

Gastvorwort

Sozialepidemiologische Daten zeigen für Deutschland in den letzten 20 Jahren eindrucksvolle Erfolge bei der Umsetzung der Prävention in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Deutliche Verbesserungen in der Mundgesundheit verzeichnen wir vor allen Dingen bei Kindern und Jugendlichen, aber auch zunehmend bei Erwachsenen und Senioren. Trotz dieser Tatsache gibt es Bevölkerungs- und Patientengruppen, die nicht in gleicher Weise oder nur eingeschränkt an den Präventionserfolgen partizipieren. Einen Erklärungsansatz dieser divergierenden Entwicklung bietet das bio-psycho-soziale Krankheitsverständnis auch für die zahnmedizinischen Erkrankungen. Neben der Bedeutung sozialer Faktoren als Ursache von Erkrankungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich besitzen psychosomatische Erkrankungen einen zunehmenden Stellenwert. Vor diesem Hintergrund hat die Bundeszahnärztekammer bereits im Jahre 2006 einen Leitfaden „Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ herausgegeben. Auch in der zahnärztlichen Fort- und Weiterbildung spielen psychosomatische Themen eine zunehmende Rolle und erfahren über curriculare Weiterbildungsmöglichkeiten eine besondere Bedeutung. Bedingt durch das hohe Inanspruchnahmeverhalten zahnärztlicher Dienstleistungen in der Gesamtbevölkerung ist aufgrund epidemiologischer Datenlagen davon auszugehen, dass rund ein Viertel der Bevölkerung in Deutschland zu einem bestimmten Zeitpunkt des Lebens unter einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung leidet. Dies belegt, wie omnipräsent psychosomatische Krankheitsbilder auch in der zahnärztlichen Praxis sind und wie der Zahnarzt auch in seiner psychosomatischen Kompetenz gefordert ist.

Ein wesentliches psychosomatisches Krankheitsbild für die zahnärztliche Praxis ist die Zahnbehandlungsangst oder Zahnbehandlungsphobie. Der Umgang mit diesem Krankheitsbild stellt für den niedergelassenen Zahnarzt eine besondere Herausforderung dar. Aufgrund eines häufig hohen zahnmedizinischen Behandlungsbedarfs bei diesen Patienten ist es akut unerlässlich, therapeutische Schritte vorzunehmen. Die Behandlungsbereitschaft des Patienten zu gewinnen, fordert

jedoch ein komplexes Krankheitsverständnis, spezielles Wissen und Kompetenzen des Behandlungsteams sowie entsprechende Praxisvoraussetzungen. Außerdem bedarf die Behandlung der Zahnbehandlungsphobie der interdisziplinären Kooperation insbesondere mit Psychotherapeuten oder Psychiatern. Kooperationen mit anderen medizinischen Fachgebieten werden in der Forschung und im Versorgungsalltag immer wichtiger und zeigen die Notwendigkeit der Integration der Zahnmedizin in den medizinischen Fächerkanon auf. Vor diesem Hintergrund ist es im Sinne einer konsequent präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde nur zu begrüßen, dass das komplexe Wissen um dieses Erkrankungsbild zusammengetragen wurde und handlungsorientierte Empfehlungen gegeben werden. Dafür möchte ich mich bei den Herausgebern und Autoren herzlich bedanken und wünsche dieser Publikation in Aus-, Fort- und Weiterbildung der Profession zahlreiche Leser.

Dr. Dietmar Oesterreich

Präsident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer

Vorwort der Herausgeber

Patienten, die keine Angst vor der Zahnbehandlung haben, stellen auch heute noch trotz modernster Techniken und dem Einsatz von Lokalanästhetika in der Bevölkerung die Ausnahme dar. Die meisten Menschen haben zumindest ein Unbehagen, wenn sie an einen bevorstehenden Zahnarztbesuch denken. Etwa 10 % von ihnen empfinden eine derart starke Angst, dass sie den Besuch am liebsten meiden möchten oder gar nicht erst beim Zahnarzt erscheinen. Diese Patienten mit einer Zahnbehandlungsphobie erscheinen meistens nur als Notfall in der zahnärztlichen Praxis – eine Situation, die weder für die Betroffenen noch für die jeweiligen Zahnarztpraxen erfreulich ist.

