



Prof. Dr. Stefan Zimmer

Orale Prävention neu denken

Die in den letzten beiden Jahrzehnten in der Kariesprävention in Deutschland erzielten Erfolge sind unübersehbar: Kariesreduktion im Milchgebiss um über 30 %, bei 12-Jährigen um über 80 %, Erwachsene und Senioren haben zunehmend weniger Karies und mehr eigene Zähne. Wir sind auf dem richtigen Weg. Trotzdem müssen wir eine neue Richtung einschlagen, um die erfolgreiche Arbeit fortsetzen zu können. Fangen wir beim Problem der Parodontitisprophylaxe an. Durch die Erfolge der Kariesprävention, die sich mittlerweile auch im höheren Lebensalter zeigen, treten die Parodontalerkrankungen stärker zu Tage. Als alter Mensch mehr natürliche Zähne im Mund zu haben, bedeutet auch, ein höheres Risiko für Parodontitis zu besitzen. Parodontal erkrankte Zähne wiederum tragen ein erhöhtes Risiko für Wurzelkaries. Beide Effekte, einen Anstieg in der Prävalenz der Parodontitis und der Wurzelkaries, hat die letzte bundesrepräsentative Studie gezeigt. Welche Antwort haben wir darauf? Prävention! Aber wie kann diese aussehen? Die einzige derzeit als wirksam belegte Maßnahme der Parodontitisprophylaxe ist die regelmäßige perfekte Plaqueentfernung. Leider ist diese aber weder im Rahmen der häuslichen noch der professionellen Mundhygiene ein für alle realisierbares Ziel. Was wir brauchen, ist zuerst mehr wissenschaftliche Evidenz. Vielleicht kann die tägliche Anwendung von Mundspüllösungen, die immerhin die Gingivitis um durchschnittlich 30–40 % reduzieren kann, ein Ansatzpunkt sein. Klinische Daten dazu fehlen jedoch. Neben Evidenz brauchen wir einen guten Weg, um möglichst viele Menschen zu erreichen. Bei Kindern und Jugendlichen geht das über Kindergärten und Schulen, bei Erwachsenen bietet der Arbeitsplatz einen Zugang. Eine niedrigschwellige Maßnahme mit großer Reichweite könnte z.B. ein Spender mit einer antimikrobiellen Mundspüllösung in den sanitären Anlagen am Arbeitsplatz sein. Aber ich möchte den Lösungsansätzen, die in dem Beitrag zur Parodontitisprophylaxe im vorliegenden Heft diskutiert werden, nicht zu sehr vorgreifen.

Das zweite Thema ist im Kern das Problem der sozialen Ungleichheit. Bei den 6– bis 7-Jährigen leiden 5 bis 20 % der Kinder unter frühkindlicher Karies. In sozialen Brennpunkten sind es sogar 35 % und mehr. Auch hier stellt sich die Frage der Erreichbarkeit der Kinder. Ein Beitrag in der vorliegenden DZZ beschreibt einen möglichen Weg. Ein drittes Problemfeld unserer derzeitigen Präventionsstrategie ist die Altersgruppe der jungen Erwachsenen. Bis zum Ende der Grundschulzeit haben wir eine funktionierende Gruppenprophylaxe und bis zum 18. Geburtstag eine erfolgreiche Individualprophylaxe. Danach reißen strukturierte Präventionsprogramme ab mit der Konsequenz, dass durchschnittlich 40-Jährige einen DMFT von 14,5 haben. Im statistischen Mittel bedeutet das, dass ab dem zwölften Geburtstag alle 2 Jahre ein neuer kariöser Zahn hinzukommt. Auch hier müssen wir wirksame Präventionskonzepte in die Lebenswelten dieser Altersgruppe integrieren und auch hier könnte die betriebliche Prävention ein Ansatzpunkt sein. Ich erhebe nicht den Anspruch, die künftigen Aufgaben der oralen Prävention abschließend beschrieben zu haben, aber klar dürfte sein, dass ein Richtungswechsel erforderlich ist. Die vorliegende Ausgabe der DZZ mit dem Schwerpunkt Prophylaxe bietet wissenschaftlich fundierte interessante Ansatzpunkte für diesen Richtungswechsel. Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Ihr

Prof. Dr. Stefan Zimmer