

Mundgesundheit und Lebensqualität in Österreich 2010

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH



ÖBIG

Österreichisches Bundesinstitut
für Gesundheitswesen

Mundgesundheit und Lebensqualität in Österreich 2010

35- bis 44-Jährige

65- bis 74-Jährige

Andrea Bodenwinkler
Johann Kerschbaum
Gabriele Sax

Projektassistenz:
Alexandra Mayerhofer

Wien, im Juli 2011
Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

ISBN-13 978-3-85159-156-9

Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6,
1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Fax 513 84 72, Homepage: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:
Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier
ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Gute Mundgesundheit ist eine wichtige Voraussetzung dafür, sich gesund und wohl zu fühlen. Orale Gesundheit wirkt sich vielfältig auf den gesamten Organismus und die allgemeine Lebensqualität aus.

Um die Mundgesundheit der Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) sowie der Seniorinnen und Senioren (65- bis 74-Jährige) in Österreich zu beobachten, führt die Koordinationsstelle Zahnstatus an der GÖG (Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit alle fünf Jahre zahngesundheitliche Erhebungen in diesen Altersgruppen durch. In der erwachsenen Population gelten Zahnverlust- und Zahnlosigkeitsraten bzw. die volle Kaufähigkeit (vollständige Gebissfunktion) als die wesentlichen Indikatoren zur Beschreibung des Mundgesundheitszustandes.

Die Ergebnisse der GÖG/ÖBIG-Erhebungen (in den Jahren 2000, 2005 und 2010) zeigen, dass sich die Mundgesundheit der erwachsenen bzw. älteren Österreicher/innen gegenwärtig bereits auf sehr hohem Niveau befindet. Wie in anderen westeuropäischen Ländern (z. B. die Schweiz, Deutschland, Dänemark, Italien und Frankreich) reduzieren sich auch bei Österreicherinnen und Österreichern Zahnverlust und Zahnlosigkeit immer mehr, sodass völlige Zahnlosigkeit bei 35- bis 44-Jährigen ein vernachlässigbares Problem darstellt (die Prävalenzrate liegt bei 0,4 %). In der Seniorenaltersklasse liegt die Prävalenzrate von völliger Zahnlosigkeit derzeit auf dem niedrigen Niveau von 16 Prozent. Demgegenüber besitzt heute bereits über die Hälfte (51 %) der 35- bis 44-Jährigen noch ein vollständiges natürliches Gebiss mit sämtlichen eigenen Zähnen. Von den befragten Senioren und Seniorinnen verfügen immerhin schon neun Prozent noch über ein komplett funktionsfähiges natürliches (eigenes) Gebiss.

Der prothetische Sanierungsgrad bei Personen mit Lückengebiss ist in den vergangenen zehn Jahren bemerkenswert angestiegen. Derzeit berichten 77 Prozent der 35- bis 44-Jährigen und 89 Prozent der Seniorinnen und Senioren von einer kompletten Gebissfunktion (natürlich oder artifiziell). Hinsichtlich Prothesenkonstruktionen zeichnet sich in der erwachsenen Bevölkerung ein klarer Trend zu hochwertigem, festsitzendem Zahnersatz ab.

Der häufigste Grund für Zahnverlust im Erwachsenenalter ist erwiesenermaßen Parodontitis (Zahnbettentzündung), wobei die Prävalenz mit ansteigendem Lebensalter zunimmt (Micheelis 2006, Braukhoff 2009). Aussagekräftige Daten zur Verbreitung von Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontopathien) stehen aber in Österreich bislang noch nicht zur Verfügung. In den letzten GÖG/ÖBIG-Befragungen im Jahr 2010 sagen beinahe ein Drittel (31 %) der 35- bis 44-Jährigen und ein Viertel (26 %) der Seniorinnen und Senioren, dass sie im vergangenen Monat Probleme mit ihrem Zahn-

fleisch hatten. Da aber Erkrankungen des Zahnbettes in frühen Stadien von Patientinnen und Patienten subjektiv nicht wahrgenommen werden, dürften die tatsächlichen Prävalenzraten von Parodontopathien in Österreich bei weitem höher liegen. Infolge unbehandelter oder verschleppter Parodontalerkrankungen kommt es letztendlich zum Zahnverlust. Insofern sind Präventionsmaßnahmen und Früherkennung bzw. -behandlung bei Erkrankungen des Zahnhalteapparates von großer Bedeutung. Um den Verbreitungsgrad von Parodontitis oder den parodontalen Behandlungsbedarf in der erwachsenen Bevölkerung genau auszuweisen, bedarf es aber zuverlässiger epidemiologischer Daten aus klinischen Untersuchungen.

Die Erfolge in der Mundgesundheit, die letztlich zur Verminderung des Zahnverlustes führten, wurden vermutlich durch den allgemeinen Kariesrückgang (ÖBIG 1997 bis 2009) und das vermehrte Fokussieren zahnärztlicher Behandlung auf Zahnerhaltung erreicht. Das Erhalten von mehr Zähnen bei Erwachsenen sowie bei Seniorinnen und Senioren wird sich auch zukünftig mit wirksamen prophylaktischen Maßnahmen wie regelmäßige effektive Mundhygiene mit fluoridierter Zahnpasta, regelmäßig jährliche zahnärztliche Kontrollbesuche sowie regelmäßige professionelle Zahnreinigung (PZR) weiter fortsetzen.

Die letzte GÖG/ÖBIG-Erhebung bescheinigt der erwachsenen Bevölkerung große Selbstverantwortung in Bezug auf oralpräventives Verhalten. Tägliche Mundhygiene ist durchwegs schon fester Bestandteil des Alltags. 97 Prozent der 35- bis 44-Jährigen und 98 Prozent der 65- bis 74-Jährigen sagen, dass sie regelmäßig täglich Zähne putzen.

Der gegenwärtigen Entwicklung entsprechend werden in Zukunft immer mehr alte Menschen mehr Zähne lebenslang behalten. Totalprothesenträger/innen werden in den nächsten Generationen deutlich seltener. Völlige Zahnlosigkeit wird erst in immer höherem Lebensalter eintreten. Die Konsequenzen der Alterung unserer Gesellschaft sind für das zahnärztliche Versorgungssystem gegenwärtig aber noch nicht genau absehbar. Die Anzahl an älteren Menschen mit speziellen gesundheitlichen bzw. mundgesundheitslichen Bedürfnissen wird jedenfalls ansteigen.

Um dem zukünftigen Versorgungsbedarf entsprechen zu können, sind die Bereiche Ausbildung der Zahnärzte und Zahnärztinnen oder die Einführung anderer zahnmedizinischer Berufe in den Fächern Parodontologie und Alterszahnmedizin bzw. eine Spezialisierung nach dem Zahnmedizinstudium sowie eine bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit Zahnärztinnen und Zahnärzten zu diskutieren.

Inhalt

Kurzfassung	III
1 Einleitung	1
2 Studiendesign.....	3
2.1 Problemstellung.....	3
2.2 Erhebungsinstrument.....	4
2.3 Stichprobe	6
3 Die 35- bis 44-Jährigen.....	9
3.1 Bedeutung der Mundgesundheit.....	9
3.2 Mundhygienegewohnheiten.....	10
3.3 Zahnärztliche Inanspruchnahme.....	15
3.4 Ausgaben für zahnärztliche Leistungen	20
3.5 Gebissstatus	21
3.6 Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ)	25
3.7 Behandlungsbedarf	32
4 Die 65- bis 74-Jährigen.....	36
4.1 Bedeutung der Mundgesundheit.....	36
4.2 Mundhygienegewohnheiten.....	37
4.3 Zahnärztliche Inanspruchnahme.....	38
4.4 Ausgaben für zahnärztliche Leistungen	42
4.5 Gebissstatus	43
4.6 Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ)	46
4.7 Behandlungsbedarf	53
5 Mundgesundheit bei Erwachsenen 2000 bis 2010	56
5.1 Die 35- bis 44-Jährigen.....	56
5.2 Die 65- bis 74-Jährigen.....	59
6 Erwachsene im internationalen Vergleich.....	64
7 Resümee	67
Literaturverzeichnis	72

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1:	35- bis 44-Jährige - Stichprobenziehung 2010, in Prozent.....	7
Abbildung 2.2:	65- bis 74-Jährige - Stichprobenziehung 2010, in Prozent.....	8
Abbildung 3.1:	35- bis 44-Jährige - Antworten zur Verwendung von Mundpflegeprodukten	13
Abbildung 3.2:	35- bis 44-Jährige - Antworten zur Inanspruchnahme der professionellen Zahnreinigung (PZR) und Geschlecht	14
Abbildung 3.3:	35- bis 44-Jährige - Antworten zum Grund des letzten Zahnarztbesuchs und Geschlecht	16
Abbildung 3.4:	35- bis 44-Jährige - Antworten zum Grund des letzten Zahnarztbesuchs und Migration	17
Abbildung 3.5:	35- bis 44-Jährige - Antworten zum Grund für seltene zahnärztliche Besuche	18
Abbildung 3.6:	35- bis 44-Jährige - Antworten bezüglich zahnärztlicher Empfehlung zur Parodontalbehandlung und Geschlecht, Migration und Bildung.....	19
Abbildung 3.7:	35- bis 44-Jährige - Antworten zur Durchführung einer Parodontalbehandlung und Geschlecht, Migration und Bildung	20
Abbildung 3.8:	35- bis 44-Jährige - Antworten zu privaten zahnärztlichen Prophylaxe- bzw. Behandlungsausgaben in Prozent der Stichprobe und Geschlecht, Migration und Bildung	21
Abbildung 3.9:	35- bis 44-Jährige - Antworten zum Vorhandensein eines vollständigen natürlichen Gebisses in Prozent der Stichprobe und Geschlecht, Migration und Bildung	22
Abbildung 3.10:	35- bis 44-Jährige - Antworten zum Vorhandensein eines versorgten Lückengebisses und festsitzenden Zahnersatzes in Prozent der Stichprobe nach Geschlecht, Migration und Bildung.....	23
Abbildung 3.11:	35- bis 44-Jährige - Unversorgtes Lückengebiss in Prozent der Stichprobe und Geschlecht, Migration und Bildung	24

