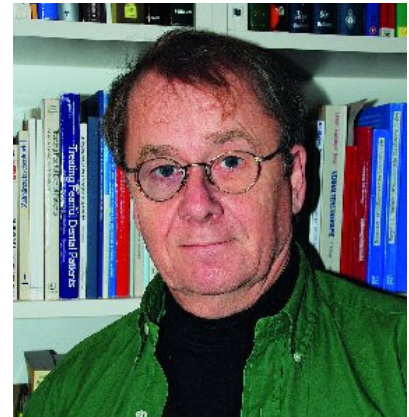


M. Mehrstedt<sup>1</sup>, S. Tönnies<sup>2</sup>, W. Micheelis<sup>3</sup>, M.T. John<sup>4</sup>

# Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität und Zahnbehandlungsängste



M. Mehrstedt

Zahnbehandlungsängste und mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ) wurden bei 106 Patienten einer Hamburger Angstambulanz erhoben. Zahnbehandlungsängste wurden anhand des *Dental Anxiety Scale* (DAS) und des *Dental Fear Survey* (DFS) bestimmt, während MLQ mit dem Oral Health Impact Profile (OHIP-G 14) gemessen wurde. Die MLQ-Werte der sehr ängstlichen Patienten wurden mit OHIP-Daten von Probanden einer bundesweiten Stichprobe der Allgemeinbevölkerung verglichen. Die Patienten mit sehr starken Zahnbehandlungsängsten wiesen dabei sowohl im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung als auch mit Literaturangaben zu anderen Patientenpopulationen eine sehr stark beeinträchtigte mundgesundheitsbezogene Lebensqualität auf. Die Bedeutung der Ergebnisse für die Diagnostik psychosozialer Befunde bei Patienten mit Zahnbehandlungsängsten und die sich daraus ableitenden Schlussfolgerungen für die Aus- und Fortbildung der Zahnärzte und der Zahnmedizinstudenten werden vorgestellt und diskutiert.

*Schlüsselwörter:* Zahnbehandlungsangst, OHIP, mundgesundheitsbezogene Lebensqualität

## Oral health-related quality of life and dental fears

Dental fears and oral health-related quality of life (OHRQoL) were studied in a sample of 106 patients at a dental fears clinic in Hamburg, Germany. Dental fears were measured with the *Dental Anxiety Scale* (DAS) and the *Dental Fear Survey* (DFS). OHRQoL was measured with the Oral Health Impact Profile (OHIP-G 14). Patients' OHIP-G 14 scores were compared to findings from general population subjects of a national study in Germany. The study findings indicate that patients with strong dental fears suffer from substantially more impaired OHRQoL compared to general population subjects or to other dental patient populations in the literature. The implications of these results for the diagnostics of psychosocial findings in patients with strong dental fears and for the education and continuing education of dentists and dental students are discussed.

*Keywords:* dental anxiety, OHIP, oral health-related quality of life

<sup>1</sup> Zahnärztliche Angstambulanz, Hamburg

<sup>2</sup> Universität Hamburg, Abteilung Psychologie

<sup>3</sup> Institut der Deutschen Zahnärzte, Köln

<sup>4</sup> University of Minnesota, Department of Diagnostic and Biological Sciences, School of Dentistry

## 1 Einleitung

Die große Mehrheit der deutschen Bevölkerung weist inzwischen eine viel bessere Zahngesundheit auf als noch vor einigen Jahrzehnten; Deutschland hat bei Kindern und Jugendlichen sogar eine Spitzenposition in der industrialisierten Welt erreicht [25]. Leider gibt es aber immer noch einen nicht unbeträchtlichen Teil der Bevölkerung, der an dieser positiven Entwicklung nicht teilgenommen hat. Bei den Erwachsenen waren aufgrund von Karies sanierungsbedürftige Zähne bei 23,6 % (1997) bzw. 24,2 % (2005) der Bevölkerung anzutreffen [24, 25] – eine ausgeprägte Polarisierung der Mundgesundheit in Deutschland, die durch die regelmäßigen bevölkerungsrepräsentativen Studien des Instituts der Deutschen Zahnärzte und andere Untersuchungen beobachtet wird [21]. Selbstverständlich spielen hier sehr unterschiedliche Risikofaktoren und soziale Einflussgrößen eine große Rolle, wobei aber Zahnbehandlungsängste eine herausragende Größe darstellen dürften [21, 25]. Wir sprechen von Zahnbehandlungsängsten in der Mehrzahl, weil die Ursachen multikausal und das klinische Erscheinungsbild recht unterschiedlich sein können. Es war Ziel dieser Untersuchung, die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patienten mit Zahnbehandlungsängsten zu beschreiben.

Zahnbehandlungsängste werden im internationalen Klassifikationsmanual für psychische Störungen, der ICD-10 [6], als Angststörung unter spezifische Phobien (F40.2) aufgeführt, worauf auch in der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zu Zahnbehandlungsangst und Zahnbehandlungsphobie hingewiesen wird [9].

