

Ergebnisse der 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS • 6)

Berlin, 14. April 2026

Professor Dr. med. dent. habil. A. Rainer Jordan, MSc.

Wissenschaftlicher Direktor des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ)

ES GILT DAS GESPROCHENE WORT!

Sehr geehrte Damen und Herren,
guten Tag!

Vor einem Jahr hatten wir Ihnen die ersten Ergebnisse der 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie vorgestellt. Die zentrale Botschaft lautete: Prävention wirkt – nachhaltig! Dies wurde erreicht durch die Einführung einer systematischen Präventionsstrategie zur Vorbeugung der Karies vor 35 Jahren, die zu einem Paradigmenwechsel in der Zahnmedizin geführt hat: weg von der reparativen Krankenversorgung, hin zu einer präventiven zahnmedizinischen Gesundheitsversorgung. Mit der Einführung des Systems Gruppen- und Individualprophylaxe erhalten seitdem – unabhängig von der sozialen Lage oder Herkunft – alle jungen Menschen in Deutschland in Kindergärten und Schulen primärprophylaktische Impulse zur Befähigung einer wirksamen Mundhygiene. Und sie werden im Sinne der Früherkennung auf erste Anzeichen von Karies gescreent und bei Bedarf zur Behandlung an die zahnärztliche Praxis verwiesen. Diese Kombination von früh einsetzender Primärprävention durch Aufklärung und Befähigung und Sekundärprävention durch Früherkennung und Frühbehandlung war – neben der breiten Verfügung eines hochwirksamen Wirkstoffs gegen Karies, nämlich Fluorid – der Schlüssel zur Senkung der hohen Karieslasten.

Heute sind 60 % der 8- und 9-Jährigen und 80 % der 12-Jährigen kariesfrei. Mittlerweile zeigt sich auch bei den jüngeren Erwachsenen – selbst als Kinder im Geiste der zahnmedizinischen Prävention groß geworden – die Nachhaltigkeit der in der Kindheit gelegten Grundlagen für ein mundgesundes Älter-werden, denn die Karieserfahrung ist in dieser Altersgruppe heute auf die Hälfte gesunken. Besonders eindrucksvoll zeigt sich das an der Anzahl der fehlenden Zähne: Hatten die 35- bis 44-Jährigen der 1990er-Jahre bereits mehr als 5 Zähne verloren, fehlt den jüngeren Erwachsenen heute gerade mal ein Zahn.

Die Ergebnisse, die wir Ihnen heute vorstellen, sind etwas ganz Besonderes – und in der zahnmedizinischen Epidemiologie nicht oft zu finden, denn wir haben die Studienteilnehmenden aus der 5. Deutschen Mundgesundheitsstudie nach 9 Jahren erneut zahnmedizinisch untersucht und sozialwissenschaftlich befragt. Und ich darf Ihnen verraten: Heutzutage, in unserer schnelllebigen und mobilen Welt, so viele Menschen über so einen langen Zeitraum sozusagen bei der Stange zu halten, um sie nach 9 Jahren erneut zu einer Studienteilnahme zu motivieren, ist extrem aufwendig. Wer weiß heute schon, wo er in 9 Jahren leben wird? Umso außergewöhnlich und wertvoll sind die Erkenntnisse, die wir aus diesem Teil der Studie ziehen können.

Mit dieser longitudinalen Verlaufsbeobachtung können wir

- sowohl sehen wie sich die oralen Erkrankungen im Lebenslauf entwickeln als auch
- welche individuellen Faktoren die Entwicklung oraler Erkrankungen beeinflussen – und damit auch wichtige neue Ansätze zur Prävention bestimmter Risikogruppen entwickeln. Gleichzeitig sehen wir, welche Maßnahmen besonders gut gewirkt haben.

Für diese longitudinalen Ergebnisse sind zwei Begriffe zentral: die Inzidenz und die Progression. Inzidenz beschreibt das Auftreten neuer Krankheitsfälle in einem bestimmten Zeitraum. Wir berichten mit der sogenannten kumulativen Inzidenz den Anteil der Studienteilnehmenden, die über den Beobachtungszeitraum von 9 Jahren neu erkrankt sind, ausgehend von einem „natur“-gesunden Ausgangszustand. Progression hingegen beschreibt den Fortschritt bestehender Erkrankungen. Wir berichten mit der kumulativen Progression den Anteil der Studienteilnehmenden, bei denen im Beobachtungszeitraum von 9 Jahren eine bereits bestehende Erkrankung vorangeschritten ist.