Abbildung 3.12:	35- bis 44-Jährige - Selbsteinschätzung des Mundgesundheitszustandes und Geschlecht, Migration und Bildung, in Prozent der Befragten.....	26
Abbildung 3.13:	35- bis 44-Jährige - Verteilung der OHIP-Gesamtwerte auf die Probandinnen und Probanden	30
Abbildung 3.14:	35- bis 44-Jährige - OHIP-Mittelwert und Geschlecht, Migration und Bildung	31
Abbildung 4.1:	35- bis 44-Jährige - Antworten zu Mundhygieneprodukten nach Häufigkeit ihrer Verwendung	38
Abbildung 4.2:	65- bis 74-Jährige - Antworten zum Grund der seltenen zahnärztlichen Inanspruchnahme	41
Abbildung 4.3:	65- bis 74-Jährige - Antworten zur Durchführung einer Parodontalbehandlung und Geschlecht, Migration und Bildung.....	42
Abbildung 4.4:	65- bis 74-Jährige - Antworten zu privaten zahnärztlichen Prophylaxe- bzw. Behandlungsausgaben und Geschlecht	43
Abbildung 4.5:	65- bis 74-Jährige - Antworten zu vollständigem natürlichem Gebiss und Geschlecht, Migration und Bildung.....	44
Abbildung 4.6:	65- bis 74-Jährige - Antworten zur Selbsteinschätzung des Mundgesundheitszustandes und Geschlecht, Migration und Bildung.....	47
Abbildung 4.7:	65- bis 74-Jährige - Verteilung der OHIP-Gesamtwerte auf die Probandinnen und Probanden	51
Abbildung 4.8:	65- bis 74-Jährige - OHIP-Mittelwert und Geschlecht, Migration und Bildung	52
Abbildung 4.9:	65- bis 74-Jährige - OHIP-Mittelwert und Selbsteinschätzung der Mundgesundheit	53

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1:	Subskalen des OHIP-G14	5
Tabelle 3.1:	35- bis 44-Jährige - Antworten zum Stellenwert der Mundgesundheit und Geschlecht.....	10
Tabelle 3.2:	35- bis 44-Jährige - Antworten zur Häufigkeit des Zähneputzens und Geschlecht.....	11
Tabelle 3.3:	35- bis 44-Jährige - Antworten zur Häufigkeit des Zähneputzens und Bildung.....	11
Tabelle 3.4:	35- bis 44-Jährige - Antworten zur Häufigkeit des Zähneputzens und Migration.....	12
Tabelle 3.5:	35- bis 44-Jährige - Antworten zum Zeitpunkt des letzten Zahnarztbesuches und Geschlecht	15
Tabelle 3.6:	35- bis 44-Jährige - Antworten auf OHIP-Fragen	27
Tabelle 3.7:	35- bis 44-Jährige - Antworten zu OHIP-G14-Fragen und Geschlecht, Migration und Bildung	29
Tabelle 4.1:	65- bis 74-Jährige - Antworten zum Stellenwert der Mundgesundheit und Geschlecht.....	36
Tabelle 4.2:	65- bis 74-Jährige - Antworten zur Häufigkeit des Zähneputzens und Geschlecht.....	37
Tabelle 4.3:	65- bis 74-Jährige - Antworten zum Zeitpunkt des letzten Zahnarztbesuches und Migration	39
Tabelle 4.4:	65- bis 74-Jährige - Antworten zum Grund des letzten Zahnarztbesuches und Bildung	40
Tabelle 4.5:	65- bis 74-Jährige - Antworten auf OHIP-Fragen	49
Tabelle 4.6:	65- bis 74-Jährige - Antworten auf OHIP-G14-Fragen und Geschlecht, Migration und Bildung	50
Tabelle 5.1:	35- bis 44-Jährige - Antworten zur Selbsteinschätzung der Mundgesundheit 2000, 2005 und 2010	56
Tabelle 5.2:	35- bis 44-Jährige - Gebissstatus 2000, 2005 und 2010	57
Tabelle 5.3:	65- bis 74-Jährige - Antworten zur Selbsteinschätzung der Mundgesundheit 2000, 2005 und 2010	60
Tabelle 5.4:	65- bis 74-Jährige - Gebissstatus 2000, 2005 und 2010	60

Tabelle 5.5:	65- bis 74-Jährige – Antworten zum Zeitpunkt des letzten Zahnarztbesuchs 2000, 2005 und 2010	62
Tabelle 6.1:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2010 bei Erwachsenen – Zahnlosigkeitsraten europäischer Länder 2000–2010	65

1 Einleitung

Die Koordinationsstelle-Zahnstatus in der Gesundheit Österreich (GÖG/ÖBIG) ist vom Bund beauftragt, jährliche Untersuchungen zur Zahngesundheit der österreichischen Bevölkerung durchzuführen. Regelmäßig (Wiederholungsuntersuchungen alle fünf Jahre) werden die von der WHO festgelegten Indexaltersgruppen erhoben. Diese umfassen Sechsjährige, Zwölfjährige, 18-Jährige sowie 35- bis 44-Jährige und 65- bis 74-Jährige.

Erwachsene (35- bis 44-Jährige) und Seniorinnen bzw. Senioren (65- bis 74-Jährige) erhob das ÖBIG - nach einer einjährigen Vorbereitungszeit 1999 - erstmals im Jahr 2000. Der Zugang zur erwachsenen Population hat sich im Gegensatz zu den Indexaltersgruppen bei Kindern und Jugendlichen - ein repräsentatives Studiensample für die klinische Untersuchung ist über das Schulsystem relativ einfach zu erreichen - als besonders kompliziert erwiesen. Da keine repräsentative Stichprobe bei Erwachsenen- gruppen erhoben werden konnte, sind die Ergebnisse der Erhebung 2000 trotz des hohen Aufwandes nur sehr eingeschränkt repräsentativ. Aus diesem Grund beschloss die Koordinationsstelle Zahnstatus in Absprache mit dem Auftraggeber in den Wiederholungserhebungen auf die klinische Untersuchung zu verzichten und Mundgesundheitsdaten nach dem WHO-Stepwise-Approach-Modell zu erfassen (EGOHID II, Health Surveillance in Europe, Lyon 2004-2008). Der Step-One-Survey sieht lediglich eine mundgesundheitsbezogene Befragung der Probandinnen und Probanden (Questionnaire Data) vor.

Dementsprechend erfolgte die zweite Erhebung bei den 35- bis 44-Jährige und 65- bis 74-Jährige im Jahr 2005 in Form einer Telefonbefragung (Computer Assistent Telephone Interview System). In diesem Survey wurde auch zum ersten Mal in Österreich anhand der deutschen Kurzversion des Oral Health Impact Profile (OHIP-G14) die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ) nach international standardisiertem Maßstab erfasst. Die dritte Erhebung in der erwachsenen Bevölkerung führte die Gesundheit Österreich im Frühjahr 2010 nach genau dem gleichen Design durch.

Aus der Vergleichsanalyse der Ergebnisse von 2000 und 2005 geht eindeutig eine Stärkung der mundgesundheitsbezogenen Selbstverantwortung in den erwachsenen Bevölkerungsgruppen in Österreich hervor. Während im Jahr 2000 ein erheblicher Teil der Erwachsenen bzw. Seniorinnen und Senioren Mundhygiene noch nicht regelmäßig praktizierte, gehörte im Jahr 2005 das Zähneputzen bereits zu den täglichen Routinehandlungen. Auch der Prozentanteil der Erwachsenen, die eine Zahnarztpraxis lediglich der Kontrolle wegen aufsuchten, ist in den fünf Jahren von 53 Prozent auf 72 Prozent angestiegen (bei den Seniorinnen und Senioren erhöhte sich der entsprechende Anteil von 44 % auf 66 %).

Dieser Bericht analysiert die letzten Befragungsergebnisse in den erwachsenen Altersgruppen und dokumentiert somit die neueste Entwicklung zu Mundgesundheit und Lebensqualität (Ergebnisse der letzten Erhebung im Jahr 2010 bei 35- bis 44-Jährigen – Kapitel 3, bei 65- bis 74-Jährigen – Kapitel 4, Entwicklung von 2000 bis 2010 – Kapitel 5, Europäischer Vergleich – Kapitel 6).

2 Studiendesign

2.1 Problemstellung

Sich des bestmöglichen Gesundheitszustands zu erfreuen (WHO-Ziel 2020) ist ein Grundrecht des Menschen. Vor diesem Hintergrund postulierte die WHO ganzheitliche Gesundheitspolitik auf Grundlage sozialer Gerechtigkeit, Chancengleichheit und Solidarität, doch mit großer Betonung der Verantwortung des Einzelnen (WHO Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ 2005).

Ein wichtiger Teil der Gesundheit ist die Mundgesundheit. Sie kann den allgemeinen Gesundheitszustand einer Person stark beeinflussen, z. B. können entzündlich bedingte Herzklappenerkrankungen (Endokarditis) durch Besiedlung mit Mundhöhlenbakterien entstehen. Diskutiert werden auch mögliche Zusammenhänge von Zahnfleischerkrankungen und Arteriosklerose, Diabetes oder Frühgeburten (Jansson 2006). Unbehandelter Zahnverlust führt durch Störungen der Kaufunktion, Nahrungsaufnahme sowie Phonetik (Lautbildung) und Ästhetik zu einer Verminderung der Lebensqualität (ÖBIG 2006). Aussehen und Funktionalität der eigenen Zähne sind für Psyche und sozialen Kontakt überaus bedeutend.

Mundgesundheit bezieht sich auf die uneingeschränkte Funktionalität und Entzündungs- sowie Beschwerdefreiheit aller Strukturen des Zahn-Mund- und Kiefersystems (stomatognathes System). Mundgesundheit verleiht Menschen die Fähigkeit, ein breites Spektrum an Nahrungsmitteln zu kauen und deutlich zu sprechen, ein sozial akzeptables Lächeln sowie ein entsprechendes dentofaziales Profil (Gesicht und Zähne betreffend), sich im Mundbereich wohl zu fühlen, frei von Schmerzen zu sein und einen frischen Atem zu haben (Sheiham 1997).

Weltweit ist zu beobachten, dass sozial schwächer situierte Menschen überdurchschnittlich häufig von Krankheiten betroffen sind. Die bisherigen Zahnstatuserhebungen der Koordinationsstelle verweisen z. B. auf die ungleiche Verteilung von Zahnerkrankungen. Große Unterschiede in der Verbreitung von Karies und Zahnfleischerkrankungen bestehen zwischen jenen Personen aus privilegierter soziökonomischer Schicht und jenen aus sozial benachteiligten Verhältnissen sowie solchen mit Migrationshintergrund. Das Kariesrisiko ist in diesen Personengruppen überdurchschnittlich hoch (GÖG/ÖBIG 1997–2009).

Infolge der rasanten Entwicklung auf allen Gebieten der Medizin leben in den meisten Industrieländern zunehmend mehr ältere Menschen. Sie bedürfen aufgrund häufig bestehender Multimorbidität spezieller medizinischer und pflegerischer Betreuung und Aufmerksamkeit. Dies betrifft auch die mund- und zahngesundheitliche Versorgung.

Es ist sehr wichtig, dass die Schwerpunkte in der zahnmedizinischen Versorgung der demografischen Entwicklung angepasst werden. Spezielles Augenmerk muss sich auch auf die zahnmedizinische Betreuung von Menschen in prekären Lebenslagen richten, die von Mund- und Zahnerkrankungen sehr häufig besonders stark betroffen sind.