Ängste im Zusammenhang mit Zahnbehandlungen entstehen hauptsächlich bei der Behandlung von Kindern, vor allem wenn der Zahnarzt vom Kind im zwischenmenschlichen Bereich als bedrohlich empfunden wird [1, 2]. Schmerzhaftes Behandlungen spielen die größte Rolle, wenn die Ängste im Erwachsenenalter entstehen [2]. Patienten, die bereits andere psychische Probleme haben oder aus ärmeren Gesellschaftsschichten kommen, entwickeln oft eher Zahnbehandlungsängste als andere. Ängste führen dann oft zu einem

Teufelskreis, wo zahnärztliche Hilfe immer seltener in Anspruch genommen und die Mundgesundheit meistens zunehmend schlechter wird. Die Ängste werden durch das Vermeidungsverhalten und die Häufung von schlechten Zahnbehandlungserfahrungen immer stärker. Die mangelnde psychologische Ausbildung der Zahnärzte sowie die fehlende Abrechnungsmöglichkeit dieser zahnärztlichen Leistungen tragen zu dem Problem bei [21].

Zahnbehandlungsängste sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Befragungen zeigten, dass 10 % der deutschen Bevölkerung unter starken Zahnbehandlungsängsten litten [23]. Patienten mit Zahnbehandlungsängsten leiden oft unter einer großen Bandbreite von funktionellen und psycho-sozialen Einschränkungen. Die Erfassung des Ausmaßes dieser Beeinträchtigung würde die Wichtigkeit des Problems Zahnbehandlungsangst deutlich machen und die außerordentliche Beeinträchtigung des Mundgesundheitszustandes und der Lebensqualität dieser Patienten im Vergleich mit anderen zahnärztlichen Patientenpopulationen betonen. Mundgesundheit ist ein multidimensionales Konzept, das nicht nur die An- oder Abwesenheit von Erkrankungen der Mundhöhle mit einbezieht. Auch funktionelle, soziale, kulturelle, psychologische und ökonomische Faktoren spielen hier eine Rolle [29].

Wenn zahnärztliche Hilfe über längere Zeit gemieden wird, entsteht häufig ein umfangreicher Behandlungsbedarf. Der Zustand der Zähne verschlechtert sich in vielen Fällen so stark, dass psychische und psychosomatische Folgeerkrankungen entstehen, die dem Gesundheitssystem unnötig teuer zu stehen kommen. Bei sehr schlechten und schmerzenden Zähnen meiden die Betroffenen oft zunehmend soziale Kontakte, was bis hin zum Verlust des Arbeitsplatzes, zu Schamgefühlen, Depressionen und manchmal Selbstmordgedanken führen kann [8, 21].

Für die standardisierte Erfassung des wahrgenommenen Mundgesundheitszustandes bietet sich das Instrument der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität an. Dieses Instrument beschreibt, wie der Patient seinen Mundgesundheitszustand wahrnimmt, in welchem Ausmaß er deshalb Probleme etwa beim Essen oder im Umgang mit

anderen Menschen hat und wie stark er von Zahnschmerzen und Schamgefühlen beeinträchtigt ist.

Um international aussagekräftige, d. h. vergleichbare Ergebnisse zu erzielen, ist die Verwendung von identischen Messinstrumenten eine fundamentale Voraussetzung. Für die Erhebung der Zahnbehandlungsängste bieten sich vor allem zwei Fragebögen an, der „Dental Anxiety Scale“ (DAS) und der „Dental Fear Survey“ (DFS). Sie sind weltweit die mit Abstand am häufigsten eingesetzten Messinstrumente für Zahnbehandlungsängste. Für die Erhebung mundgesundheitsbezogener Lebensqualität kommt weltweit das „Oral Health Impact Profile“ (OHIP) sehr oft zum Einsatz. Es liegt in deutscher Übersetzung vor und wurde hier in der Kurzfassung OHIP-G 14 eingesetzt [13].