Wir schließen mit den neuen Ergebnissen auch gewissermaßen eine Lücke in der Kariesepidemiologie, denn unsere bisherigen Mundgesundheitsstudien haben sich auf die empfohlenen Altersgruppen der Weltgesundheitsorganisation für oral-epidemiologische Studien fokussiert: auf 12-Jährige und dann wieder auf 35- bis 44-Jährige – mit großen Unterschieden zwischen diesen Altersgruppen. Unsere longitudinalen Daten zeigen, dass die Adoleszenz ein kritisches Alter ist zur Aufrechterhaltung eines kariesfreien Gebisses, denn in diesem Jahrzehnt reduziert sich der Anteil kariesfreier Personen um die Hälfte auf 48 %. Gleichzeitig sehen wir Unterschiede in der Dynamik der Kariesentwicklung, je nachdem, ob bereits eine Karieserfahrung vorlag oder ob man kariesfrei in diesen Lebensabschnitt geht: Mehr als jeder zweite Jugendliche, 54 %, der bereits eine Karieserfahrung aufwies, zeigte eine weitere Progression der Erkrankung. Bei kariesfreien Kindern hingegen waren es lediglich 43 %, die in der Jugend eine erstmalige Karieserfahrung entwickelten. Gleichzeitig sehen wir aber auch, dass das Ausmaß mit durchschnittlich einem zusätzlichen Zahn moderat ausfällt.

Diese Morbiditätsdynamik bei der Kronenkaries nimmt dann im weiteren Verlauf wieder ab: Zwar schreitet Karies im Erwachsenen- und Seniorenalter bei über 80 % der Menschen voran. Aber einerseits ist der Sanierungsgrad der zahnärztlichen Versorgung mit 92 % sehr hoch, sodass nur wenige unbehandelte kariöse Zähne gesehen werden, andererseits ist der durchschnittliche Nettozuwachs an neuen Restaurationen – dazu gehören Füllungen, Inlays, Teilkronen oder Vollkronen – mit

durchschnittlich einem 1/2 Zahn bei Erwachsenen und einem 1/3 Zahn im Seniorenalter gering.

Bei den Füllungen haben wir uns auch die Verbreitung von Sekundärkaries an Füllungsrandern genauer angesehen. Dies ist insofern interessant, als seit Anfang 2025 die Verarbeitung von Amalgam als traditionellem Füllungsmaterial aus Gründen des Umweltschutzes praktisch eingestellt wurde und nunmehr andere Füllungsmaterialien verwendet werden. Aktuell sind Amalgamfüllungen durchaus noch verbreitet, bei Senioren häufiger als bei Erwachsenen und im hinteren, nicht-sichtbaren Zahnbereich häufiger als an den Frontzähnen. Die Verbreitung von eindeutiger Sekundärkaries in der Bevölkerung ist allerdings generell gering ausgeprägt und liegt etwa bei 2 % – mit nur geringen Unterschieden zwischen Amalgam- und zahnfarbenen Füllungen.

Neben der Karies ist die Parodontitis die epidemiologisch bedeutsamste chronische Erkrankung der Mundhöhle, und wir hatten bereits über die hohe Verbreitung in der Bevölkerung berichtet. Wir gehen davon aus, dass 14 Millionen Menschen in Deutschland an einer schweren Parodontalerkrankung leiden. Angesichts dieser hohen Prävalenzen sind dezidiertere epidemiologische Kenntnisse über den zeitlichen Verlauf dringend erforderlich, um auch bei dieser zahnmedizinisch-chronischen Erkrankung größere Erfolge in der Prävention zu erzielen. Die vorliegenden Resultate der 9-jährigen Verlaufsbeobachtung der Parodontitis in der Bevölkerung geben uns nun allerdings wertvolle Hinweise.

