

ner kariösen Läsion beurteilt werden. Auch dazu werden in der Literatur Methoden beschrieben (basierend z. B. auf der Plaquemenge, der Plaquebildungsrate, der Häufigkeit bestimmter Bakterien und verschiedener Speichelparameter). Bei der Beurteilung des individuellen Risikos eines Patienten müssen diese Einzelrisiken zu einem Gesamtrisiko zusammengefasst werden.

Daraus ergibt sich die besondere Bedeutung einer eingehenden klinischen Untersuchung, die nicht nur die klassischen Kavitäten erfasst, sondern auch aktive von passiven Läsionen unterscheidet und morphologische Problemzonen besonders berücksichtigt. Die Untersuchung erfolgt zunächst visuell, auf die Sonde wird weitgehend verzichtet. Dabei wird auch die Lokalisation der Plaque beurteilt. Ergänzt wird die visuelle Kariesdiagnostik durch Fluoreszenzbasierte Methoden (Diagnodent), Diaphanoskopie (FOTI) und durch Bissflügelaufnahmen. Die intraorale Kamera dient hingegen eher der Motivation.

Auch auf den Risikofaktor Altersstufe ist – so Dr. *Laurisch* – zu achten: Karieschübe werden vor allem im Alter von ca. 6 Jahren, 14 Jahren und 60 Jahren be-

obachtet. Beim Risiko Ernährung wurden naturgemäß zunächst süße Speisen angesprochen. Die Vorliebe für Süß sei genetisch verankert und hat wohl früher zur Differenzierung zwischen essbaren Pflanzen und giftigen gedient. Neben süßen sind in den letzten Jahren aber besonders saure Nahrungsmittel (vor allem Getränke) in den Fokus des Interesses gerückt: letztere können die Zahnhartsubstanzen direkt auflösen (Erosionen).

Auf diese Aspekte muss bei der für jeden Patienten individuellen Entwicklung einer Präventionsstrategie geachtet werden. Das Zusammenspiel verschiedener Faktoren ist nach Dr. *Laurisch* von besonderer Bedeutung: mangelnde Zahnpflege und eine unsinnige Ernährung kann eben nicht durch Fluorid-Gaben ausgeglichen werden. Wie in einem Orchester müssen alle Komponenten zusammenwirken sowohl auf Patientenebene als auch auf Läsionsebene. Nur so ist ein schlüssiges Konzept – oder, um bei dem Orchester zu bleiben – ein in sich richtiger Klang zu erzielen.

Beide Referenten beleuchteten mit ihren spannenden Vorträgen das Thema von verschiedenen Seiten, waren sich jedoch in der Bedeutung und im Erfolg der

Kariesprävention, wie sie wissenschaftlich nachgewiesen werden konnte, einig. Neben manch Bekanntem, wurden neue Aspekte angesprochen und in der angeregten Diskussion weiter vertieft. Tägliche Probleme wurden diskutiert, z. B.: Soll man nach – wie bisher empfohlen – dem Essen (insbesondere nach dem Frühstück) die Zähne putzen, oder vorher – wegen der Erosionen? Prof. *Hellwig*: in der Regel nach dem Essen; nur bei starker Erosionsgefahr vorher – oder eine Stunde warten. Auch die Frage der Fluoridtabletten wurde angesprochen. Hier ist international ein deutlicher Trend weg von den Fluoridtabletten und hin zur Fluoridzahnpaste zu sehen. Dies muss noch mit der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrie abgestimmt werden. Auch die Rolle des Speichels wurde angesprochen, ebenso wie Strategien bei betagten Patienten: hier gibt es sicherlich noch viel Forschungsbedarf. Alle Teilnehmer an dem gelungenen Symposium hatten das Gefühl, Neues gelernt und Bekanntes bestätigt gefunden zu haben und insbesondere: Prävention ist wichtig und erfolgreich für unsere tägliche Praxis und damit auch für unsere Patienten. 


G. Schmalz, Regensburg

Bergischer Zahnärzterein e.V.: Arbeitskreis Alterszahnheilkunde gegründet



Am 12. November 2009 wurde bei einer Informationsveranstaltung in Wuppertal der neue Arbeitskreis Alterszahnheilkunde des Bergischen Zahnärztereins mit 52 Mitgliedern gegründet. Das Ziel dieses Arbeitskreises ist es, die Mundhygiene alter Menschen im Bergischen Land zu verbessern. Zunächst ist eine konzertierte

Aktion für Wuppertal, Remscheid und Solingen geplant, in der durch Schulungen des Personals und Verteilung von Ratgebern die Mundhygiene und Prothesenpflege in den stationären Einrichtungen zur Altenpflege flächendeckend verbessert werden soll. Finanziert wird das Projekt aus Mitteln des Bergischen Zahn-

ärztereins, das Pflegekonzept stammt von der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin und das Projekt wird begleitet von der Universität Witten/Herdecke (Prof. Dr. *Stefan Zimmer*). Bei gutem Erfolg sind weitere Aktionen in den nächsten Jahren geplant. 

H. R. Kolwes, Wuppertal