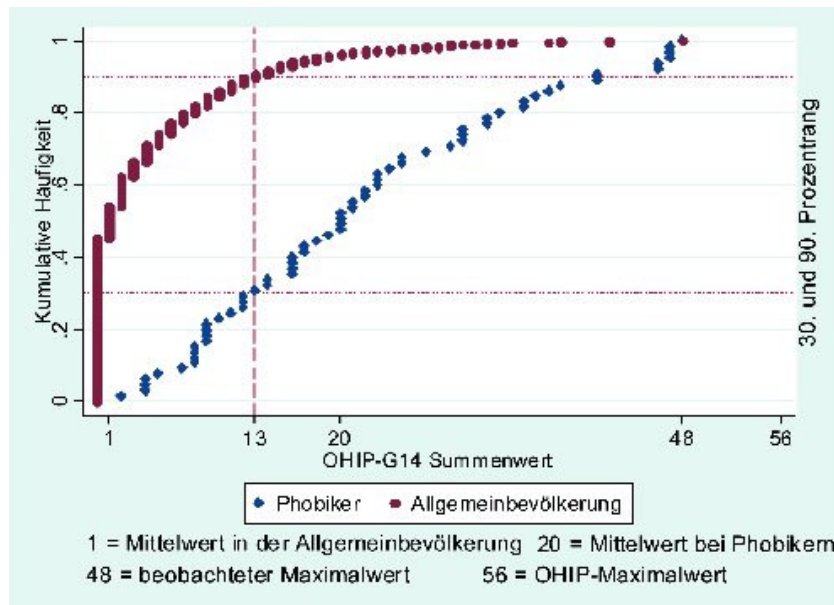
## 2 Material und Methode

Insgesamt verfolgte die Untersuchung drei spezifische Fragestellungen:

1. Unterscheiden sich die untersuchten Patienten von der Durchschnittsbevölkerung hinsichtlich ihrer mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität?
2. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Zahnbehandlungsangst, gemessen mit DAS und DFS, und der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität, gemessen mit dem OHIP-G 14?
3. Die untersuchten Patienten wurden in drei Gruppen eingeteilt; Patienten mit und ohne starke Zahnbehandlungsängste, sowie eine Gruppe von Grenzfällen. Es wurde geprüft, inwiefern die drei Gruppen sich in Bezug auf MLQ unterscheiden.

### Patienten

In einer Hamburger Zahnarztpraxis, die auf die Behandlung von Patienten mit Zahnbehandlungsängsten spezialisiert ist, wurden in der Zeit von März bis September 2005 alle neuen Patienten gebeten, die zwei Fragebögen zur Zahnbehandlungsangst (DAS und DFS) sowie den Fragebogen zur mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität (OHIP-G 14) auszufüllen. Die meisten Patienten suchten die Praxis auf, um eine Therapie der vorhandenen Angstproblematik aufzunehmen. Zuerst wurde für diese Patienten



**Abbildung 1** Kumulative Häufigkeiten der OHIP-G 14-Testwerte bei Patienten mit Zahnbehandlungsangst (N = 65) und bei Personen der Allgemeinbevölkerung (N = 2026).

ten ein Termin für ein einleitendes Anamnesegepräch in einem neutralen Zimmer vereinbart. Einige wenige Patienten suchten aufgrund von Zahnschmerzen oder anderen akuten Mundgesundheitsproblemen die Praxis auf. Unter den Untersuchungspersonen waren auch einige Zahnarztpatienten ohne Ängste.

Die Stichprobe bestand aus insgesamt N = 106 Patienten. Davon waren 49 Personen männlich (46 %) mit einem Anteil an Zahnbehandlungsphobikern (DAS = 15 oder mehr und DFS = 60 oder mehr) von 55 %. Das Durchschnittsalter aller männlichen Patienten lag bei 36,3 Jahren; Altersspanne von 17 bis 69 Jahre. 57 Studienteilnehmer waren weiblich (54 %) mit einem Anteil an Zahnbehandlungsphobikern von 66 %. Das Durchschnittsalter der Patientinnen betrug 34,7 Jahre; Altersspanne von 17 bis 76 Jahre.

### Messinstrumente

Zwei Fragebögen wurden zur Erfassung des Ausmaßes der Zahnbehandlungsangst eingesetzt. Der *Dental Anxiety Scale* (DAS) von Corah [5] liegt in deutscher Übersetzung vor [18]. Der Fragebogen misst den Grad der globalen Zahnbehandlungsangst durch vier Fragen mit jeweils fünf Antwortmöglichkeiten. Dies ergibt eine Skala von 4 Punkten (keine Angst) bis 20 Punkten (extreme Angst). Untersuchungen zur Zahnbe-

handlungsangst in der Durchschnittsbevölkerung mit dem DAS zeigen in der Regel einen Durchschnittswert von 8 Punkten [4]. Werte von 15 und darüber werden als sehr starke Angst bewertet.

Der *Dental Fear Survey* (DFS) von Kleinknecht, Klepac und Alexander [17] wurde ebenfalls eingesetzt. Durch diesen Fragebogen lassen sich mehr spezifische Angstaspekte erfassen als mit dem DAS. Der Fragebogen besteht aus 20 Fragen mit jeweils fünf Antwortmöglichkeiten. Dies ergibt eine Skala von 20 Punkten (keine Angst) bis 100 Punkte (extreme Angst). Der Durchschnittswert liegt bei 38 Punkten [33]. Patienten mit Werten über 60 Punkte werden als sehr ängstlich eingestuft.

