

Zusammenfassung

Die Mundgesundheit der deutschen Bevölkerung ist in den vergangenen 30 Jahren ständig besser geworden. Es ist keine Seltenheit mehr, dass Kinder und Jugendliche naturgesunde Zähne haben. Ursache dafür ist vor allem der heutzutage weit verbreitete Gebrauch von Fluoriden, vor allem in der Form von fluoridhaltigem Zahnpasta. Aus Untersuchungen in anderen Ländern wie in Skandinavien, den USA oder in der Schweiz, wo diese Entwicklung früher schon stattgefunden hat, weiß man, dass kollektive Maßnahmen wie Fluoride im Wasser oder im Speisesalz vor allem in Populationen mit einer hohen Kariesaktivität wirksam sind, während in Populationen mit einer geringen Kariesaktivität die individuelle Beratung wichtiger wird. Kenntnisse darüber, wie die Infektionskrankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates verhindert werden können, sind vorhanden, und es ist deshalb erstrebenswert, dass sämtliche Menschen in der Gesellschaft davon profitieren.

Eine Verbesserung der Mundgesundheit in der gesamten Bevölkerung mit der Hilfe von vorbeugenden Maßnahmen ist nicht nur aus moralischen Gründen ein wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik sondern wird nachweislich zu Einsparungen von Ausgaben für eine restaurative Behandlung von schon erkrankten Zähnen führen. Obwohl die Krankenkassen in Deutschland in den letzten Jahren angefangen haben, einige prophylaktischen Maßnahmen für Kinder und Jugendliche im Alter von 6 – 18 Jahren in bescheidener Umfang zu übernehmen, ist dies bei weitem nicht genug. Ein Viertel der Bevölkerung droht von der positiven Entwicklung bei der restlichen Bevölkerung abgehängt zu werden. Sie sind für drei Viertel aller Zahnerkrankungen im Lande verantwortlich und der Abstand in der Mundgesundheit zwischen diesen beiden großen Gruppen in der Gesellschaft nimmt zu.

Ein großer Teil der Gruppe mit einer hohen Kariesfrequenz dürfte identisch sein mit der Gruppe von Menschen, die aufgrund von Zahnbehandlungsängsten nur selten oder gar nicht zahnärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Obwohl die technischen und medizinischen Hilfsmittel, die heute den Zahnärzten zur Verfügung stehen, eine schmerzfreie und stressfreie Zahnbehandlung zu garantieren scheinen, erleben Menschen immer wieder den Besuch beim Zahnarzt als so traumatisch, dass sie schwere gesundheitliche Schäden davontragen. Um die Mundgesundheit auch diesen Mitbürgern zu gewährleisten, müssten die Ursachen und die Therapiemöglichkeiten und vor allem die Präventionsmaßnahmen einer solchen Entwicklung erforscht und dann gezielt eingesetzt werden.

Der Beruf des Zahnarztes hat sehr viel mit Psychologie zu tun, aber trotzdem sind psychologische und soziale Aspekte des Berufes selten Bestandteil der Grundausbildung der

Zahnmedizinstudenten. Zahnärzte, die sich solche Kenntnisse aus eigener Kraft aneignen, stehen vor dem Dilemma, dass die Krankenkassen solche Leistungen in der Zahnarztpraxis nicht vorgesehen haben und sie deshalb nicht honorieren. Währenddessen produziert ein schwerpunktmäßig auf Zahnersatz und Akkordarbeit ausgerichtetes System immer neue Phobiker. Es gibt zwar keine guten epidemiologischen Untersuchungen aus Deutschland, aber von dem, was man aus den vorhandenen Untersuchungen hierzulande und im Ausland weiß, kann man schließen, dass es vielleicht zwischen 10 und 15 Millionen Menschen mit einer Zahnbehandlungsphobie in Deutschland gibt. Dies ist also ein großes Problem, das bisher viel zu wenig Beachtung gefunden hat. Jüngere Generationen von Zahnärzten werden aber aufgrund der gesellschaftlichen Entwicklung anspruchsvolleren und besser informierten Patienten gegenüberstehen und werden deshalb gezwungen sein, auch auf die psychologischen Bedürfnisse der Patienten einzugehen. Ein Zahnarzt, der das Vertrauen seiner Patienten gewinnen und auch schwierigere Probleme lösen kann, wird sich auch bei zunehmender Zahnarztichte keine Sorgen um seinen Arbeitsplatz machen müssen.