Unsere Bevölkerungsergebnisse unterstützen, was in der experimentellen Epidemiologie zum Verlauf chronischer Erkrankungen schon länger diskutiert wird, nämlich, dass Karies und Parodontitis nicht linear verlaufen – das heißt, sich nicht kontinuierlich verschlechtern –, sondern in Phasen der Stagnation und Progression verlaufen: Meist werden lange Phasen der Stagnation, in denen Parodontitis gut kontrolliert werden kann, durch kurzzeitige Episoden der Progression mit einer hohen Erkrankungsaktivität unterbrochen und es kommt zu einem raschen Fortschreiten der Erkrankung. – Den grundsätzlich langsamen, chronischen Verlauf der Parodontitis erkennen wir beispielsweise daran, dass die mittlere Tiefe der Zahnfleischtaschen bei Erwachsenen in 9 Jahren lediglich um 0,2 mm und bei Senioren sogar nur um 0,1 mm zunimmt. – Im Erwachsenenalter erkranken allerdings 63 % vormals parodontal gesunde Menschen neu und bei 19 % verschlechtert sich eine bereits bestehende Parodontitis in eine schwere Verlaufsform. In dieser Zeit kommt es zu einer Verdopplung der schweren Parodontitisfälle. Eine entscheidende parodontale Erkrankungsprogression findet also im mittleren Erwachsenenalter zwischen 40 und 50 Jahren statt – und nicht erst im Seniorenalter. Aber im Seniorenalter werden zurzeit die meisten Parodontitisbehandlungen durchgeführt – zu spät also!

Das gemeinsame terminale Erkrankungsstadium der Karies und Parodontitis ist der Zahnverlust – ein Prozess, der in der Regel Jahre und Jahrzehnte dauert. Und so zeigen unsere Daten auch, dass im Seniorenalter dann das größte Risiko dafür besteht. 62 % erleiden Zahnverluste im Seniorenalter, doppelt so viele wie im Erwachsenenalter. Erwachsene verlieren in 9 Jahren durchschnittlich lediglich 0,6 Zähne; bei den Senioren sind es mit 2 Zähnen gut 3-mal so viele. Neben dem Alter spielt allerdings auch eine Rolle, ob man bereits Zahnverluste erlitten hat: Menschen, die bislang vollbezahnt waren, verlieren deutlich weniger Zähne als Personen mit bereits erlittenem Zahnverlust.

Ein sozialer Gradient ist ein grundlegendes Phänomen, das sich bei den meisten chronischen Erkrankungen zeigt – auch in der Zahnmedizin – und er spannt sich über den gesamten Lebensbogen: Kinder aus bildungsfernen Milieus weisen 4-mal so viel Karies auf wie Kinder aus der hohen Bildungsgruppe – und ein ähnlich hoher Risikofaktor zeigt sich auch später noch bei der völligen Zahnlosigkeit. Wir sehen also 2 gleichzeitig auftretende Phänomene: Einerseits die großen Präventionserfolge bei der Karies, die sich quer durch die gesamte Bevölkerung ziehen, andererseits bleiben soziale gesundheitliche Ungleichheiten. Sie weisen auf die Notwendigkeit angepasster Präventionsprogramme für jene Risikogruppen hin, die bislang nicht im gleichen Umfang von der Prävention profitieren.

Karies ist nach der *Global Burden of Disease Study* die weltweit häufigste chronische Erkrankung; Parodontitis liegt auf Rang 6. Sie gehören mit weiteren chronischen Krankheiten – wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes – zu den lebensstil-abhängigen und damit grundsätzlich vermeidbaren Erkrankungen der Menschheit. Aufgrund dieser Gemeinsamkeiten überrascht es nicht, dass sie sich auch untereinander bedingen. Denn sie weisen gemeinsame Risikofaktoren auf. Die am komplex wirkendsten sind die Ernährung, insbesondere Zuckerkonsum, sowie Rauchen und Alkohol. Aus sozialmedizinischer Sicht erscheint daher die Einführung einer Zuckersteuer – neben den bereits vorgesehenen Risikoaufschlägen auf die Konsumwaren Tabak und Alkohol – sachlogisch.

Auf die Zusammenhänge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit den chronischen Erkrankungen der Zähne und der Mundhöhle hatten wir bereits hingewiesen: Menschen mit kardiovaskulären Erkrankungen weisen häufiger schwere parodontale Erkrankungen auf; sie sind häufiger zahnlos und ihnen fehlen durchschnittlich 2 Zähne mehr. Sie weisen dementsprechend weniger funktionstüchtige Zähne auf.

Die Zusammenhänge zu Typ-2-Diabetes sind noch deutlicher: In allen Bereichen, bei der Karies, der Parodontitis, den fehlenden Zähnen, weisen Menschen mit Diabetes eine schlechtere Mundgesundheit auf. Sie sind 4-mal so häufig zahnlos. Gleichzeitig suchen sie fast doppelt so häufig die zahnärztliche Praxis bei Beschwerden auf – statt regelmäßig zur Vorsorge. Hier zeichnet sich genauso ein spezialisierter Präventionsbedarf ab wie die Notwendigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit

und Überwindung von Sektorengrenzen in der gemeinsamen medizinischen Versorgung.