Beide Fragebögen haben sich als zuverlässige Messinstrumente (Reliabilität) erwiesen, die eindeutig Zahnbehandlungsängste messen (Validität) [4, 27]. Dies ist auch für deren deutsche Übersetzungen der Fall [35]. Nach den Ergebnissen der beiden Fragebögen zu den Zahnbehandlungsängsten wurden die 106 Patienten in drei Gruppen eingeteilt. Personen, die im DAS-Fragebogen einen Wert von 15 Punkten und darüber und in dem DFS-Fragebogen ein Ergebnis von 60 Punkten und mehr hatten, wurden als „Phobiker“ (N = 65) bezeichnet. Wer die Grenzwerte nur in einem der beiden Tests erreichte, wurde als „Grenzfall“ eingestuft (N = 9), und wer

unterhalb dieser beiden Grenzwerte lag wurde als „nicht-ängstlich“ bezeichnet (N = 32).

Zur Erfassung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde die deutsche Version des Oral Health Impact Profile mit 14 Fragen (OHIP-G 14) verwendet [14]. Die Fragen (Items) erfassen, inwieweit der Mundgesundheitszustand des Patienten „im vergangenen Monat“ Einfluss auf sein Befinden gehabt hat. Dazu werden verschiedene Folgeerscheinungen oraler Erkrankungen wie Schmerzen, Probleme beim Sprechen oder Essen, aber auch Scham- und Unsicherheitsgefühle sowie Einflüsse auf das allgemeine Wohlbefinden mit einer fünfstufigen Antwortmöglichkeit „nie“ (0), „kaum“ (1), „ab und zu“ (2), „oft“ (3) und „sehr oft“ (4) abgefragt. Der OHIP-Wert variiert von 0 bis 56, wobei höhere Werte eine schlechtere mundgesundheitsbezogene Lebensqualität charakterisieren. Zur Interpretation existieren Normwerte (N = 2026, 16–79 Jahre), z. B. weisen 90 % der deutschen Bevölkerung OHIP-Werte von 11 und weniger auf [13].

### Statistische Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem statistischen Programmpaket SPSS 9.01. Bei der Anwendung der statistischen Prozeduren wurde Intervallskalennqualität der Testskalenwerte vorausgesetzt. Die Normalverteilung der Daten und ggf. weitere Voraussetzungen für die Anwendung der signifikanzstatistischen Verfahren wurden überprüft. Die Überprüfung erfolgte mit dem statistischen Verfahren der einfaktoriellen Varianzanalyse und zur weiteren Klärung mit dem Duncan-Test. Mittelwertvergleiche zwischen zwei Gruppen wurden mittels des t-Tests durchgeführt. Unterschiede in der Ausprägung der MLQ in den drei Gruppen „Phobiker“, „Grenzfall“ und „nicht-ängstlich“ wurden mit der Varianzanalyse geprüft.

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Ausprägungen der Zahnbehandlungsangst gemäß DAS und DFS

Der deskriptive Vergleich der Testwerte von DAS und DFS mit den entsprechen-

Stichprobe <sup>1)</sup>	Mittelwert (Standardabweichung)	Mittelwert in der Allgemeinbevölkerung <sup>2)</sup>	p-Wert für Mittelwertunterschied <sup>3)</sup>
„Phobiker“ (männlich)	18.7 (10.4)	4.5	< 0.001
„Nicht-Ängstliche“ (männlich)	8.1 (7.8)	4.5	0.060
„Phobiker“ weiblich)	24.1 (13.9)	3.7	0.000
„Nicht-Ängstliche“ (weiblich)	9.2 (7.3)	3.7	0.020

1) „Phobiker“ männlich: N = 27, weiblich: N = 38; „Nicht-Ängstliche“ männlich: N = 19, weiblich: N = 13  
2) Allgemeinbevölkerung männlich: N = 979, weiblich: N = 1047  
3) t-Test für unabhängige Stichproben (2-seitige Fragestellung)

**Tabelle 1** Vergleich der Untersuchungstichprobe mit der Allgemeinbevölkerung im OHIP-G 14.

Test	„Phobiker“ (Gruppe I) N = 65	„Grenzfälle“ (Gruppe II) N = 9	„Nicht-Ängstliche“ (Gruppe III) N = 32	signifikante Mittelwertunterschiede		
	Mittelwert (Standardabweichung)			I/II	I/III	II/III
OHIP-G 14	21.9 (12.8)	13.4 (9.4)	8.5 (7.5)	+	+	-
DAS	17.7 (1.9)	16.0 (2.4)	9.5 (2.5)	+	+	+
DFS	81.3 (9.8)	56.2 (6.1)	36.6 (10.2)	+	+	+

**Tabelle 2** Mittelwerte in den Testwerten des OHIP-G 14, DAS und DFS zwischen den drei Gruppen „Phobiker“, „Grenzfälle“ und „Nicht-Ängstliche“.