Darüber hinaus stellt die Zahnbehandlungsangst (ZBA) für das Erreichen einer optimalen Zahngesundheit in der Bevölkerung sicher das größte Hindernis dar. Eine krankhafte Angst in Form einer Zahnbehandlungsphobie stellt zusätzlich zum Leidensdruck, den alle Phobien gemeinsam haben, für die betroffenen Patienten ein beträchtliches Gesundheitsrisiko mit psychosozialen Folgen dar, das oftmals die normale Lebensführung beeinträchtigt und zusätzliche Leiden verursacht. Chronisch entzündliche Prozesse an den Zähnen und am Zahnhalteapparat mit ständigen Zahnschmerzen, Zahnverlust und Mundgeruch, Gefährdung der Gesundheit durch ein erhöhtes Risiko für systemische Folgeerkrankungen wie Infektionen oder kardiovaskuläre Erkrankungen, zunehmender sozialer Rückzug und Isolation, eventuelle Arbeitsausfälle und Arbeitsplatzverlust sowie eine mögliche Entwicklung anderer psychischer Erkrankungen können die Folge sein. Volkswirtschaftlich entsteht durch unterlassene oder zu späte Zahnarztbesuche mit ihren Folgen für die Zahn- und Mundgesundheit ein enormer Schaden. Dieser kann – ein richtiger Umgang mit Zahnbehandlungsangst in den Praxen vorausgesetzt – zwar nicht vermieden, aber eingegrenzt werden.

Mit diesem Buch wird der internationale Erkenntnisstand zur Ätiologie und Epidemiologie von Zahnbehandlungsangst zusammengetragen; gleichzeitig soll es allen Kolleginnen und Kollegen aus dem zahnärzt-

lichen Bereich, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Zahnarztpraxen und kooperierenden Berufen eine diagnostische und therapeutische Hilfestellung geben für die Behandlung von Zahnbehandlungsangst.

Im Einzelnen werden zunächst unterschiedliche Ätiologien von Zahnbehandlungsangst einschließlich Zahnbehandlungsphobie vorgestellt. Dabei zeigt sich, dass ZBA in vielen Fällen direkt aufgrund traumatischer Erfahrungen aus ersten Zahnbehandlungen in der Kindheit, zum Teil aber indirekt über die Beobachtung elterlicher Reaktionsweisen erworben wurde. Entscheidend für den direkten Erwerb sind Behandlungsbedingungen, bei denen optische, akustische und olfaktorische Reize mit eigenen Schmerzempfindungen assoziiert werden. Gelegentlich ist ZBA aber auch mit habitueller Ängstlichkeit und anderen, auf den Anblick von Blut oder Injektionsnadeln bezogenen Ängsten bzw. Phobien konfundiert. Nicht zu unterschätzen sind dabei soziale Ängste, denn vielen Patienten ist es peinlich, mit einem vernachlässigten oder bereits beschädigten Gebisszustand beim Zahnarzt zu erscheinen.

Betrachtet man die epidemiologischen Ergebnisse zur ZBA, dann wird deutlich, dass Frauen im Allgemeinen eine höhere ZBA haben als Männer. Während diesbezüglich international Übereinstimmung besteht, scheint eine Beziehung zwischen einem besseren sozioökonomischen Status und geringerer ZBA ebenso wie eine Beziehung zwischen ansteigendem Alter und geringer werdender ZBA nur tendenziell gesichert. Die Beziehung zwischen Familienstatus und ZBA ist uneindeutig. Sicher scheint indessen zu sein, dass regelmäßiger Zahnarztbesuch – neben einem gesunden Ernährungsverhalten – zur Zahngesundheit beiträgt und dass bei guter Zahngesundheit auch die ZBA geringer ist.