Zahnbehandlungsängste sind seit etwa 35 Jahren relativ intensiv erforscht und Möglichkeiten zur Vorbeugung und Therapie sind dabei erarbeitet worden. Praktisch sämtliche Ansätze stammen aus der Verhaltenstherapie, wo Ängste verschiedener Art wesentlich länger erforscht worden sind.

Angst wird als ein existenzsichernder Abwehrmechanismus angesehen. Der Patient lernt durch seine Erfahrungen mit Zahnärzten, ob er Angst vor solchen Situationen haben muss. Die Fähigkeit, schnell zu lernen, mit Vorsicht auf bedrohliche Situationen zu reagieren, hat sich als besonders überlebensfähig erwiesen und sich deshalb genetisch durchgesetzt. Die relativ neue Disziplin der Evolutionspsychologie zeigt, dass die frühe Geschichte der Menschen als Sammler und Jäger auch in gewisser Weise unser heutiges Verhalten bestimmt. Die Gesellschaft, wie sie heute ist, mit einem langen Leben ohne Hunger und ohne viele der früheren Gefahren, zumindest für die Menschen in den Industriestaaten, ist so neu, dass sie noch keine bedeutenden genetischen Spuren hinterlassen hat. Stattdessen bringt unsere moderne Welt ständige Veränderungen und Anforderungen an Flexibilität, die nicht immer als Fortschritte erlebt werden, sondern eher als krank machender Stress. Menschen, die sich nicht mehr in der modernen Entwicklung gebraucht fühlen und immer weniger soziale Kontakte in einer flexiblen Arbeitswelt pflegen können, laufen Gefahr, Depressionen und andere psychische Erkrankungen zu entwickeln. Depressionen sind heute mehr verbreitet als früher und sie treten häufig in Begleitung von verschiedenen Ängsten auf. Krankschreibungen aufgrund von Angststörungen und Depressionen sind sprunghaft angestiegen.

Mit der Hilfe von neuartigen Technologien ist unser Verständnis für die Funktionsweise des Gehirns in den letzten Jahren gewachsen. Forschungsarbeiten an der Amygdala, wo Ängste koordiniert werden, deuten darauf hin, dass es angeborene Abkürzungen für gewisse Angstauslöser im Gehirn geben könnte. Demnach entwickeln Menschen schneller phobische Reaktionsmuster auf einige Reize, die in der früheren Geschichte der Menschheit gefährlich waren, als auf modernere Gefahren, die so neu sind, dass sie noch keine genetische Anpassung verursacht haben. Die Verbindungen zwischen den Gehirnstrukturen, die eher für gefühlsmäßige Reaktionen verantwortlich sind, und den Strukturen, die eher für analytisches Denken verantwortlich sind, deuten darauf hin, dass Einsicht über eine Angstproblematik weniger hilfreich ist als neues Lernen durch wiederholtes Training. Ängste entstehen durch einen Lernprozess und können durch einen neuen Lernprozess abgebaut werden.

In der Literatur gibt es vereinzelt Berichte von Zahnärzten, die sich Gedanken gemacht haben, wie man den Patienten psychologisch betreuen kann, schon aus dem 19. Jahrhundert. Erste moderne Untersuchungen gab es in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts. Die systematische Forschungstätigkeit fing allerdings erst mit dem ersten standardisierten Fragebogen zur Zahnbehandlungsangst (DAS) von Norman Corah in 1969 an. Die danach recht intensive Forschungstätigkeit baute fast ausschließlich auf Kenntnisse aus der Verhaltenstherapie auf, die seit einem Jahrhundert im psychologischen Sektor erarbeitet worden sind. Epidemiologische Untersuchungen von Zahnbehandlungsängsten sind vor allem mit dem Fragebogen von Corah (DAS) ausgeführt worden, aber auch andere Befragungen haben stattgefunden. Die Befragungen, die überwiegend in Westeuropa und Nordamerika stattgefunden haben, zeigen in der Regel, dass zwischen 5 und 15 Prozent der Bevölkerung von starken Zahnbehandlungsängsten betroffen sind. Einige wenige Berichte sind aus anderen Ländern gekommen, meistens durch amerikanische oder skandinavische Forscher, die sich darum bemüht haben, zusammen mit lokalen Zahnärzten und Psychologen solche Daten zu sammeln. Kulturelle Unterschiede bezüglich Zahnbehandlungsängsten sind nicht eindeutig erwiesen. Die Ängste scheinen aber verstärkt in Gegenden aufzutreten, wo Extraktionstherapie den Vorrang vor prophylaktischen Maßnahmen hat. Eine Langzeitstudie in Schweden hat gezeigt, dass die Zahnbehandlungsängste in der Bevölkerung über mehrere Jahrzehnte dort konstant blieben, obwohl die Zahngesundheit der Bevölkerung im gleichen Zeitraum dramatisch verbessert wurde.