(Quelle: Abb. 1 und Tab. 1 u. 2; Eigene Berechnungen)

den Normwerten belegte die ausgeprägten Ängste der befragten Patienten. Die durchschnittliche Ausprägung der Zahnbehandlungsangst in der deutschen Bevölkerung beträgt gemäß DAS-Testwert rund 8 Punkte [23]. Der Durchschnittswert in der Untersuchungsgruppe lag dagegen bei 15,4 Punkten und nur ein Viertel hatten einen Angstwert  $\leq 13,5$ . Dagegen hatte ein weiteres Viertel einen DAS-Wert  $\geq 19$  Punkten. Entsprechend waren die Ergebnisse zum DFS. Der allgemeine Durchschnittswert der Bevölkerung beträgt etwa 38 Punkte [33]. In der vorliegenden Stichprobe betrug der Wert 69,2 Punkte, wobei wiederum ein Viertel der Untersuchungstichprobe Testwerte  $\leq 53$  aufwies, aber ein weiteres Viertel Angstwerte von 86 Punkten und höher hatte.

### 3.2 Ausprägungen der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität gemäß OHIP-G 14 und Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung

Ein deskriptiver Vergleich mit dem Antwortprofil einer repräsentativen deutschen Stichprobe [12] macht deutlich, dass es sich bei den untersuchten Patienten um Personen handelt, die hinsichtlich ihrer mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität erheblich beeinträchtigt waren. Im Gegensatz zur Durchschnittsbevölkerung, bei der keine der folgenden Fragen zur mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität „im vergangenen Monat“ von mehr als 3 % mit „oft“/„sehr oft“ beantwortet wurde, ga-

ben in der vorliegenden Patientengruppe 46 % an, (sehr) oft „ein Gefühl der Unsicherheit im Zusammenhang mit ihren Zähnen zu haben“ und jeweils 30 % hatten (sehr) oft „den Eindruck, dass ihr Leben ganz allgemein weniger zufriedenstellend war“ und „dass es ihnen unangenehm war, bestimmte Nahrungsmittel zu essen“. Fast ebenso häufig gaben mit 29 % „oft“ bzw. „sehr oft“ an, dass sie sich aufgrund von Problemen mit ihren Zähnen „ein wenig verlegen gefühlt haben“ und 28 % „dass sie sich angespannt gefühlt haben“. Gut ein Viertel der Patienten (26 %) hatte „oft“ bzw. „sehr oft“ „Schmerzen im Mundbereich“ und aufgrund von Zahnproblemen „Schwierigkeiten, sich zu entspannen“.

„Phobische Patienten“ sowohl weiblichen als auch männlichen Geschlechts wiesen hochsignifikant ( $p \leq 0,1$  %) höhere Mittelwerte gegenüber der Durchschnittsbevölkerung im OHIP auf, d. h., bei ihnen war die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität deutlich verringert (vgl. Tab. 1). Die Abbildung 1 verdeutlicht, dass alle Patienten mit starken Zahnbehandlungsängsten mindestens eine symptomatische Antwort bei den 14 Mundgesundheitsproblemen angaben, während 45 % der Allgemeinbevölkerung über keine Probleme berichteten. OHIP-Werte von 13 und größer waren relativ selten in der Allgemeinbevölkerung (nur 10 %). Für Patienten mit Zahnbehandlungsangst lag ein Wert von 13 noch deutlich unter ihrem Mittelwert von 20.

Die drei Gruppen wurden nicht zusätzlich nach dem Geschlecht getrennt, da in der Untersuchungstichprobe keine bedeutsamen Geschlechtsunterschiede im OHIP bestanden und so die Gruppengrößen insbesondere in der Gruppe der „Grenzfälle“ nicht noch weiter verkleinert wurden.

Im Ergebnis (vgl. Tab. 2) zeigte sich, dass der OHIP-Summenwert bei den Patienten mit starken Zahnbehandlungsängsten („Phobiker“) fast auf das Dreifache des Wertes der nichtängstlichen Patienten anstieg. Patienten, die der Grenzfalkategorie zugeordnet waren, wiesen OHIP-Summenwerte auf, die näher an denen der nicht-ängstlichen Patienten lagen. Ein anderes Ergebnis zeigte sich allerdings, wenn das Niveau der Zahnbehandlungsängste mit dem DAS gemessen wurde; hier lagen die Summenwerte



der Grenzfälle näher an den Werten der Patienten mit starken Zahnbehandlungsängsten. Sowohl die globalen Tests der Varianzanalyse zum Vorhandensein irgendeines Gruppenunterschiedes als auch alle paarweisen Vergleiche waren statistisch signifikant ( $p < 5\%$ ).