Flächendeckende und wohnortnahe zahnmedizinische Versorgung gehört elementar zur medizinischen Grundversorgung. Ein wesentlicher Schwerpunkt liegt in der Prävention. Zahnmedizinische Vorsorge muss Teil einer auf gesunde Lebensverhältnisse ausgerichteten Strategie der öffentlichen Gesundheitsförderung sein. Dabei geht es auch um die Stärkung des Gesundheitsbewusstseins und der Eigenverantwortung (Selfempowerment) sowie um die Herstellung der Chancengleichheit beim Zugang zu präventiven und therapeutischen Ressourcen. Insbesondere müssen Menschen in schwierigen sozialen Lebensverhältnissen erreicht werden.

Unverzichtbare Basis von modernen bedarfsgerechten Oral-Public-Health-Konzepten sind laufendes Monitoring (Zahnstatuserhebungen) der Bevölkerung bzw. Umfragen zur Bedarfsermittlung. Mit dem vorliegenden Survey sollen Fragen wie – Wie gesund sind die Zähne der Erwachsenen bzw. der Seniorinnen und Senioren in Österreich? Wie hoch ist die Zahnverlustrate? Welchen Prozentsatz macht die völlige Zahnlosigkeit aus? Wie häufig finden sich Parodontalerkrankungen in der Bevölkerung? Wie hoch ist die Zahnarztinanspruchnahme? Wie groß ist die mundgesundheitsliche Selbstverantwortung? Welche sozialen Faktoren beeinflussen die Mundgesundheit? etc. – geklärt werden.

Auf internationaler Ebene gewinnt auch die Erforschung der subjektiven Gesundheit und Lebensqualität zunehmend an Bedeutung (Micheelis 2003, OBIG 2005, IDZ 2006). Aus diesem Grund erhebt die Koordinationsstelle Zahnstatus seit dem Jahr 2005 auch die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ) in den erwachsenen Altersgruppen.

2.2 Erhebungsinstrument

Als Erhebungsinstrument verwendet die Koordinationsstelle Zahnstatus einen Fragebogen, der sich streng am neuen EGOHID II (European Global Oral Health Indicators Development Programme, Bourgeois 2008) orientiert. Die Probandinnen und Probanden sind aufgefordert, Fragen zu

- » Soziodemografie (Geschlecht, Alter, höchster Schulabschluss, Migrationsstatus),
- » Bedeutung und Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes,
- » Mundhygieneverhalten,

- » Zahnärztinanspruchnahme,
- » Ausgaben für zahnärztliche Leistungen und
- » Gebissstatus (Vollständigkeit des Gebisses) bzw. zum Zahnersatz

zu beantworten.

Zusätzlich zu diesen Fragen ist es auch ein Anliegen, Daten zur mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität (MLQ) in Österreich zu erhalten. Mit der deutschen Kurzversion des Oral Health Impact Profile (OHIP-G14) wird ein Untersuchungsinstrument eingesetzt, das diesbezüglich international vergleichbare Ergebnisse liefert.

OHIP-G14 ist spezifisch auf die subjektive Wahrnehmung der Lebensqualität in Abhängigkeit von der oralen Gesundheit (MLQ) ausgerichtet. Der Fragebogen enthält sieben Überbegriffe (Subskalen), welchen insgesamt 14 Fragen (Items) zugeordnet sind. Die Koordinationsstelle Zahnstatus erweiterte OHIP-G14 noch um drei der ursprünglichen, englischen Originalversion (OHIP-G49) entstammenden Fragen (Items), sodass auf Basis des OHIP schließlich insgesamt 17 Fragen zu beantworten waren.

Die Fragen des OHIP beziehen sich auf im Zeitraum des vergangenen Monats erlebte Beeinträchtigungen der allgemeinen Lebensqualität im Zusammenhang mit oralen Problemen. Die Befragten sollen die Antworten auf einer Mehrstufenskala angeben, wobei folgende Abstufungen möglich sind: „nie“ = Code 0, „kaum“ = Code 1, „ab und zu“ = Code 2, „oft“ = Code 3, und „sehr oft“ = Code 4 (John und Micheelis 2003).

Tabelle 2.1:
Subskalen des OHIP-G14

Überbegriffe (Subskalen) des OHIP-G14	Anzahl zugeordneter Fragen (Items)
Funktionelle Einschränkungen (Functional limitation)	2
Schmerzen (Physical pain)	2
Psychisches Unwohlsein/Unbehagen (Psychological discomfort)	2
Physisches Beeinträchtigung (Physical disability)	2
Psychische Beeinträchtigung (Psychological disability)	2
Soziale Beeinträchtigung (Social disability)	2
Benachteiligung/Behinderung (Handicap)	2

Quelle: OHIP-G14 (vgl. John und Micheelis 2003)

Die Summe der Antwortencodes aller 14 OHIP-Items ergibt einen OHIP-Summenwert pro Person. Dieser Wert zeigt das individuelle Ausmaß der eingeschränkten, mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität (MLQ) an. Der für die einzelnen Personen berechnete OHIP-Summenwert (Gesamtwert) kann dann, sobald ausreichend Daten verfügbar

sind (OHIP-Erhebungen in diversen Altersgruppen und diversen Staaten), mit Bevölkerungs-Normwerten verglichen werden. (vgl. John und Micheelis 2003)

2.3 Stichprobe

Die Koordinationsstelle strebt bei den erwachsenen Indexaltersgruppen den Richtlinien der Oral Health Surveys (WHO 1997) folgend pro Altersgruppe eine Stichprobengröße von 300 Probandinnen und Probanden unter Beachtung der Parität der Geschlechter an. Diese Anzahl gewährleistet bundesweite Aussagen.

Stichprobenziehung und Datenerhebung

Marktforschungsinstitute verfügen sowohl über Daten als auch über das Know-how für die Durchführung bevölkerungsrepräsentativer Erhebungen. Aus diesem Grunde beauftragte die Gesundheit Österreich das Institut für empirische Sozialforschung (IFES) mit der Stichprobenziehung und der Datenerhebung.

IFES setzt bei Telefonumfragen ein CATI-System (Computer Assistent Telephone Interview System) ein, das im eigenen Callcenter betrieben wird. Hier stehen 70 CATI-Stationen zur Verfügung, die mit modernster Software ausgerüstet sind.

Die Stichproben wurden per Zufallsstichprobe gezogen. Um eine repräsentative Abbildung der Bevölkerung in CATI-Studien zu gewährleisten, müssen sowohl Geheimtelefonnummern als auch nicht im Telefonbuch eingetragene Handynummern berücksichtigt werden. Zur Abdeckung der nicht eingetragenen Telefonnummern kommt im IFES das Random-Last-Digits-Verfahren (RLD) zur Anwendung. Ausgehend von den eingetragenen Telefonnummern im Telefonbuch werden sogenannte Nummernblöcke generiert, bei denen die letzten beiden Stellen der Rufnummer ersetzt und mit den Zahlen 00 bis 99 aufgefüllt werden.

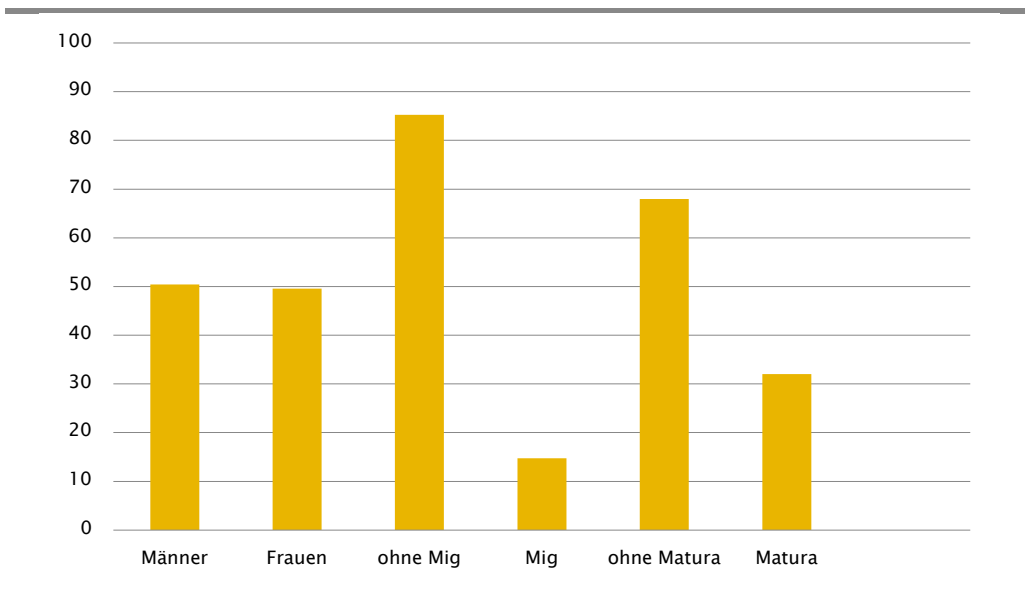
Vor Befragungsbeginn erfolgte eine Einschulung der Interviewer/innen auf die konkrete Studie. Erfahrene Supervisoren begleiteten das Erhebungsteam. Nach erfolgter Freigabe des Fragebogens durch die Koordinationsstelle Zahnstatus (Auftraggeber) führte IFES zuerst einige Probeinterviews durch, um sich von der einwandfreien Funktionalität und Verständlichkeit des Fragebogens zu überzeugen. Dann erst startete die eigentliche Erhebung (Befragungsphase). Die Telefonumfragen wurden im ersten Quartal 2010 durchgeführt.

Darstellung der Studienpopulation

Die von der Koordinationsstelle Zahnstatus angestrebte Stichprobengröße wurde auch erreicht. Insgesamt beteiligten sich 600 Personen an der Erhebung. Davon fielen 300 Personen in die Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen und 300 zählten zur Untersuchungsgruppe der 65- bis 74-Jährigen. Der Datensatz wurde nach soziodemografischen Variablen gewichtet, wobei sehr niedrige Gewichte zum Einsatz kamen. Dies spricht für eine sehr hohe Datenqualität.