Zahnbehandlungsängste werden vor allem durch eigene negative Erfahrungen verursacht, hauptsächlich in der Kindheit. In geringerem Umfang können sie auch durch die Kenntnis von negativen Erfahrungen anderer entstehen (Modell-Lernen). Menschen, die von anderen

Angststörungen betroffen sind oder unter besonders hoher Stressbelastung stehen, sind besonders gefährdet. Die Neigung, Angststörungen zu entwickeln, ist oft genetisch bedingt, aber auch von Umweltfaktoren abhängig. Frauen neigen eher dazu, Zahnbehandlungsängste zu entwickeln als Männer. Jüngere Menschen haben stärkere Angst als ältere, da die Ängste in der Regel mit zunehmender Lebenserfahrung abgebaut werden. Menschen mit weniger Einkommen und weniger Bildung haben mehr Ängste als sozial besser gestellte Menschen. Eine Mehrheit der Menschen mit Zahnbehandlungsängsten weist auch andere psychiatrische Diagnosen auf, und sie konsumieren auch mehrheitlich überdurchschnittlich viel Alkohol und Drogen.

Die Erfahrungen, die zu Zahnbehandlungsängsten führen, werden fast immer beim Zahnarzt gesammelt, aber Zahnbehandlungsängste können auch bei anderen Ängsten oder bei Krankenhausaufenthalten ihren Anfang finden. Schmerzhaftes Behandlungen werden häufig als Auslöser genannt, aber noch wichtiger ist das Verhalten des Zahnarztes. Nicht die Schmerzen selber, sondern die Tatsache, dass der Zahnarzt ein mangelndes Interesse am oder Respekt für das Wohlergehen seines Patienten gezeigt hat, wird als Angstauslöser definiert.

Die Bedürfnisse des Menschen nach Akzeptanz, Kompetenz und Kontrolle sind sehr wichtig. Wer über mehrere Jahre Zahnarztbesuche gemieden hat, schämt sich deshalb oft für dieses Fehlverhalten und für den schlechten Zustand der Zähne. Die Befürchtung, vom Zahnarzt kritisiert zu werden, ist dann ein weiterer Grund, der Behandlung fernzubleiben.

Praktisch alle körperlichen und psychischen Krankheiten zeigen ein soziales Ungleichgewicht auf, so dass Menschen mit weniger Einkommen und weniger Schulbildung stärker betroffen sind. Dies ist auch für Krankheiten der Zähne der Fall und für die Zahnbehandlungsängste, obwohl letzteres noch wenig untersucht ist. Menschen aus unteren Gesellschaftsschichten leiden aufgrund ihrer sozialer Lage mehr unter krank machenden Stressbelastungen. Stress gilt als Auslöser für viele verschiedenen Krankheiten und dauerhafter Stress schadet auch der intellektuellen Leistungsfähigkeit des Gehirns. Bei den Möglichkeiten, sich gegen die Auswirkung von Stressfaktoren zu schützen wie etwa Kontrollmöglichkeiten, soziale Unterstützung und Sinn von Zusammenhängen im Leben sind untere Gesellschaftsschichten auch benachteiligt.

Menschen aus unteren Gesellschaftsschichten sind stärker von Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparats betroffen als andere und sie verlieren früher ihre Zähne. Sie konsumieren mehr Zucker, sie investieren weniger Zeit in vorbeugende Maßnahmen und sie bringen ihre Kinder häufiger erst bei Zahnschmerzen zum Zahnarzt. Es ist auch möglich, dass

sie im Gesundheitswesen nicht immer die gleiche Hilfe bekommen wie besser gestellte Menschen, und die Informationen, die sie erhalten, sind manchmal nicht so ausführlich in der falschen Annahme, dass sie sich nicht dafür interessieren. Ausländische Mitbürger und vor allem deren Kinder sind mehrheitlich in der gleichen Situation wie Menschen aus unteren Gesellschaftsschichten.