#### 4 Diskussion

Zahnbehandlungsängste werden seit etwa vier Jahrzehnten international wissenschaftlich untersucht. Praktisch die ganze internationale Literatur ist verhaltenstherapeutisch und kognitiv verhaltenstherapeutisch ausgelegt und Studien zeigen auch, dass diese Ansätze effektiv sind [19]. Dies entspricht den Ergebnissen von Metastudien auch bei anderen Angststörungen [7]. In Deutschland wurden die verhaltenstherapeutischen Ansätze bei Zahnbehandlungsängsten oder -phobien schon Anfang der 1980er Jahre von dem Psychologen *Thomas Schneller* an der Medizinischen Hochschule Hannover bekannt gemacht [31]. Im Laufe der Jahre hat sich die weitere Entwicklung der Forschung in Deutschland im Vergleich zu einigen anderen Ländern wie etwa Holland oder Nordamerika und Skandinavien recht schwer getan, aber in den letzten Jahren sind doch zunehmend Arbeiten zu diesem Thema erschienen. Die Bedeutung der psychologischen Betreuung dieser Patienten, die schon länger international ein Thema ist [2, 7], wird jetzt auch zunehmend in Deutschland Thema [10, 21, 36]. Die Bundeszahnärztekammer hat 2006 einen Leitfaden zur „Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ herausgegeben, der u. a. auf Zahnbehandlungsängste eingeht [11].

Die Behandlung von Menschen mit Zahnbehandlungsängsten sollte in der Regel im Rahmen der täglichen Arbeit eines jeden Zahnarztes möglich sein, vorausgesetzt, dass die nötigen Kenntnisse vorhanden sind. Für Patienten mit anderen psychischen Problemen, die vielleicht zusätzlich noch durch Zahnbehandlungsängste kompliziert werden, empfiehlt sich die Gründung von Spezialkliniken, die interdisziplinär mit solchen Patienten arbeiten. In den Niederlanden hat jede Großstadt eine solche Klinik, auch in Skandinavien, USA, Australien und Israel gibt es solche Kliniken.

In der ICD-10 werden Zahnarztbesuche als ein Grund für spezifischen Phobien aufgeführt [6]. Da das Problem multikausal ist und nicht immer die klassischen Kriterien einer spezifischen Phobie, wie etwa das Empfinden von Irrationalität, erfüllt, sind hier sicherlich weitere Überlegungen vonnöten. Inwiefern Zahnbehandlungsängste grundsätzlich als „Krankheit“ bezeichnet werden können, wenn der Patient mehrere extrem schmerzhaft Zahnbehandlungen hinter sich hat, kann ebenfalls debattiert werden. So behaupten z. B. mehr als ein Drittel der „Phobiker“ in der Hamburger Angstambulanz in einer noch nicht veröffentlichten Studie, dass sämtliche bisherigen Zahnbehandlungen „immer und ohne Ausnahme“ schmerzhaft gewesen seien. Kaum einer war der Meinung, die Angst sei unbegründet oder übertrieben. In der Stellungnahme der DGZMK muss ein weit aus größerer Anteil der vorhandenen Forschungsberichte unter qualitativen Gesichtspunkten zum Thema berücksichtigt werden, als es bisher der Fall ist.

Der in vielen Fällen zunehmende Verfall der Mundgesundheit bei Menschen mit starken Zahnbehandlungsängsten kann die Entwicklung von anderen psychischen und sozialen Problemen verstärken. Sichtbar schlechte Zähne können Schamgefühle verursachen und zum Vermeiden von sozialen Kontakten führen. Einsamkeit und Depressionen sind nicht selten die Folge [3]. Dieser Teufelskreis führt dazu, dass die Betroffenen häufiger als andere krankgeschrieben oder arbeitslos werden. Die Befragten berichteten auch über ein mangelndes Gefühl von Lebensqualität [8]. Arbeitslosigkeit kann dann sowohl die psychische als auch die körperliche Gesundheit weiter negativ beeinflussen [34]. Patienten mit starken Zahnbehandlungsängsten litten unter einer wesentlich schlechteren (mundgesundheitsbezogenen) Lebensqualität als andere untersuchte Populationen, z. B. Patienten mit kranio-mandibulären Dysfunktionen [15], Parodontalerkrankungen [28] oder mit Zahnersatz [16].

Wie die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, kann das OHIP in der Kurzversion mit 14 Items nicht nur in der allgemeinen Bevölkerung, sondern auch für Patienten einer zahnmedizinischen Angstambulanz zur differentiellen Diagnostik der mundgesundheits-