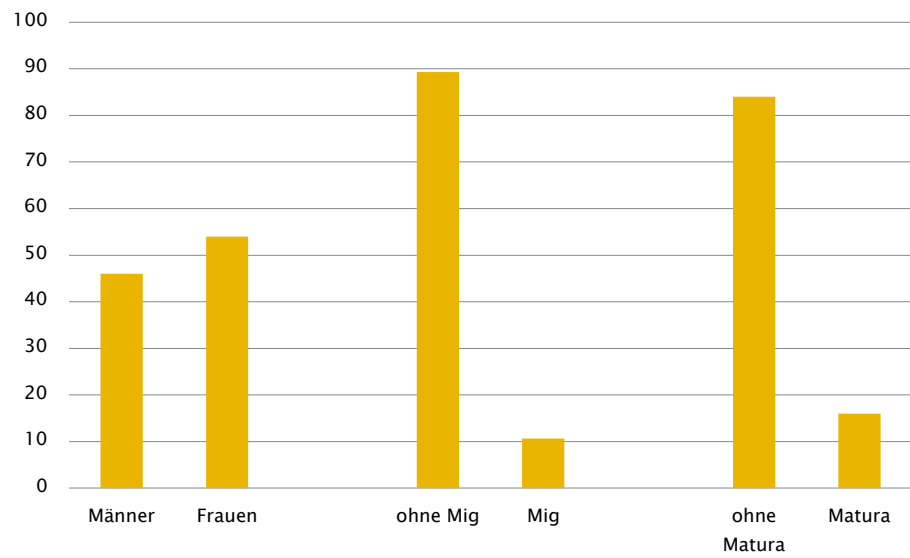
Wie sich das Studiensample nach soziodemografischen Merkmalen (Geschlecht, Bildung und Migration) zusammensetzt, ist in Abbildung 2.1 dargestellt.

Abbildung 2.1:
35- bis 44-Jährige - Stichprobenziehung 2010, in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG

Abbildung 2.2:
65- bis 74-Jährige - Stichprobenziehung 2010, in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG

3 Die 35– bis 44–Jährigen

Die folgende Beschreibung der Ergebnisse beinhaltet die Antworten von 300 interviewten Personen. Die Hälfte der Befragten sind Frauen. Wie sich das Studiensample nach Bildungsstatus (höchster Schulabschluss ohne Matura versus mit Matura), Migrationsstatus (ohne Migrationshintergrund versus Migrationshintergrund) aufgliedert, ist aus Abbildung 2.1 und Abbildung 2.2 ersichtlich.

Antworten zur Bedeutung bzw. zur Selbsteinschätzung der Mundgesundheit, zum Gebissstatus sowie zum mundgesundheitsrelevanten Verhalten sind nach Geschlecht, Migrationsstatus und nach Ausbildung erläutert. Dabei werden folgende Abkürzungen verwendet: *ohne Mig* für Personen ohne Migrationshintergrund, *Mig* für Personen mit Migrationshintergrund (das sind jene Frauen und Männer, die nicht in Österreich geboren sind bzw. wenn mindestens ein Elternteil nicht in Österreich geboren ist), *ohne Matura* für Personen, die die Matura nicht haben und *Matura* für Personen, die maturiert haben. Auf Basis der OHIP-G14-Fragen (vgl. Tabelle 2.1) sollen unter Beachtung soziodemografischer Merkmale auch die Zusammenhänge zwischen oraler Gesundheit und dem allgemeinen Wohlbefinden herausgefunden werden.

Zur Qualität der Ergebnisse ist zu erwähnen, dass die oralen Daten mittels Befragungen erhoben wurden, also Selbstangaben der Probandinnen und Probanden sind und nicht durch zahnmedizinische, klinische Untersuchung ermittelt wurden.

3.1 Bedeutung der Mundgesundheit

Die WHO postulierte als globales Ziel bestmögliche Gesundheit für alle Menschen. Auf persönlicher Ebene motiviert das Wissen über den hohen Stellenwert von Gesundheit zu eigenverantwortlichem gesundheitsbewussten Verhalten (Micheelis 2003).

Der Mundgesundheit attestieren die 35– bis 44–Jährigen sehr große Bedeutung. Mehr als drei Viertel (78 %) der Befragten (viel häufiger Frauen als Männer) sagen, dass es *sehr wichtig* ist, gesunde Zähne und gesundes Zahnfleisch zu besitzen. Zusätzliche 20 Prozent der Interviewten finden gute Mundgesundheit immerhin *wichtig*. Lediglich ein geringer Prozentsatz (2 %) messen der Mundgesundheit *weniger* Bedeutung bei (häufiger Männer als Frauen vgl. Tabelle 3.1). Bildungs– bzw. Migrationsstatus der Befragten zeigen nach den vorliegenden Daten diesbezüglich keinen Einfluss.

Tabelle 3.1:

35- bis 44-Jährige – Antworten zum Stellenwert der Mundgesundheit und Geschlecht

Bedeutung von Mundgesundheit	Männer %	Frauen %	Gesamt %
sehr wichtig	72	84	78
wichtig	24	16	20
weniger wichtig	4	0	2
gar nicht wichtig	0	0	0
keine Angabe	0	0	0

Quelle: GÖG/ÖBIG

Rauchen

Die Frage nach den Rauchgewohnheiten beantworteten alle Probandinnen und Probanden. Mehr als *zwei Drittel* (70 %) der Interviewten geben an, *gar nicht* zu rauchen. Demgegenüber raucht beinahe *ein Viertel* (24 %) der Erwachsenen *regelmäßig täglich*, während *sechs Prozent* sagen, dass sie nur *gelegentlich* zur Zigarette greifen. Nicht-rauchen findet sich häufiger unter den Frauen (*78 % Frauen versus 61 % Männer*) sowie unter jenen Erwachsenen, die keinen Migrationshintergrund aufweisen (*70 % ohne Mig versus 66 % Mig*) oder jenen, die maturiert haben (*74 % mit Matura versus 68 % ohne Matura*).

Regelmäßiges Rauchen schädigt nicht nur die Allgemeingesundheit. Raucher haben auch ein 15-fach erhöhtes Risiko, ihre Zähne vorzeitig zu verlieren. Selbst sorgfältiges Zähneputzen hilft nicht gegen den drohenden Zahnausfall: „Das Gift aus dem Tabak schadet dem Zahnfleisch auch bei optimaler Mundhygiene“, sagt Professor Michael J. Noack, Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie am Klinikum der Universität Köln. Aufhören lohnt sich auch für die Zähne: Nach einem halben Jahr sind die Heilungschancen bei Parodontitis genauso gut wie bei Nichtrauchern, ermutigt der Experte die Tabaksüchtigen zum Verzicht (ÖBIG 2005).

3.2 Mundhygienegewohnheiten

Das Risiko für Wurzelkaries und Parodontalerkrankungen nimmt mit dem Erwachsenenalter stark zu. Mit zunehmendem Alter gehen mehr Zähne aufgrund von Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontium), und weniger wegen Karies verloren. In der Regel können diese Zahnerkrankungen aber mit effizienter Mundhygiene, gesunden Ernährungsgewohnheiten und regelmäßigen zahnärztlichen Kontroll-Besuchen zum größten Teil verhindert werden (ÖBIG 2005, DMS IV 2006).

Zähneputzen

Auf die Frage nach der Frequenz des Zähneputzens geben mehr als zwei Drittel der Befragten (69 %) an, sich *zweimal täglich* die Zähne zu putzen. 13 Prozent reinigen ihre Zähne sogar *öfter als zweimal täglich*, während 16 Prozent *einmal täglich* putzen. Rund zwei Prozent der erhobenen Personen (nur Männer) geben allerdings an, ihre Zähne nicht täglich zu reinigen und immerhin ein Prozent der Interviewten (nur Männer) sagen, dass sie überhaupt nicht Zähneputzen (vgl. Tabelle 3.2).

Tabelle 3.2:

35- bis 44-Jährige – Antworten zur Häufigkeit des Zähneputzens und Geschlecht

Häufigkeit des Zähneputzens	Männer %	Frauen %	Gesamt %
2 x täglich	61	76	69
öfter als 2 x täglich	10	16	13
1 x täglich	24	8	16
weniger als 1 x täglich	3	0	2
nie	2	0	1
keine Angabe	0	0	0

Quelle: GÖG/ÖBIG

Männer, Personen ohne Matura sowie Personen mit Migrationshintergrund putzen ihre Zähne im Vergleich zu Frauen, Personen mit Matura und Personen ohne Migrationshintergrund etwas seltener. Sogenannte „Zahnputzmuffel“ (putzen ihre Zähne weniger als 1 x tgl.) finden sich noch vereinzelt in den Subgruppen der Männer, der Personen, die nicht maturiert haben sowie in der Migrantengruppe. In der Männergruppe, der Gruppe der Probandinnen und Probanden ohne Matura sowie unter den Personen ohne Migrationshintergrund finden sich vereinzelt sogar noch „Zahnputzverweigerer“ (putzen ihre Zähne nie vgl. Tabelle 3.2, Tabelle 3.3, Tabelle 3.4).

Tabelle 3.3:

35- bis 44-Jährige – Antworten zur Häufigkeit des Zähneputzens und Bildung

Häufigkeit des Zähneputzens	Ohne Matura %	Matura %	Gesamt %
2 x täglich	67	71	69
öfter als 2 x täglich	11	16	13
1 x täglich	18	12	16
weniger als 1 x täglich	2	1	2
nie	1	0	1
keine Angabe	0	0	0

Quelle: GÖG/ÖBIG

Tabelle 3.4:

35- bis 44-Jährige - Antworten zur Häufigkeit des Zähneputzens und Migration

Häufigkeit des Zähneputzens	Mig %	Ohne Mig %	Gesamt%
2 x täglich	62	67	69
öfter als 2 x täglich	13	11	13
1 x täglich	19	18	16
weniger als 1 x täglich	6	2	2
nie	0	1	1
keine Angabe	0	0	0

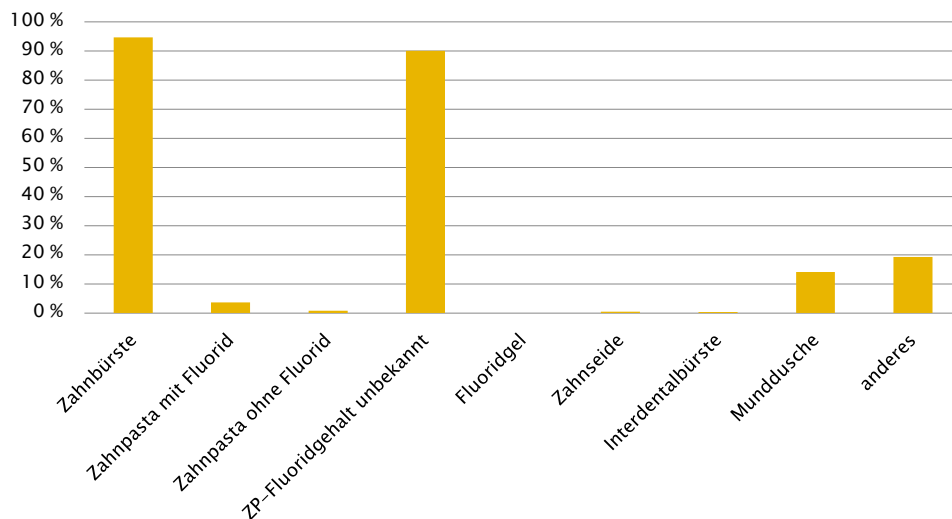
Quelle: GÖG/ÖBIG

Mundpflegeprodukte

Abbildung 3.1 zeigt, welche Pflegemittel 35- bis 44-jährige Österreicherinnen und Österreicher bei ihrer Zahn- und Mundpflege häufig verwenden bzw. welche Mundpflegeprodukte nur selten Anwendung finden. 95 Prozent der Befragten putzen ihre Zähne mit einer Zahnbürste. Demgegenüber verwenden fünf Prozent bei ihrer Mundhygiene *keine Zahnbürste*. Vier Prozent sagen, dass die Zahnpasta, die sie verwenden, Fluoride enthält, während ein Prozent der Interviewten beim Kauf der Zahnpasta absichtlich zur nicht fluoridierten greift. Die große Mehrheit gibt jedoch an (90 %), nicht zu wissen, ob ihre Zahnpasta Fluoride enthält. Fluoridgel wird von der vorliegenden Altersgruppe nicht verwendet. Zahnseide bzw. Interdentalbürstchen zur Reinigung der Zahnzwischenräume wenden lediglich 0,4 Prozent der Befragten regelmäßig an. 14 Prozent frischen ihren Mund mit einer Munddusche auf. 19 Prozent der Interviewten sagen, dass sie bei ihrer Mundpflege „andere“ Produkte verwenden. Worum es sich dabei handelt, wurde nicht angegeben.

