaum Literatur/ „guidelines“ speziell für MmB/KmB
-> unzureichend wissenschaftliche Datenbasis -> nationale Richtlinien
- Frage der Sicherstellung unter den gegebenen ökonomischen Bedingungen (Zentren, Narkosezeit, Vergütung)



**Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit**

Oberarzt Dr. Peter Schmidt
Lehrstuhl und Abteilung für Behindertenorientierte
Zahnmedizin
Leiter: Univ.- Prof. Dr. A. Schulte
Fakultät für Gesundheit
Department für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Str. 45
58450 Witten
peter.schmidt@uni-wh.de