Die Erfolge der systematisch ab dem Milchgebiss einsetzenden Kariesprävention reichen mittlerweile bis in das Erwachsenenalter und man kann diese Entwicklung als Präventionsexpansion bezeichnen. Gleichzeitig stellt sich am Ende des Lebensbogens eine Morbiditätskompression bei wichtigen Parametern der Mundgesundheit dar. Präventionsexpansion und Morbiditätskompression sind also 2 Seiten einer Medaille. Morbiditätskompression bedeutet aber auch eine Verschiebung des Versorgungsbedarfs ins höhere Lebensalter.

Allein seit 1989 haben sich die zahnmedizinischen Behandlungsbedarfe im Seniorenalter mehr als verdoppelt. Infolge des stark zugenommenen Zahnerhalts hat sich der totale Zahnverlust bei jüngeren Senioren in den letzten 35 Jahren auf ein Viertel, von 24 % auf 5 %, reduziert und so hat sich der Bedarf an zahnärztlicher Prothetik auch entsprechend verändert. Mehr Zähne im Alter bedeuten aber gleichzeitig mehr Zähne im Risiko für zahnmedizinische Erkrankungen. Und so steigt der Behandlungsbedarf im Alter sowohl in der Zahnerhaltung als auch bei der Parodontitis kontinuierlich an.

Zusammenfassung

- (1) Die bisherigen Ergebnisse der 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie haben eine weitere Ausbreitung der Präventionserfolge der Karies und von Zahnverlusten bis ins Erwachsenenalter gezeigt. Sie bewirken eine Präventionsexpansion in der ersten Lebenshälfte und eine Morbiditätskompression in der zweiten und führen zu deutlich steigenden zahnmedizinischen Versorgungsbedarfen im Alter.
- (2) Gleichzeitig weisen die chronischen, lebensstilabhängigen Erkrankungen einen sozialen Gradienten auf. Die Risikogruppen können wir mittlerweile gut charakterisieren, ebenso wie günstiges Mundgesundheits- und Hygieneverhalten. Für diese Bevölkerungsgruppen müssen wirksamere Präventionsstrategien entwickelt und zur Wirkung gebracht werden.
- (3) Die Kariesaktivität nimmt während der Adoleszenz wieder zu. Die Unterstützung zur Aufrechterhaltung einer wirksamen Mundhygiene und eines entsprechenden Mundgesundheitsverhaltens in dieser Zeit sollte einen entsprechenden Stellenwert im Rahmen der zahnärztlichen Prophylaxe erhalten.
- (4) Die größte sozialmedizinische Aufgabe besteht aber aus unserer Sicht in einer nachhaltigen Senkung der hohen parodontalen Erkrankungslasten. Unsere Erfahrungen aus der Kariesprävention zeigen dazu den Weg auf: Erstens muss die Behandlung der bestehenden (14 Millionen schweren) Erkrankungsfälle intensiviert werden, um die aktuellen Erkrankungslasten zu senken. Dies ist quasi Aufgabe der Tertiärprävention. Wir haben auch gesehen, dass – bevölkerungsweit – eine hohe

parodontale Erkrankungsaktivität bereits im Erwachsenenalter stattfindet, sodass wir dahin kommen müssen, Parodontitis frühzeitig zu behandeln – und zwar bevor die Erkrankung in ein schweres Stadium übergeht – durch Früherkennung (Screening) und Frühbehandlung. Das ist die Aufgabe der Sekundärprävention. Langfristig entscheidend ist allerdings eine nachhaltige Senkung neuer Erkrankungsfälle, also der Inzidenzen. Bei der Karies wurde dieses Ziel unter anderem mit der Sensibilisierung in der Gruppen- und Individualprophylaxe erreicht. Die grundsätzlichen Strukturen sind ja etabliert. Ich halte die Vermittlung parodontitisrelevanter Kenntnisse und Mundhygienefertigkeiten mit der Entwicklung des bleibenden Gebisses für ganz wichtig, gemäß dem Sprichwort: Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr. Das wäre dann Aufgabe der primären Prävention. Mit einer deutlichen Senkung der parodontalen Erkrankungslasten können wir weiterhin den lebenslangen Zahnerhalt fördern und tragen als Zahnmediziner zur allgemeinen Gesundheitsförderung der Bevölkerung bei, denn wie der berühmte finnische Epidemiologe und Parodontologe Jukka Ainamo schon sagte: *The dentition is intended to last a lifetime.*

Vielen herzlichen Dank für Ihre freundliche Aufmerksamkeit!