Abbildung 3.1:

35- bis 44-Jährige - Antworten zur Verwendung von Mundpflegeprodukten



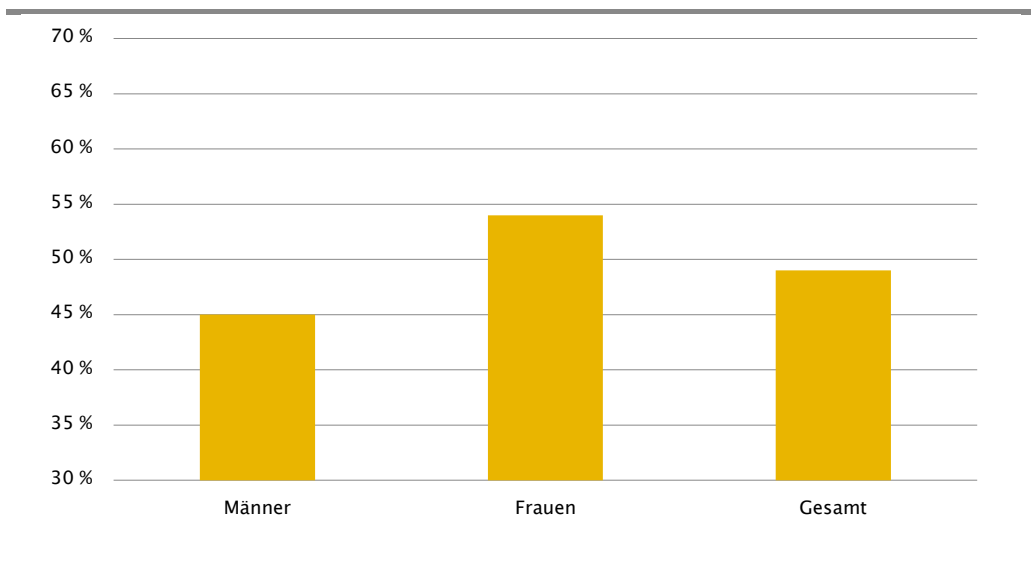
Quelle: GÖG/ÖBIG

Ein wesentlicher Teil effizienter Mundpflege besteht darin, die Zähne täglich unter Verwendung einer geeigneten *Zahnbürste* und einer *fluoridhaltigen Zahnpasta* von den schädigenden Zahnbelägen (Plaque) zu befreien. Fluoride bilden eine Schicht an der Zahnoberfläche und schützen somit Zähne und das Zahnfleisch vor den gefährlichen Mundhöhlenbakterien. Ganz wichtig für die Erhaltung der Mundgesundheit und ein unbedingtes Muss zur Vorbeugung vor Zahnverlust ist die tägliche *Reinigung der Zahnzwischenräume*. Welches Hilfsmittel (Zahnseide, Interdentälbürstchen, medizinische Zahnstocher) individuell am besten geeignet ist, muss die Patientin oder der Patient im Gespräch mit der Zahnärztin oder dem Zahnarzt klären. Will man die Gesamtzahl der Bakterien im Mundraum wirksam vermindern, dann sollte man neben den Zähnen auch die Zunge täglich mit einem Zungenreiniger (Zungenschaber) säubern. Mundduschen und „Mundwasser“ (Mundspülungen) gehören eher in den Bereich der Kosmetik als in den der Gesundheit. Für Gesunde sind sie im besten Fall ein Hilfsmittel bei der Mundhygiene, nicht mehr (Empfehlungen zur Oralprophylaxe erarbeitet durch die Kommission für Zahnmedizin und Prophylaxe des Obersten Sanitätsrates im Auftrag des BMGF, Wien 2003).

Professionelle Zahnreinigung (PZR)

Rund die Hälfte (49 %) der Befragten (dies sind 58 % der Personen, die angeben im letzten Jahr in einer Zahnarztpraxis gewesen zu sein) sagt, dass innerhalb der letzten zwölf Monate an ihren Zähnen eine PZR durchgeführt wurde (vgl. Abbildung 3.2). Nach Geschlecht sind dies 54 Prozent der Frauen und 45 Prozent der Männer.

Abbildung 3.2:
35- bis 44-Jährige - Antworten zur Inanspruchnahme der professionellen Zahnreinigung (PZR) und Geschlecht



Quelle: GÖG/ÖBIG

Karies und Parodontitis können bei professioneller Zahnbelagsentfernung durch das zahnärztliche Team (PZR) zum größten Teil verhindert werden. Es finden sich nämlich immer Nischen (eng stehende Zähne, Kronenränder, Zahnfleischtaschen etc.), die selbst der geübteste Zahnputzer ohne professionelle Hilfe nicht genügend sauber halten kann. Durch eine regelmäßige (empfohlen wird mindestens 1x pro Jahr), professionelle Zahnreinigung beim Zahnarzt oder der Zahnärztin werden jene schädlichen Beläge entfernt, die bei der täglichen Zahnreinigung nicht erreicht werden. Damit reduziert sich das Karies- und Parodontitisrisiko (www.zahnaerzte-nr.de/prof-reinigung.html 2005).

3.3 Zahnärztliche Inanspruchnahme

Zahnärztliche Besuche

Beinahe die Gesamtheit der Interviewten (94 %) gibt an, dass es für sie möglich ist, innerhalb von 30 Minuten von zuhause aus eine Zahnarztpraxis zu erreichen. Die große Mehrheit (85 %) der befragten Frauen und Männer sagt auch, dass sie innerhalb des letzten Jahres (innerhalb der letzten 12 Monate) zumindest einmal eine Zahnarztpraxis aufgesucht hat. Zusätzliche zehn Prozent suchten den Zahnarzt oder die Zahnärztin zumindest innerhalb der letzten zwei Jahre auf. Fünf Prozent der Befragten geben allerdings an, innerhalb der letzten zwei Jahre nicht in einer Zahnarztpraxis gewesen zu sein. Beim größeren Teil dieser Personen liegt der letzte Zahnarztbesuch bereits mehr als fünf Jahre zurück (vgl. Tabelle 3.5).

Nach Geschlecht betrachtet, nehmen deutlich häufiger Frauen als Männer regelmäßig zahnärztliche Leistungen in Anspruch (vgl. Tabelle 3.5). Die soziodemografischen Variablen Migration und Bildung ergeben keine eindeutige Verbindung zur Häufigkeit der Zahnarztinanspruchnahme.

Tabelle 3.5:

35- bis 44-Jährige – Antworten zum Zeitpunkt des letzten Zahnarztbesuches und Geschlecht

Letzter Zahnarztbesuch	Männer %	Frauen %	Gesamt %
innerhalb der letzten zwölf Monate	80	90	85
innerhalb der letzten zwei Jahre	12	7	10
innerhalb der letzten fünf Jahre	4	0,4	2
mehr als fünf Jahre her	4	2	3
war noch nie beim Zahnarzt	0	0	0
keine Angabe	0	0	0

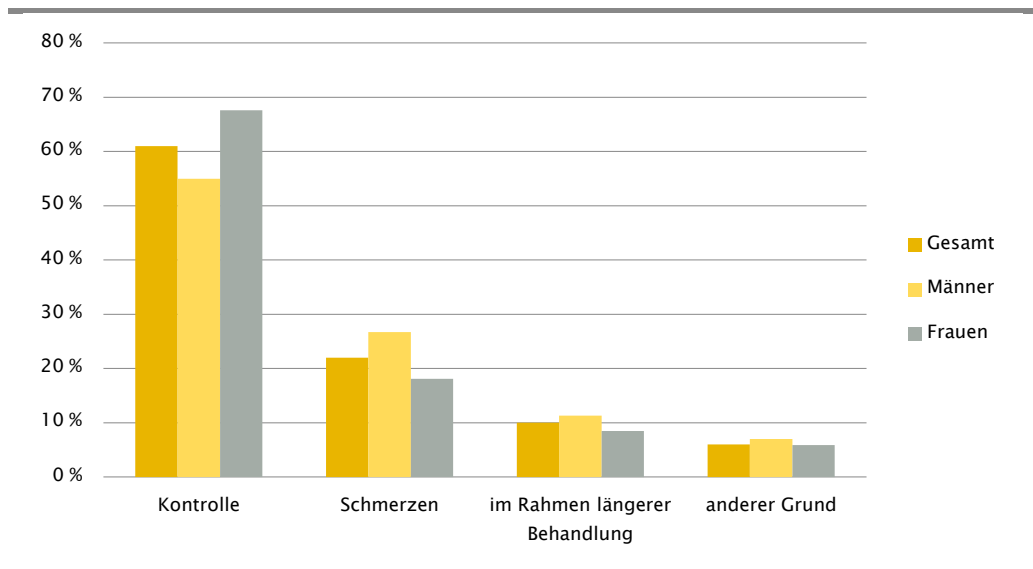
Quelle: GÖG/ÖBIG

In der Zahnmedizin sind regelmäßige zahnärztliche Kontrolluntersuchungen gewünscht (mindestens einmal jährlich laut Empfehlungen der Kommission für Zahnmedizin und Prophylaxe des OSR 2003).

Die Frauen und Männer wurden auch zum Grund des letzten Zahnarztbesuchs befragt. Beinahe zwei Drittel sagen (*gesamt 61 %; 55 % Männer versus 68 % Frauen*), dass sie das letzte Mal zur *Kontrolle* in der Zahnarztpraxis waren (vgl. Abbildung 3.3). Ein knappes Viertel (*gesamt 22 %; 27 % Männer versus 18 % Frauen*) musste wegen *Beschwerden* mit den Zähnen in eine Praxis und zehn Prozent (*11 % Männer versus 9 % Frauen*) hatten im Rahmen einer länger dauernden Behandlung den letzten Zahnarzt-

termin. Zusätzliche sechs Prozent (7 % Männer versus 6 % Frauen) gingen zuletzt aus einem anderen Grund in die Zahnarztpraxis.

