

Zukünftige Herausforderungen an die Zahnmedizin aufgrund von Demografie und Migration

31. Oktober 2025

Professor Dr. A. Rainer Jordan

Wissenschaftlicher Direktor

Institut der Deutschen Zahnärzte, Köln

ES GILT DAS GESPROCHENE WORT!

Sehr geehrtes Publikum,

Ende der 1980er-Jahre wurde in Deutschland mit der Einführung der Gruppen- und Individualprophylaxe für Kinder und Jugendliche der Grundstein für einen Paradigmenwechsel von einer reparativ orientierten zahnmedizinischen Krankenversorgung hin zu einer präventionsorientierten zahnmedizinischen Gesundheitsversorgung gelegt.

Die Resultate sind eindrucksvoll, denn seit Einführung dieser Maßnahmen hat sich die Karieslast bei Kindern in Deutschland um 90 % reduziert und 80 % sind völlig kariesfrei. Mittlerweile hat sich sogar die Karieslast im Erwachsenenalter halbiert und 35- bis 44-Jährigen fehlt in Deutschland durchschnittlich noch 1 Zahn. Zur Zeit der Wende waren es noch mehr als 5 fehlende Zähne in dieser Altersgruppe.

Schließlich weisen Seniorinnen und Senioren heute mit fast 19 Zähnen doppelt so viele funktionstüchtige Zähne auf als noch zur Wendezeit. Dabei ist es seitdem im Wesentlichen zu einer Angleichung der Mundgesundheitsverhältnisse zwischen Ost und West gekommen. Der Anteil der völligen Zahnlosigkeit in dieser Altersgruppe hat sich innerhalb von zwei Dekaden 2-mal halbiert, und lediglich 5 % der Seniorinnen und Senioren weisen heute keine eigenen Zähne mehr auf.

Die Erfolge des Zahnerhalts bedeuten allerdings nicht gleichzeitig weniger Behandlungsbedarf in der Zukunft:

Wir beobachten in der Zahnmedizin eine so genannte Morbiditätskompression. Dies bedeutet auf der einen Seite, dass die Menschen länger gesund im Mund bleiben als früher und sich die Krankheitslasten ins höhere Alter verschieben. In Kombination mit der doppelten Altersdynamisierung der Gesellschaft in Deutschland – die Menschen werden sowohl immer älter als auch der Anteil älterer Menschen an der

Gesellschaft nimmt zu – bedeutet dies eine deutliche Zunahme des Behandlungsbedarfs in der zweiten Lebenshälfte. Im höheren Alter kann zudem eine Abnahme der so genannten zahnmedizinisch funktionellen Kapazität hinzukommen; das bedeutet, dass die zahnmedizinische Behandlung mitunter nicht mehr wie gewohnt stattfinden kann, sondern mehr Behandlungstermine eingeplant werden müssen oder diese zeitlich nicht mehr so lang sein können. Die Komplexität der zahnmedizinischen Versorgung im Alter nimmt also erheblich zu.

Von besonderer Bedeutung in diesem Zusammenhang ist die Zunahme der Wurzelkaries. Sie kann entstehen, wenn das Zahnfleisch – auch aufgrund von Parodontitis – zurückweicht und die von Zahnschmelz ungeschützte Wurzeloberfläche frei liegt. - Mehr als jede zweite Seniorin und jeder zweite Senior in Deutschland weist eine Wurzelkaries auf und der Versorgungsgrad liegt mit knapp 77 % relativ niedrig im Vergleich zu anderen kariösen Läsionen. Durchschnittlich ist jede fünfte freiliegende Wurzeloberfläche betroffen und diese Zahlen signalisieren einen hohen Behandlungsbedarf dieser schwierig zu versorgenden Stellen am Zahn.