Menschen mit starken Zahnbehandlungsängsten pflegen in der Regel ihre Zähne nicht optimal und sie meiden über längere Zeiträume den Besuch beim Zahnarzt. Sie suchen zahnärztliche Hilfe in der Regel erst dann auf, wenn Zahnschmerzen dies unumgänglich machen. Langjähriges Vermeidungsverhalten und zunehmender Zahnverfall führt häufig zu anderen psychischen Erkrankungen oder einer Verschärfung bereits vorhandener Erkrankungen. Psychosomatische Beschwerden wie Kopf- und Rückenschmerzen werden genannt und Krankschreibungen aufgrund von Angst- und Zahnprobleme sind häufig. Bei fortgeschrittenem Zahnverfall meidet der Betroffene zunehmend soziale Kontakte und dies kann auch zu psychischen Problemen führen wie etwa Depressionen und Suizidgedanken.

Bei einer Therapie von Zahnbehandlungsängsten werden als Folgeerscheinung häufig diese Folgen der Ängste positiv beeinflusst. Andere psychologische Probleme sowie die Zahl der Krankschreibungen gehen zurück und der Patient kann zunehmend normal funktionieren.

Die Ressourcen des Gesundheitswesens müssen gezielt auf die Hochrisikogruppe, die für 75 Prozent aller Zahnerkrankungen im Lande verantwortlich ist, konzentriert werden. Zunehmende Privatisierung von Kassenleistungen ist kontraproduktiv. Prophylaktische Maßnahmen und die professionelle Behandlung von Zahnbehandlungsängsten muss für alle bezahlbar sein. Schlechte Zähne sind nur selten von den Betroffenen selbst verschuldet. Zahnbehandlungsängste, die häufig zu einem dramatischen Verfall der Zahngesundheit führen, sind von Zahnärzten verursacht.

Die heutige gesellschaftliche Entwicklung mit zunehmendem Sozialabbau, wachsenden sozialen Unterschieden, zunehmender Unsicherheit und Flexibilität am Arbeitsmarkt sowie zunehmender Dauerarbeitslosigkeit begünstigen die Entwicklung von psychischen und psychosomatischen Krankheiten.

Zahnärzte sind selten dafür ausgebildet, Angstpatienten zu behandeln. Wenn sie auf solche Patienten treffen, fühlen sie sich deshalb häufig überfordert, sie verhalten sich falsch und sie bekommen den Eindruck, dass die Behandlung von Angstpatienten sehr zeitaufwendig ist. Stressbelastungen dieser Art können mit der Zeit zu einem Burnout führen. Der Zahnarzt wird

dann selbst krank, die Arbeit macht kein Spaß und er wird unfreundlich, nicht nur zu seinen Patienten, sondern auch gegenüber anderen Menschen in seiner Umgebung.

Die Vorbeugung von Zahnbehandlungsängsten sollte im frühen Kindesalter anfangen. Kindern sollte die Möglichkeit geboten werden, viele gute Erfahrungen mit Zahnarztbesuchen zu sammeln, damit sie sich kompetent in der Zahnbehandlungssituation fühlen können. Die Schulung in vorbeugenden Maßnahmen eignet sich sehr gut dafür. Die Restauration von Kariesangriffen sollte erst erfolgen, wenn das Kind das nötige Kompetenzgefühl dafür bekommen hat. Sollte dies noch nicht der Fall sein, müssen intensive Fluoridbehandlungen durchgeführt werden, bis das Kind soweit ist. Es ist wichtiger, dass das Kind das zahnärztliche Team als freundliche Menschen kennen lernt, als dass irgendeine zahnärztliche Behandlung durchgeführt wird. Zum Aufbau von Kompetenzgefühl beim Kleinkind kann auch die atraumatische Vorbereitung einer Füllung mit Handexkavator dienen.

Bei der Therapie von Zahnbehandlungsängsten bei Erwachsenen muss sowohl dem Patienten geholfen werden, Bewältigungsstrategien zu entwickeln, als auch überlegt werden, wie die Zahnbehandlung selbst gestaltet werden muss, damit der Patient sie als erträglich einstufen kann. Überwiegend kognitive Bestandteile der Angst können durch informative Gespräche abgebaut werden. Konditionierte Ängste dagegen müssen durch einen Lernprozess abgebaut werden, der nur durch wiederholtes Training geboten werden kann. Die Behandlung muss oft interdisziplinär durchgeführt werden. Liegen auch andere psychiatrische Diagnosen vor, sollte auch ein Psychologe zugeschaltet werden. In einigen Fällen, vor allem bei einem sehr umfangreichen zahnärztlichen Behandlungsbedarf, kann es notwendig sein, zumindest einen Großteil der Behandlung unter Sedierung oder Vollnarkose durchzuführen.

