

Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ) bei Kindern und Jugendlichen

Praxisrelevante Aspekte zahnmedizinischer Forschung

Fast jedes (zahn-)ärztliche Gespräch mit einem Patienten, gleich welchen Alters, berührt inhaltlich direkt oder indirekt die Frage „Wie geht es dir/Ihnen denn heute (in Bezug auf die Zähne und den Mund)?“. Damit wird tagtäglich in der Praxis das vorweggenommen, was die zahnmedizinische Forschung heute versucht zu operationalisieren, d.h. die physischen und psychosozialen Aspekte oraler Erkrankungen aus Sicht der Betroffenen zu erfassen. Warum ist diese Sichtweise wichtig?

Prof. Dr. Christian Hirsch, M.Sc./Leipzig

■ Üblicherweise stellen Zahnärzte in ihrer täglichen Arbeit orale Erkrankungszustände als Basis für Behandlungsplanungen und die Therapie fest. Der Kariesindex (o1-Befund) beschreibt den Umfang der infolge von Karies behandelten und noch zu behandelnden Zähne, Taschentiefmessungen dienen der Abschätzung der Schwere einer Parodontalerkrankung, Plaque-Indizes oder Blutungsmessungen der Gingiva sind Grundlage für die Individualprophylaxe. Alle diese Indikatoren beschreiben zwar den objektivierbaren Zustand eines Einzelbefundes im Kausystem, doch weisen sie den Nachteil auf, dass sie wenig über die Funktionen des Kausystems bzw. den Patienten als Ganzes aussagen und auch nicht den subjektiven, vom Patienten empfundenen Zustand des Wohlbefindens kennzeichnen. Nach dem Gesundheitsmodell von Locker (Abb. 1) hat z.B. das Fehlen von Zähnen oder deren kariöse oder traumatische Schädigung (Abb. 2) vielfache Auswirkungen. So können z.B. infolge des Strukturverlusts Einschränkungen in der Nahrungsmittelauswahl (Vermeidung harter Speisen) resultieren, oder der Betroffene vermeidet das Lachen bzw. das gemeinsame Essen mit anderen Personen. Eine Benachteiligung gegenüber der Umwelt ist eine weitere Konsequenz, wenn man z.B. bei der Arbeit oder in der Schule durch eine undeutliche Sprache oder unschönes Aussehen beeinträchtigt ist. Ähnliche Probleme können auch Dysgnathien oder Fehlbildungen mit sich bringen (Hatch et al. 1998, O'Brien et al. 1998). Insgesamt haben orale Erkrankungen in unserem Kulturkreis einen sehr unmittelbaren Einfluss auf das Leben der Betroffenen. Mit einem Index für Lebensqualität, der sich auf die Mundgesundheit bezieht, lassen sich diese Auswirkungen entsprechend einem bio-psychozialen Krankheitsverständnis beschreiben.

Einführung von MLQ-Instrumenten bei Kindern und Jugendlichen im deutschen Sprachraum

Für Kinder und Jugendliche, wo orale Präventionsmaßnahmen gerade als besonders sinnvoll und Erfolg versprechend angesehen werden, ist die Einführung psychosozialer Gesundheitsindikatoren in Deutschland bislang

nicht erfolgt. Das mag insofern verwundern, da orale Probleme im Kindes- und Jugendalter vielfältig sind und sich keinesfalls nur auf Kariesschäden, die in Deutschland im Übrigen noch immer bei ca. der Hälfte der 12-Jährigen auftreten (Micheelis und Schiffner 2006), beschränken:

- Etwa ein Drittel dieser Altersgruppe weist außerdem behandlungsbedürftige Zahn- und Kieferfehlstellungen auf (Micheelis und Bauch 1991).
- Bei ebenfalls rund einem Drittel der Kinder und Jugendlichen werden darüber hinaus nichtkariöse Zahnschäden als Folge von parafunktionellen Aktivitäten im Kausystem (Bruxismus) beobachtet (Hirsch et al. 2004).
- Unfallbedingte Zahnschäden treten bei etwa jedem dritten bis vierten Kind auf, bei ca. 10 % davon kommt es zum Totalverlust der verletzten Zähne (Andreasen und Daugaard-Jensen 1991).
- Chronische Schmerzen im Kiefer- und Gesichtsbereich werden von bis zu 15 % (Monatsprävalenz) der Kinder und Jugendlichen berichtet (Hirsch und John 2003).
- Angeborene Kieferanomalien (z.B. Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten) sind mit einer Inzidenz von 2 auf 1.000 Lebendgeburten mit die häufigsten Fehlbildungen des Menschen überhaupt (Zieglowski und Hemprich 1999).
- Auch allgemeine Erkrankungen, die im Kindes- und Jugendalter auftreten, haben ihre Manifestationen bzw.

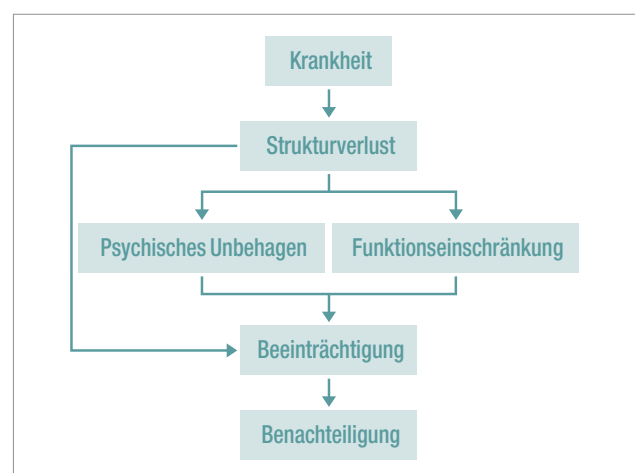


Abb. 1: (Mund-)Gesundheitsmodell nach Locker (1988).