Abbildung 3.3:
35- bis 44-Jährige - Antworten zum Grund des letzten Zahnarztbesuchs und Geschlecht

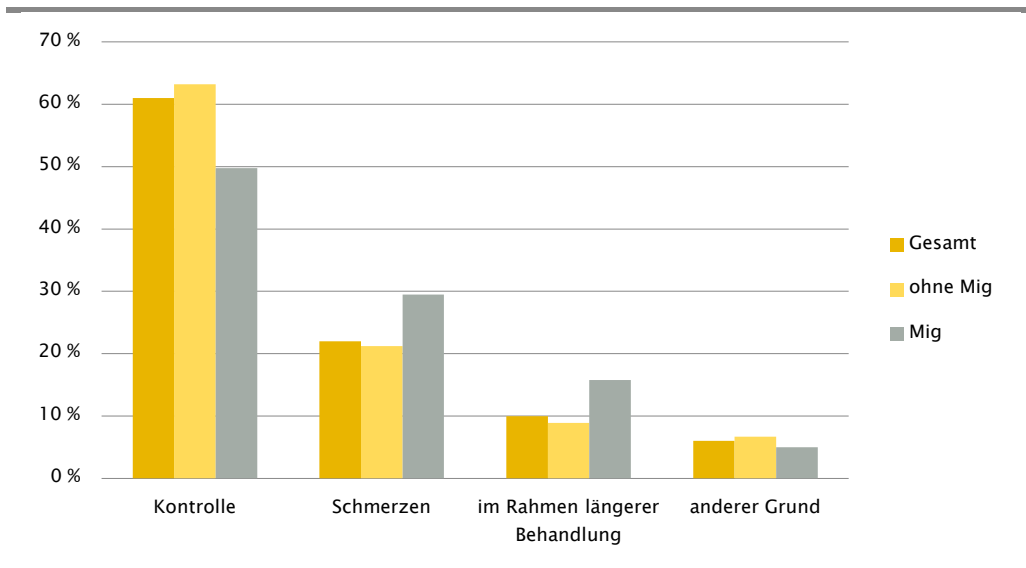


Quelle: GÖG/ÖBIG

Abbildung 3.3 und Abbildung 3.4 verweisen darauf, dass häufiger Frauen als Männer oder Personen ohne Migrationshintergrund kontrollorientiert die zahnärztliche Praxis aufsuchen. Männer, Migranten und Migrantinnen gehen gegenüber Frauen und Personen ohne Migrationshintergrund eher beschwerdebedingt in eine Zahnarztpraxis.

Abbildung 3.4:

35- bis 44-Jährige - Antworten zum Grund des letzten Zahnarztbesuchs und Migration

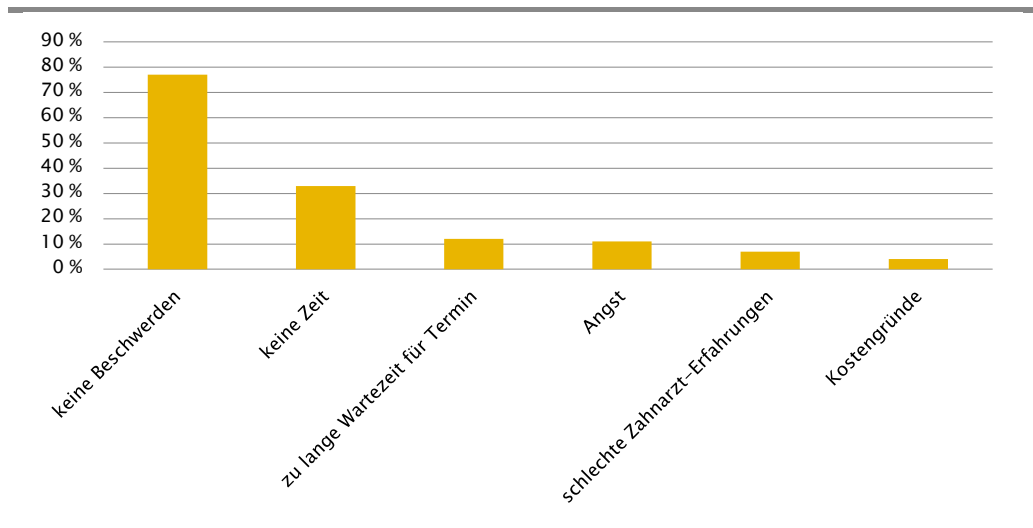


Quelle: GÖG/ÖBIG

Jene Personen, die innerhalb der letzten zwei Jahre keine zahnärztliche Dienstleistung beanspruchten, wurden nach dem Grund gefragt, warum sie so lange Zeit keinen Zahnarzt oder keine Zahnärztin aufsuchten. Als Argumente dominieren hier *keine Beschwerden* (77 %) sowie *keine Zeit* (33 %). In *zwölf* Prozent wurde die seltene Zahnärztinanspruchnahme mit *zu langen Wartezeiten auf einen Termin* begründet. *Angst* vor dem Zahnarztbesuch wurde in elf Prozent der Fälle genannt und *schlechte Erfahrung* macht eine Nennungshäufigkeit von *sieben* Prozent aus. *Kostengründe* wurden erstaunlicherweise lediglich von einem Mann mit Matura und ohne Migrationshintergrund als Begründung für die mangelnde zahnärztliche Inanspruchnahme genannt (vgl. Abbildung 3.5).

Abbildung 3.5:

35- bis 44-Jährige - Antworten zum Grund für seltene zahnärztliche Besuche



Quelle: GÖG/ÖBIG

Mangelnde zahnärztliche Inanspruchnahme wird von Frauen (in 51 % der Fälle) und Personen mit Migrationshintergrund (in 28 % der Fälle) in überdurchschnittlicher Häufigkeit mit der Angabe *große Angst* begründet.

Parodontalbehandlung

Die Parodontalbehandlung (Behandlung von Zahnfleischerkrankungen) ist bei bestehender Parodontitis (Entzündung des Zahnhalteapparates) und tiefen Zahnfleischtaschen gleichzeitig Therapie und Vorbeugung. Die Behandlung umfasst das sorgfältige Entfernen von tiefliegendem Zahnstein, Gewebe und Bakterien aus der Zahnfleischtasche sowie die Glättung der Zahnwurzeloberfläche. Das Ziel der Behandlung ist das Beseitigen von Zahnstein und bakteriellen Belägen an der Zahnwurzeloberfläche unter dem Zahnfleisch damit die Entzündung ausheilt. Mit der Parodontalbehandlung ist es heute möglich, Zähne zu retten, die noch vor ein paar Jahren als verloren galten (GÖG/ÖBIG 2006).

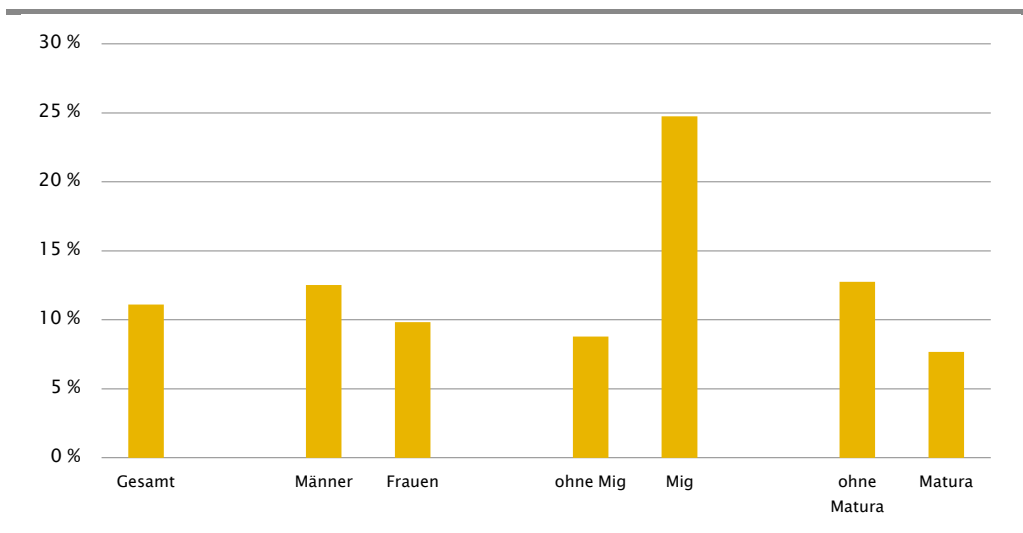
Wenn der Zahnarzt bzw. die Zahnärztin eine Parodontalbehandlung empfiehlt, so bedeutet dies, dass bereits mittelschwere oder schwere Parodontalerkrankungen (z. B. Zahnfleischtaschen, Zahnfleischschwund etc.) vorliegen und daher auch parodontaler Behandlungsbedarf besteht.

Jene 35- bis 44-Jährigen, die innerhalb des letzten Jahres eine Zahnarztpraxis aufsuchten, wurden gefragt, ob ihnen eine „Zahnfleischbehandlung“ empfohlen wurde.

Elf Prozent sagen, dass ihnen eine solche Behandlung empfohlen wurde (vgl. Abbildung 3.6). Die Abbildung 3.6 veranschaulicht auch den überdurchschnittlich hohen Bedarf an Parodontalbehandlungen (dargestellt durch den Prozentanteil an Personen, die eine Empfehlung zur Parodontalbehandlung erhielten) in der Subgruppe der Migrantinnen und Migranten. Gegenüber dem Durchschnitt der Interviewten steigt hier der parodontale Behandlungsbedarf um 14 Prozentpunkte.

Internationalen Untersuchungen zufolge sind Parodontalerkrankungen unter Erwachsenen sehr häufig verbreitet. Nach aktuellen Untersuchungen sind z. B. in Deutschland 53 Prozent der Erwachsenen von mittelschweren Parodontopathien betroffen und 20 Prozent leiden sogar unter schweren Formen der Parodontitis (Micheelis 2006). Es ist davon auszugehen, dass Österreich mit Deutschland vergleichbare Prävalenzraten von parodontalen Erkrankungen aufweist.