Um das Vertrauen des Patienten zu gewinnen, muss es dem Zahnarzt gelingen, ihn davon zu überzeugen, dass der Zahnarzt nicht nur die nötige Kompetenz besitzt, sondern auch ein echtes Interesse daran hat, ihm zu helfen. Nonverbal kann er dies dadurch zeigen, dass er seine Praxis anders einrichtet als eine Durchschnittspraxis. Sowohl die Räume als auch das Behandlungsteam sollten möglichst wenig an die früheren Erfahrungen erinnern, die der Patient haben könnte. Der Zahnarzt selbst sollte seinen Patienten akzeptieren, wie er ist, und ein echtes Interesse für seine Situation zeigen. Er muss nicht nur mit den zahnärztlichen Problemen des Patienten vertraut sein, sondern er muss auch Verständnis für die soziale Lage des Patienten und seine Lebensbedingungen haben. Er muss aktiv zuhören, sich in die Situation des Patienten einfühlen und dem Patienten dann auch vermitteln können, dass er ihn verstanden hat und ihm helfen kann. Diese Fähigkeiten können gelernt werden.

Zahnmedizinstudenten und Zahnärzte sind daran interessiert sie zu lernen, aber diese Ausbildung wird viel zu selten angeboten. Patienten können die technischen Fähigkeiten ihres Zahnarztes nur schwer beurteilen, aber sie können sehr wohl sehen, wie seine menschlichen Fähigkeiten sind. Dies haben Zahnärzte in der Regel nicht erkannt.

Obwohl die Möglichkeiten, zahnärztliche Behandlungen schmerzfrei durchzuführen, seit einem halben Jahrhundert vorhanden sind, berichten viele Patienten darüber, dass sie schmerzhaften Behandlungen ausgesetzt gewesen sind. Ein Drittel der Phobiker in einer Hamburger Untersuchung waren der Meinung, dass Zahnbehandlungen immer und ohne Ausnahme schmerzhaft sind. Die Möglichkeiten zur Schmerzbewältigung werden nicht ausreichend eingesetzt. Das Schmerzempfinden hat auch psychologische Komponente. Angstpatienten sind aufgrund ihrer Aufregung überdurchschnittlich schmerzempfindlich. Die Überzeugung, dass ein Schmerz kommen wird, kann dazu führen, dass der Patient Schmerzen spürt, auch wenn er unter anderen Umständen keinen Schmerz gespürt hätte. Auch die Erinnerung an frühere Behandlungen kann sich im Laufe der Zeit verändern, so dass Angstpatienten eine schmerzfreie Behandlung als schmerzhaft in Erinnerung haben. Wenn der Zahnarzt seinen Patienten davon überzeugen kann, dass er keine Schmerzen während der Behandlung befürchten muss, werden psychogene Schmerzen nicht mehr auftreten. Auch die Injektionen selber können als 3-Stufen-Injektion völlig schmerzfrei durchgeführt werden.

Zahnärzte unterschätzen häufig die Schmerzempfindlichkeit ihrer Patienten. Bei örtlichen Betäubungen gibt es häufig Situationen, wo eine optimale Anästhesie nicht erreicht wird. Körperliche Reaktionen des Patienten bei örtlichen Betäubungen sind häufig eine Folge von Angst, werden aber oft fälschlicherweise als allergische Reaktionen verstanden.

Die zahnärztliche Verhaltenstherapie bietet eine ganze Palette von Interventionsmöglichkeiten, die nach einer Verhaltensanalyse eingesetzt werden können. Die kognitive Therapie beinhaltet die Veränderung von Gedankenmustern des Patienten, die Aufklärung von Missverständnissen und das Vorbeugen von Katastrophengedanken.

Der Abbau von konditionierten Ängsten fängt mit der Aufstellung einer Angsthierarchie an. Danach wird dem Patienten geholfen, sich zuerst mit Zahnbehandlungssituationen auseinander zu setzen, die er als relativ harmlos einstufen kann, und Schritt für Schritt wird der Grad der Schwierigkeit angehoben. Dies ist eine Systematische Desensibilisierung. Verschiedene Entspannungsübungen können in diesem Zusammenhang eingesetzt werden. Auch andere Methoden wie Selbstvertrauensstraining, Modell-Lernen, Ablenkung und Gedankenstop wird beschrieben. Hypnose ist auch eine Methode, die zur Entspannung dient

und die Zahnbehandlung für den Patienten angenehmer erscheinen lassen kann. Sie kann auch hilfreich sein bei der Vorbereitung von operativen Eingriffen. Es entspricht aber nicht die Wahrheit, dass Zahnbehandlungen mit dem Einsatz von Hypnose als Ersatz für örtliche Betäubungsmittel schmerzfrei sind.