Nur Zähne, die noch in der Mundhöhle sind, können auch erkranken. Diese Binsenweisheit nennen wir in der Zahnmedizin “teeth at risk”, und sie bezieht sich vor allem auf ältere Menschen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko. Dies ist neben der Wurzelkaries vor allem die Parodontitis. Nach unseren neuesten Untersuchungen ist jeder zweite in dieser Altersgruppe an einer schweren Parodontitis – Stadium III oder IV – erkrankt und zusätzlich ein Drittel an leichteren Erkrankungsformen. Parodontitis als chronische Erkrankung erfordert ebenso eine chronische, d. h. lebenslange therapeutische Begleitung und steht in einer engen Wechselbeziehung zu anderen chronischen Erkrankungen – wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder auch Diabetes. Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen beispielsweise haben daher häufiger auch schwere Parodontalerkrankungen und ihnen fehlen durchschnittlich 2 Zähne mehr als Menschen ohne Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Hier ist also in Zukunft sowohl der Zahnarzt als “Gesundheitsmanager” – nicht nur der Mundhöhle – gefragt und es erfordert ebenso eine viel engere Kooperation der zahnmedizinischen Disziplinen untereinander, um dieses komplexe Krankheitsbild mit Auswirkungen auf die Allgemeingesundheit besser zu behandeln.

Gemäß unserer Prognose wird Parodontitis in der ersten Lebenshälfte abnehmen, aber in der zweiten Lebenshälfte zunehmen. Wir rechnen mit einer deutlichen Zunahme der parodontalen Erkrankungen bei Senioren – und damit auch der Behandlungsbedarfe. Zurzeit gehen wir davon aus, dass bis 2030 zwar weniger Menschen an Parodontitis erkranken, etwa 13 %, allerdings wegen der teeth at risk bei den Erkrankten deutlich mehr Zähne parodontal erkrankt sein werden, etwa 27 %. Zahnmedizinische Versorgung im Alter ist ohne Parodontitis-Versorgung nicht zu denken!

Trotz aller Präventionserfolge in der Zahnmedizin ist bei allen chronischen Erkrankungen, so auch bei den großen zahnmedizinischen Erkrankungen, ein deutlicher sozialer Gradient zu erkennen. Neben diesem bekannten Risikofaktor Bildung haben wir bei der Sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie auch einen Schwerpunkt auf eine gute Erfassung möglicher Migrationshintergründe gelegt. Immerhin hat ein Viertel der Bevölkerung in Deutschland eine Migrationsgeschichte – das sind über 20 Mio. Einwohner. Von Migrationsgeschichte sprechen wir, wenn entweder beide Elternteile im Ausland geboren wurden oder man selbst nach Deutschland immigriert ist. Bei Kindern mit Migrationsgeschichte ist das Risiko für eine hohe Karieserfahrung mit dem Faktor 6-7 sogar höher als beim sozialen Gradienten. Dort liegt das Risiko für eine erhöhte Karieserfahrung bei Kindern aus einer niedrigen Bildungsschicht “lediglich” 4-mal höher im Vergleich zu Kindern aus der hohen Bildungsschicht. Für die Karies haben wir also eine neue Hoch-Risikogruppe identifiziert, und wir lenken ganz bewusst unsere sozial-zahn-medizinische Aufmerksamkeit auf diese Bevölkerungsgruppe, denn unsere Auswertungen haben

uns auch einen Weg aufgezeigt. Sehr interessanterweise gleicht sich der Mundgesundheitszustand mit zunehmender Sozialisation in Deutschland an: Bei allem gemessenen Parametern, hier am Beispiel Karies oder auch der regelmäßigen Kontrolluntersuchung beim Zahnarzt gleichen sich die Ergebnisse zunehmend den Menschen ohne Migrationsgeschichte an und wir gehen davon aus, dass dies viel mit sprachlichen Kompetenzen, dem Wissen um das deutsche Gesundheitssystem und wie ich es für mich nutzen kann und auch den Einstellungen zur Zahngesundheit zu tun hat. Je mehr Sozialisation ich hierzulande erfahren habe, umso besser ist meine Mundgesundheit – und das sind gute Nachrichten für die präventive Zahnmedizin, denn sie weisen einen Weg auf in Richtung Mundgesundheit für alle!

Vielen Dank für Ihre freundliche Aufmerksamkeit!