bezogenen Lebensqualität ohne viel Zeitaufwand und zuverlässig eingesetzt werden. Wegen der Kürze der Bearbeitung (weniger als fünf Minuten) kann der Fragebogen als „Screening-Test“ problemlos in zahnmedizinischen Praxen und Spezialambulanzen eingesetzt und unmittelbar ausgewertet werden. Die Normwerte ermöglichen es, das Ausmaß der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität zu bewerten und bei einer multiprofessionellen Behandlung (Zahnärzte, Ärzte, Psychotherapeuten u. a.) von belasteten Patienten zu berücksichtigen. Die relativ geringen Schwierigkeitsindizes [22] im OHIP-G 14 weisen darauf hin, dass der Fragebogen insbesondere bei hochbelasteten Patienten trennscharfe, d. h. differentielle Aussagen über deren mundgesundheitsbezogene Lebensqualität erlaubt und im Forschungsbereich als veränderungssensitives Messinstrument in der Prä-post-Diagnostik zur Evaluation von zahnmedizinischen Behandlungsmaßnahmen eingesetzt werden kann. Bereits laufende Studien in Hamburg deuten darauf hin, dass die Lebensqualität sich rapide bessert, wenn die Zahnbehandlung die ersten Hürden genommen hat.

Untersuchungen zu den Bemühungen um Verhaltensveränderungen zeigen, dass Kenntnisse über die psychosozialen Hintergründe der Problematik und ein patientenzentriertes Verhalten des Behandlers von entscheidender Bedeutung waren [26]. Ein wichtiger Faktor ist dabei, dass dem Patienten geholfen wird, selbst seine Problematik zu verbalisieren und somit Motivation und Kraft für bevorstehende Veränderungen zu bekommen [26]. Der in der vorliegenden Untersuchung verwendete Fragebogen zur mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität spricht Themen an, die für den Patienten von großer persönlicher Bedeutung sind, aber möglicherweise nur selten während einer „normalen“ Zahnbehandlung zur Sprache kommen. Deshalb kann das OHIP-G 14 dem behandelnden Zahnarzt eine wertvolle klinische Hilfe sein, wenn es darum geht, dem Patienten zu helfen, sein Verhalten bezüglich Mundgesundheitsgewohnheiten und Inanspruchnahme zahnärztlicher Hilfe (Angstabbau) zu ändern.

Angesichts der Schwierigkeiten dieser Problematik muss aber auch betont werden, dass die Fähigkeiten des Be-

handlers, seinen Patienten zu den notwendigen Verhaltensänderungen zu verhelfen, nicht angeboren sind, sondern zuerst erlernt werden müssen. Eine Ausbildung in verhaltensformenden Techniken und eine stärkere Betonung der biopsychosozialen Aspekte des Berufes ist während des zahnärztlichen Studiums hochnützlich. Untersuchungen hierzulande zeigten das Interesse von Zahnmedizinstudenten und Zahnärzten an dieser Thematik. So gaben z. B. nach Makuch, Reschke und Dürr [20] über 80 % von 1016 Zahnärzten in Baden-Württemberg und Sachsen an, dass sie die

Notwendigkeit einer psychologischen Schulung festgestellt hatten. Zahlreiche Arbeiten, in Deutschland vor allem die von Schneller und Mitarbeitern, betonen die Bedeutung von verhaltensformenden Kenntnissen bei der täglichen Arbeit der Zahnärzte [30].

Vorbeugung und Therapie von Zahnbehandlungsängsten könnten im Gesundheitswesen mit relativ einfachen Mitteln auch zu wirtschaftlich sinnvollen Einsparungen führen. Bei der Bewertung dieser Interventionen sollte Effektivität in diesem Bereich allerdings nicht nur mit wirtschaftlichen Kenngrößen

gemessen werden, sondern es sollte auch die Reduktion von Morbidität und die Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Patienten in die Bewertung einbezogen werden [29]. DZZ

#### Korrespondenzadresse:

Dr. Mats Mehrstedt, Zahnarzt  
Horner Landstraße 173  
22111 Hamburg  
Tel.: 0 40 / 651 73 24  
Fax: 0 40 / 655 10 60  
E-Mail: Mehrstedt@gmx.de