Die elektrische Betäubungsmethode, genannt TENS, ist nur wirksam bei Eingriffen, die ohnehin nicht sonderlich schmerzhaft sind.

EMDR ist eine Methode zur Reduzierung von ängstlichen Gedanken, vor allem bei traumatisierten Menschen. Inwiefern die Wirksamkeit über eine reine Suggestionseffekt hinaus geht, ist noch nicht geklärt.

Zu den pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten gehören neben den örtlichen Betäubungsmitteln auch Betablocker, Beruhigungsmittel, Psychopharmaka, Lachgas und Vollnarkose. Vor allem bei Patienten mit komplexen Angststörungen sind dies Behandlungsmöglichkeiten, die bei einem interdisziplinären Behandlungskonzept für Patienten mit Zahnbehandlungsphobien ihren Platz haben.

Zwei klinische Untersuchungen aus der Praxis in Hamburg wurden vorgestellt. Bei einer ersten Untersuchung von 500 Patienten wurden diejenigen mit der stärksten Angst mit denjenigen mit der geringsten Angst verglichen. Die Hochängstlichen waren überwiegend jünger und Frauen hatten mehr Angst als Männer. Angstpatienten hatten mehr Zahnerkrankungen als nichtängstliche Patienten, während diese mehr überkronte Zähne hatten als die Angstpatienten. Wie erwartet, gingen die Nichtängstlichen regelmäßiger zum Zahnarzt als die Ängstlichen. Zum ersten Mal wird empirisch nachgewiesen, dass hochängstliche Patienten wesentlich mehr Termine versäumen als die nichtängstlichen Patienten. In dem untersuchten Zeitraum konnten 70 Prozent der hochängstlichen Frauen zahnärztlich fertig behandelt werden, während dies bei nur 29 Prozent der Männer der Fall war.

In einer zweiten klinischen Untersuchung wurde auch die Lebensqualität neben den Ängsten und dem Mundgesundheitszustand untersucht. 137 mehrheitlich zahnbehandlungsphobische Patienten nahmen an der Untersuchung teil. Es wurde auch hier gezeigt, dass Menschen mit Zahnbehandlungsängsten einen schlechteren Mundgesundheitszustand haben. Frauen hatten mehr Angst als Männer und jüngere mehr Angst als ältere. Sozial schwächere Patienten hatten einen schlechteren Zahnstatus als besser gestellte. Die Ergebnisse zeigten auch, erstmals unter Verwendung des SF-36, dass Zahnbehandlungsängste in einem negativen Zusammenhang mit der Lebensqualität stehen, insbesondere mit dem psychologischen Wohlbefinden, der Vitalität und der sozialen Funktionsfähigkeit.

Abschließend wird argumentiert, dass es notwendig und sinnvoll ist, der großen Gruppe von Menschen mit Zahnbehandlungsängsten zu helfen, den gleichen Anteil an den Fortschritten der modernen Zahnmedizin zu bekommen wie die übrige Bevölkerung. Soziale und psychologische Aspekte des Berufes müssen in der Grundausbildung der Zahnärzte integriert werden, damit sie mit den Kenntnissen ausgestattet werden, die man braucht, um Zahnbehandlungsängsten vorzubeugen. Für die Therapie von Zahnbehandlungsphobikern und für die Erforschung von Zahnbehandlungsängsten sollten interdisziplinäre Angstkliniken nach skandinavischem und amerikanischem Vorbild gegründet werden. Die Epidemiologie von Zahnbehandlungsängsten in Deutschland muss untersucht und Wege gefunden werden, die erschreckend niedrige Zahl von regelmäßigen Zahnarztbesuchern drastisch zu erhöhen. Dem Selbstverschuldungsprinzip bei Zahnerkrankungen muss mit Nachdruck entgegengetreten werden und stattdessen müssen die nötigen Ressourcen freigemacht werden, um gezielt den 25 Prozent der Bevölkerung zu helfen, die für 75 Prozent aller Zahnerkrankungen verantwortlich sind. Auch eine Stärkung von langfristig sinnvollen demokratischen und gesellschaftlichen Werten wie Solidarität, gesellschaftlicher Zusammenhalt und Gerechtigkeit auf Kosten von Sozialabbau und wachsenden sozialen Unterschieden würde für diese Entwicklung notwendig und förderlich sein.