Abbildung 3.6:
35- bis 44-Jährige - Antworten bezüglich zahnärztlicher Empfehlung zur Parodontalbehandlung und Geschlecht, Migration und Bildung

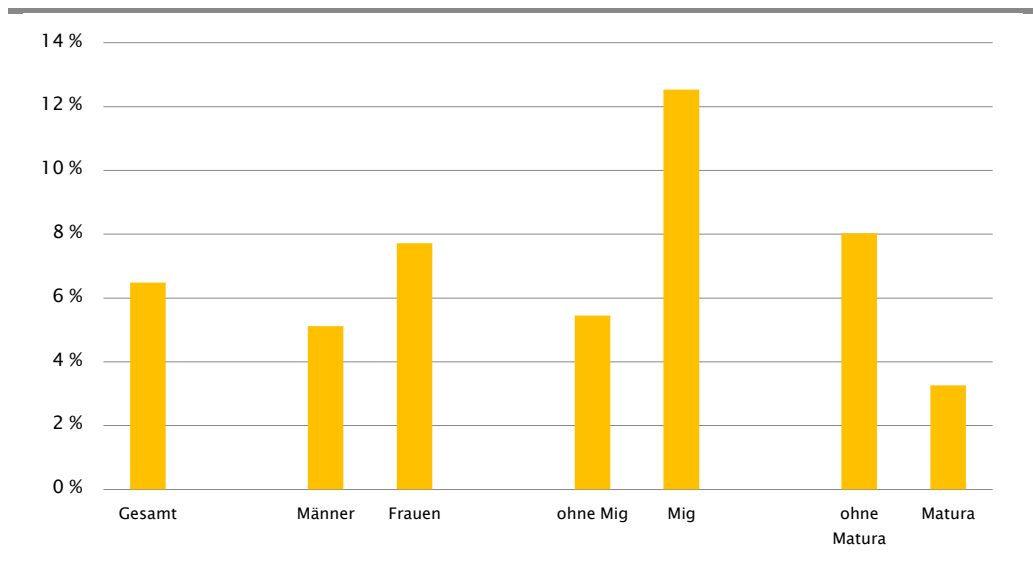


Quelle: GÖG/ÖBIG

Die Frage, ob innerhalb der letzten zwölf Monate an ihren Zähnen eine Parodontalbehandlung auch durchgeführt wurde, beantworteten lediglich sieben Prozent jener Frauen und Männer, die im letzten Jahr in der Zahnarztpraxis waren, mit *ja*. Am häufigsten wurden Parodontalbehandlungen in der Migrantengruppe (13 %) durchgeführt (vgl. Abbildung 3.7). Parodontalbehandlungen sind zeitaufwendig und deshalb kostenintensiv. Sie werden von den Krankenkassen nicht bezahlt und müssen in Österreich in den meisten Fällen privat finanziert werden.

Abbildung 3.7:

35- bis 44-Jährige – Antworten zur Durchführung einer Parodontalbehandlung und Geschlecht, Migration und Bildung



Quelle: GÖG/ÖBIG

3.4 Ausgaben für zahnärztliche Leistungen

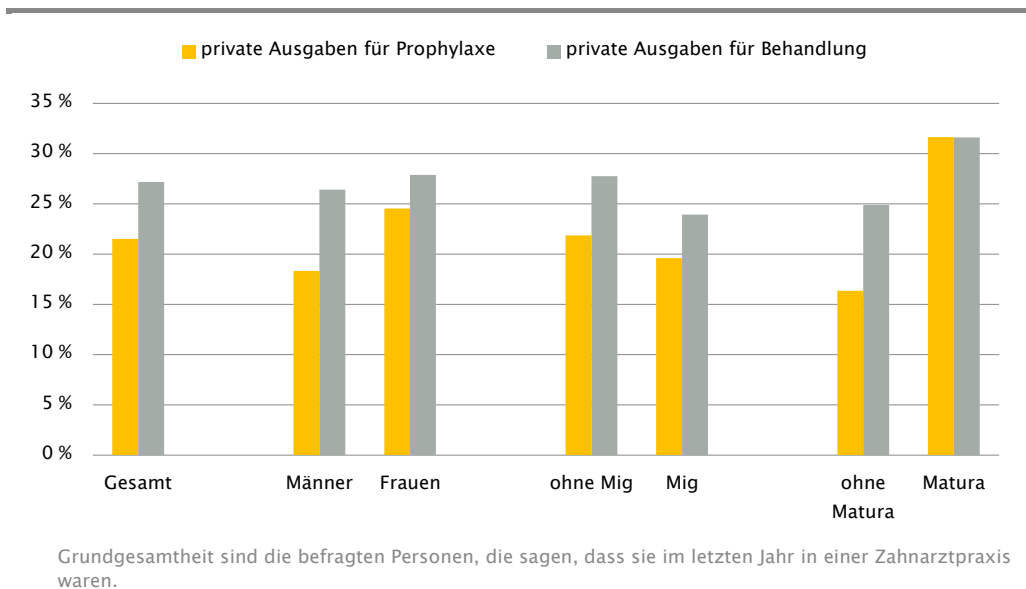
Jene Probandinnen und Probanden, die innerhalb des letzten Jahres eine Zahnarztpraxis aufsuchten, wurden auch nach den Privatausgaben für zahnärztliche Leistungen (Behandlung oder Prophylaxe) befragt.

Ausgaben für zahnärztliche Behandlungen

Über drei Viertel (80 %) der Interviewten geben an, dass sie innerhalb des letzten Jahres keine privaten Ausgaben für zahnärztliche Behandlungen hatten (Abbildung 3.8). 20 Prozent der befragten Frauen und Männer sagen, dass sie im letzten Jahr auch privat für Zahnbehandlungen bezahlten. Die meisten davon (39 %) haben bis zu 100 Euro privat ausgegeben und zusätzliche 21 Prozent zahlten zwischen 100 Euro und 1.000 Euro privat für zahnmedizinische Behandlungen. In Bezug auf die soziodemografisch bestimmten Subgruppen erweist sich – wie auch zu erwarten ist – Bildung (Matura versus ohne Matura) als wichtigster Einflussfaktor hinsichtlich der Bereitschaft privates Geld für zahnärztliche Leistungen auszugeben (vgl. Abbildung 3.8).

Abbildung 3.8:

35- bis 44-Jährige – Antworten zu privaten zahnärztlichen Prophylaxe- bzw. Behandlungsausgaben in Prozent der Stichprobe und Geschlecht, Migration und Bildung



Quelle: GÖG/ÖBIG

Ausgaben für zahnärztliche Prophylaxeleistungen

17 Prozent der Interviewten (es sind 22 % der Personen, die innerhalb des letzten Jahres in der Zahnarztpraxis waren) ließen sich zahnärztliche Prophylaxemaßnahmen privat etwas kosten (Abbildung 3.8). Frauen und Personen mit Matura leisten sich gegenüber Männern und jenen Personen ohne Matura häufiger zahnärztliche Prophylaxemaßnahmen.

3.5 Gebissstatus

Für eine ausreichende Kauleistung (funktionelles Gebiss) ist es notwendig, dass sich die Zähne der Kieferbögen (Oberkiefer und Unterkiefer) geschlossen aneinander reihen und jeder Oberkieferzahn auf seinen entsprechenden Unterkieferzahn (Antagonist) beißt. Diese Gebisskonstellation nennen Zahnmediziner Okklusion. Alle Zähne des Gebisses müssen bei den Kaubewegungen gut abgestützt sein. Zahnlücken im Mittelbereich der Kieferbögen (Schaltlücken) gewährleisten keine einwandfreie Gebissfunktion und sie beeinträchtigen die Nahrungsaufnahme. Zahnlücken im Frontbereich des

Gebisses beeinträchtigen zudem die Gesichtsästhetik und mindern das Selbstwertgefühl einer Person.

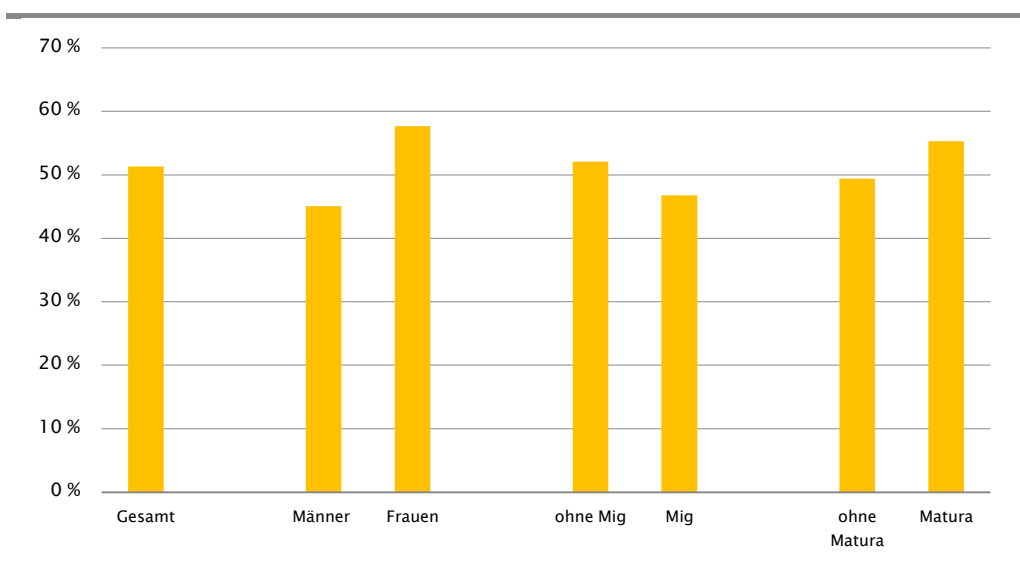
Sind in einem bleibenden Gebiss mindestens 20 eigene Zähne (10 Antagonistenpaare) verfügbar und grenzen diese lückenlos aneinander, so akzeptieren einige zahnmedizinische Wissenschaftler diese Gebisskonstellation nach dem Konzept der verkürzten Zahnreihe bereits als vollständiges funktionsfähiges Gebiss (Witter 1999).

Die folgende Beschreibung zum Gebissstatus der 35- bis 44-Jährigen erfolgt an Hand der Antworten zur Gebissvollständigkeit und zum Zahnersatz. Fünf Personen (1,6 % der Befragten) wollten sich zu den Fragen nach ihrem Gebissstatus nicht äußern.

Vollständiges natürliches Gebiss

Die *Hälfte* (51 %) der Befragten gibt an, noch über ein *vollständiges natürliches Gebiss* (sämtliche eigenen Zähne ohne Schatlücken) zu verfügen (vgl. Abbildung 3.9). Gebissvollständigkeit korreliert mit dem Geschlecht, dem Migrationsstatus sowie der Bildung. Den größten Einfluss nehmen geschlechtsspezifische Faktoren. Die Gebissvollständigkeit steigt in der Frauengruppe gegenüber der Männergruppe um dreizehn Prozentpunkte an (vgl. Abbildung 3.9).