## Literatur

1. Abrahamsson KH: Dental fear and oral health behavior: Studies on psychological and psychosocial factors. Diss. Universität Göteborg (2003)
2. Berggren U: Dental fear and avoidance. Diss. Universität Göteborg (1984)
3. Berggren U: Psychosocial effects associated with dental fear in adult dental patients with avoidance behaviours. *Psychol Health* 8, 185–196 (1993)
4. Corah NL, Gale EN, Illig SJ: Assessment of a dental anxiety scale. *J Am Dent Assoc* 97, 816–819 (1978)
5. Corah NL: Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res* 48, 596 (1969)
6. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 6. Auflage. Huber, Bern 2008, 172–173
7. Grawe K, Donati R, Bernauer F: Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen 2001, 243–513, 651–671, 744–746
8. Hakeberg M: Dental anxiety and health. Diss. Universität Göteborg (1992)
9. Jöhren P, Margraf-Stiksrud J: Zahnbehandlungsangst und Zahnbehandlungsphobie bei Erwachsenen: Wissenschaftliche Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. *Dtsch Zahnärztl Z* 57, 9–10 (2002)
10. Jöhren P, Enkling N, Heinen R, Sartory G: Clinical outcome of a short-term psychotherapeutic intervention for the treatment of dental phobia. *Quintessence Int* 38, 589–596 (2007) (nur Online)
11. Jöhren P, Staehle I, Döring S, Wolowski A: Leitfaden der Bundeszahnärztekammer: Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. <http://www.bzaek.de/list/za/leitfadenbzaek06.pdf> 2007
12. John MT, Micheelis W: Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität in der Bevölkerung: Grundlagen und Ergebnisse des Oral Health Impact Profile (OHIP) aus einer repräsentativen Stichprobe in Deutschland. IDZ-Information 1/2003, Köln 2003
13. John MT, Micheelis W, Biffar R: Normwerte mundgesundheitsbezogener Lebensqualität für Kurzversionen des Oral Health Impact Profile. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 114, 784–791 (2004)
14. John MT, Miglioretti DL, LeResche L, Loepell TD, Hujoel P, Micheelis W: German short forms of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 34, 277–288 (2006)
15. John MT, Reißmann DR, Schierz O, Wassell RW: Oral health-related quality of life in patients with temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 21, 46–54 (2007)
16. John MT, Slade GD, Szentpétery A, Setz JM: Oral health-related quality of life in patients treated with fixed, removable, and complete dentures 1 month and 6 to 12 months after treatment. *Int J Prosth* 17, 503–511 (2004)
17. Kleinknecht RA, Klepac RK, Alexander LD: Origins and characteristics of fear of dentistry. *J Am Dent Assoc* 86, 842–848 (1973)
18. Kunzelmann K-H, Dünninger P: Wechselwirkung zwischen Angst vor dem Zahnarzt und Mundgesundheit. *Dtsch Zahnärztl Z* 45, 636–638 (1990)
19. Kvale G, Berggren U, Milgrom P: Dental fear in adults: a meta-analysis of behavioral interventions. *Community Dent Oral Epidemiol* 32, 250–254 (2004)
20. Makuch A, Reschke K, Dürr K: Das Unbehagen von Zahnärzten bei der Zahnbehandlung – Emotionale, kognitive und körperliche Belastungsfaktoren. In Sergl HG, Huppmann G, Kreyer G (Hrsg.): *Jahrbuch der Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde*. Band 7. Hänsel-Hohenhausen, Egelsbach 2001, 36–57
21. Mehrstedt M: Zahnbehandlungsängste: Analyse empirischer Forschungsergebnisse aus der Literatur und Untersuchungsergebnisse aus der Praxis. Asanger Verlag, Heidelberg 2007, 47–67
22. Mehrstedt M, John MT, Tönnies S, Micheelis W: Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patienten mit starken Zahnbehandlungsängsten. IDZ-Information 1/2007, Köln 2007
23. Micheelis W, Bauch J: Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland. *Deutsche Ärzte-Verlag, Köln* 1991, 412–424
24. Micheelis W, Reich E: Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). *Deutscher Ärzte-Verlag, Köln* 1999
25. Micheelis W, Schiffner U: Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). *Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln* 2006
26. Miller WR, Rollnick S: Motivational Interviewing. Preparing people for change. *New York* 2002, 20–42, 52–84
27. Moore R: The phenomenon of dental fear. Diss. Universität Århus (1991)
28. Ng SKS, Leung WK: Oral health-related quality of life and periodontal status. *Community Dent Oral Epidemiol* 34, 114–122 (2006)
29. Reisine S, Locker D: Social, psychological, and economic impacts of oral conditions and treatments. In Cohen LK, Gift HC (Hrsg.): *Disease prevention and oral health promotion: Socio-dental sciences in action*. Munksgaard, Kopenhagen 1995, 33–71

30. Schneller T, Micheelis W, Mittermeier D: Akzeptanz und Arbeitsstrategien zur Individualprophylaxe im Spiegel niedergelassener Zahnärzte in Deutschland. IDZ-Information 1/1998, Köln 1998
31. Schneller T: Verhaltenstherapeutische Maßnahmen zur Behandlung besonders ängstlicher Patienten. Zahnärztl Mitt 71, 487–490 (1981)
32. Slade GD, Spencer AJ: Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. Community Dent Health 11, 3–11 (1994)
33. Smith T, Getz T, Milgrom P, Weinstein P: Evaluation of treatment at a dental fears research clinic. Special Care Dent, May-June, 130–134 (1987)
34. Statistisches Bundesamt: Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart 1998, 116–121
35. Tönnies S, Mehrstedt M, Eisentraut I: Die Dental Anxiety Scale (DAS) und das Dental Fear Survey (DFS) – Zwei Messinstrumente zur Erfassung von Zahnbehandlungsängsten. Z Med Psychol 11, 63–72 (2002)
36. Willershausen B, Azrak B, Wilms S: Fear of dental treatment and its possible effect on oral health. Eur J Med Res 4, 72–77 (1999)