Da sich ZBA zum Teil physiologisch zeigt und damit auch der Beobachtung zugänglich ist, zum Teil aber auch nur kognitiv abgebildet wird, ist eine sorgsame Diagnostik der ZBA vor allem in solchen Fällen angebracht, in denen eine hohe ZBA nur vermutet wird, die jedoch, wenn sie sich bestätigt, zur Anpassung des Behandlungsregimes führen muss. In diesem Buch werden alle gängigen Verfahren zur Dia-

agnostik von ZBA vorgestellt, auch solche, die eine Differenzialdiagnose zu anderen Angststörungen erlauben. Dabei werden auch Fragen der Angstdiagnostik bei Kindern thematisiert.

Therapeutisch bieten sich bei der Berücksichtigung oder der direkten Behandlung von ZBA sowohl medikamentöse als auch nicht-medikamentöse Verfahren an. Die ersteren reichen von einer leichten Sedierung bis hin zur Narkose. Damit kann zwar nicht das Angstproblem kausal angegangen werden, aber eine mildere Reaktion auf dieses Problem erreicht werden. Mit nicht-medikamentösen Interventionen soll vor allem das bei phobischen Ängsten typische Vermeidungsverhalten beeinflusst werden. Weiterhin können Entspannungstechniken, Methoden aus der kognitiven Therapie und Hypnose eine ZBA auch zum Verschwinden bringen. Aber selbst wenn derartige Methoden nicht gezielt eingesetzt werden, kann bereits eine verständnisvolle Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient zu Beginn, während und nach der Behandlung eine quasi sedierende Basis bilden. Es reicht allerdings heute nicht mehr allein, einfühlsam zu sein und genau zu erklären, was man plant oder was gerade geschieht: Die meisten Patienten wollen – von Notfällen abgesehen – in die Behandlungsplanung einbezogen werden und erwarten vom Zahnarzt, dass er Behandlungsalternativen bei der ZBA kennt und diese gegeneinander abwägen kann.

Das Problem der ZBA stellt sich nicht nur für Zahnarztpraxen. Betroffenen davon ist davon auch die Kieferorthopädie, wobei sich die interessante Frage stellt, ob Kieferorthopäden zur Entstehung von ZBA beitragen können oder nicht vielmehr die Leidtragenden einer – in einer Zahnarztpraxis entstandenen – ZBA sind. Entscheidend scheint das jeweils zugefügte Maß an Schmerzen zu sein, das eine Art Übertragung von Angst von dem einen auf den anderen Behandlungskontext begünstigt.

Patienten mit ZBA erscheinen oft unangemeldet oder sagen bereits vereinbarte Termine ab. Dies und eine besondere Hilfsbedürftigkeit stellt für die Praxisorganisation einen Stressfaktor dar. Insofern muss auch das Praxispersonal auf die Besonderheiten von ängstlichen Patienten eingestellt sein. Neben der Praxisorganisation und dem Ver-

halten von Zahnärzten und ihrem Personal ist im Hinblick auf ZBA auch die Wirkung des Praxisambientes nicht zu unterschätzen. Hier kann durch Einrichtung, Gestaltung des Wartebereichs, Farbgebung und Geruchsbindung eine Atmosphäre geschaffen werden, in der sich nicht nur Angstpatienten, sondern auch weniger ängstliche Patienten wohlfühlen. Zur Praxisorganisation zählen selbstverständlich auch Abrechnungsfragen bei besonderen Maßnahmen im Umgang mit ZBA. Anhand von Beispielen können die Leserinnen und Leser nachvollziehen, wie mit den jeweiligen Leistungspositionen umzugehen ist.

Veranschaulicht wird das Vorgehen bei ZBA schließlich durch eine Reihe von Fallbeispielen, bei denen die Umsetzung des Therapie-Regimes für die einzelnen Sitzungen gezeigt wird. Auf diese Weise werden Anregungen gegeben für die Planung von Behandlungen ängstlicher Patienten in der eigenen Praxis.

Prof. Dr. H.-W. Hoefert

Prof.Dr. H.P. Jöhren