Abbildung 3.9:
35- bis 44-Jährige - Antworten zum Vorhandensein eines vollständigen natürlichen Gebisses in Prozent der Stichprobe und Geschlecht, Migration und Bildung



Quelle: GÖG/ÖBIG

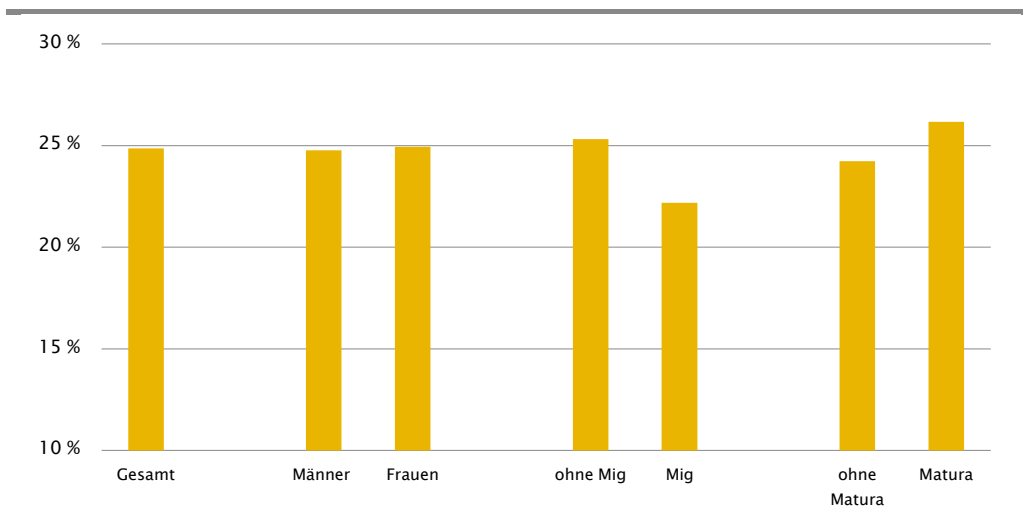
Versorgtes Lückengebiss

Von einem versorgten Lückengebiss (artifizielles funktionelles Gebiss) sprechen Zahnmediziner und Zahnmedizinerinnen, wenn das natürliche Gebiss zwar Zahnlücken aufweist (fehlende eigene Zähne), alle diese aber durch festsitzenden oder abnehmbaren Zahnersatz versorgt sind. In diesen Fällen besteht kein prothetischer Behandlungsbedarf.

Ein gutes Viertel (26 %) der Interviewten sagt, dass in ihren Gebissen sämtliche Zahnlücken prothetisch versorgt sind und sie deshalb über eine komplette Gebissfunktion verfügen. 25 Prozent der erhobenen 35- bis 44-Jährigen geben an, dass ihre Lückengebisse mit hochwertigem *festsitzendem Zahnersatz* (Brücke, Implantat) versorgt sind (vgl. Abbildung 3.10). Festsitzender Zahnersatz ist sehr aufwendig und deshalb auch sehr teuer. Die Kosten sind in den meisten Fällen zur Gänze privat zu tragen. Nur rund *zwei Prozent* der Befragten sagen, dass sie zur Überbrückung ihrer Zahnlücken einen *abnehmbaren Zahnersatz* (abnehmbare Teilprothese) tragen. Die Antworten der Interviewten zur Art des Zahnersatzes ergeben somit einen klaren Trend zu festsitzenden Prothesenkonstruktionen.

Abbildung 3.10:

35- bis 44-Jährige - Antworten zum Vorhandensein eines versorgten Lückengebisses und festsitzenden Zahnersatzes in Prozent der Stichprobe nach Geschlecht, Migration und Bildung



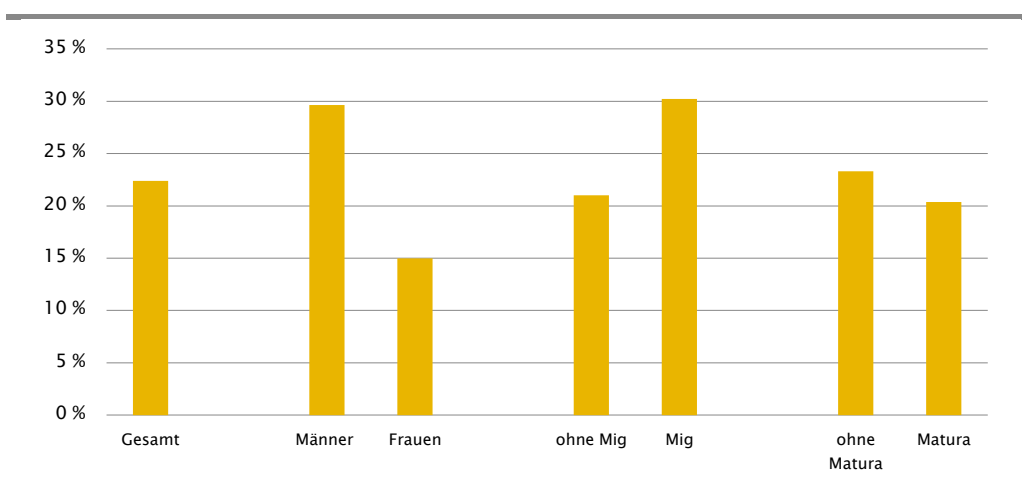
Quelle: GÖG/ÖBIG

Unversorgtes Lückengebiss – prothetischer Behandlungsbedarf

Ein *knappes Viertel* (22 %) der interviewten Personen gibt unversorgte Zahnlücken (Schaltlücken) im Gebiss an. Bei Männern und Personen mit Migrationshintergrund steigt der Anteil an *unversorgten Lückengebissen* im Vergleich zum Durchschnitt um acht Prozentpunkte an (vgl. Abbildung 3.11). Das deutet darauf hin, dass Männer bzw. Migrantinnen und Migranten gegenüber Frauen und jenen Personen ohne Migrationshintergrund der prothetischen Behandlung des unversorgten Lückengebisses etwas weniger Wichtigkeit beimessen.

Die durch Zahnverlust entstehenden Zahnlücken (Schaltlücken) fördern Zahnwanderungen bzw. -kipnungen. Werden diese Lücken nicht versorgt, können die gewanderten Zähne auch das Risiko für Kiefergelenksprobleme (kranio-mandibuläre Funktionsstörungen) erhöhen (Brauckhoff 2009). Deshalb empfehlen Zahnmediziner und Zahnmedizinerinnen bestehende Zahnlücken unbedingt prothetisch versorgen zu lassen.

Abbildung 3.11:
35- bis 44-Jährige – Unversorgtes Lückengebiss in Prozent der Stichprobe und Geschlecht, Migration und Bildung



Quelle: GÖG/ÖBIG

Zahnlosigkeit – Totalprothesen

Über keine eigenen Zähne mehr zu verfügen, aber mit einer Totalprothese versorgt zu sein, gibt lediglich eine Frau ohne Matura mit Migrationshintergrund (0,4 % der Befragten) an. Unter 35 - bis 44-Jährigen stellt daher völlige Zahnlosigkeit keine problematische Größe dar.

Jene Probandinnen und Probanden, die über abnehmbare Prothesen verfügen, sagen, dass sie ihren Zahnersatz auch jeden Tag und den ganzen Tag hindurch tragen. Die meisten (45 %) Träger/innen abnehmbarer Prothesen tragen den jetzigen Zahnersatz bereits zwischen zwei und vier Jahren. 14 Prozent nützen den jetzigen, abnehmbaren Zahnersatz zwischen ein und zwei Jahre, bei weiteren 20 Prozent ist der jetzige, abnehmbare Zahnersatz zwischen fünf und neun Jahre alt und wieder 20 Prozent besitzen ihn bereits zehn Jahre und länger.

Wurzelbehandelte Zähne

Zähne mit tiefer Karies (Wurzelkaries) können vielfach mit einer aufwendigen, zahnerhaltenden Behandlung (Wurzelbehandlung) doch noch „gerettet“ werden. Oft bleibt aber nur mehr die Extraktion des kariösen Zahnes. Wurzelbehandelte Zähne sind „tote“ (devitale) Zähne, daher besteht für derartig behandelte Zähne erhöhtes Infektionsrisiko (erhöhte Entzündungsbereitschaft).

Die Frage nach wurzelbehandelten Zähnen im Gebiss bejahten beinahe zwei Drittel (64 %) der befragten 35- bis 44-Jährigen. Den größten Einfluss auf das Vorkommen von zumindest einem wurzelbehandelten Zahn im Gebiss zeigt das Geschlecht. Der Prävalenz-Unterschied zwischen Männern (Prävalenzrate = 61 %) und Frauen (Prävalenzrate = 67 %) beträgt sechs Prozentpunkte zugunsten der Männer.

3.6 Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ)

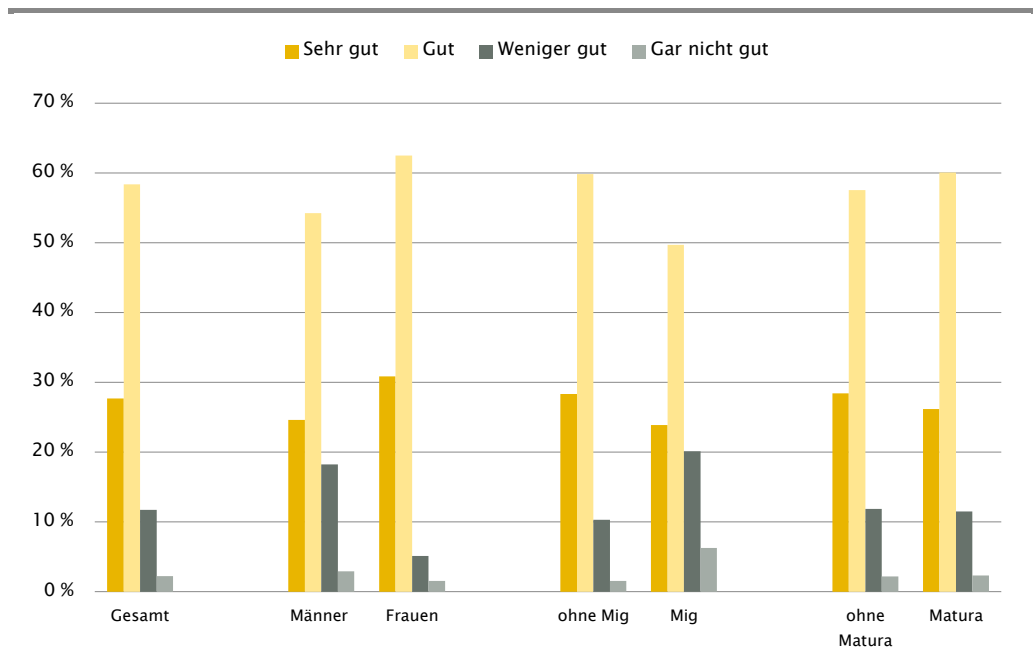
Im Folgenden wird auf Basis der Angaben zu OHIP-G14-Fragen (Items) die subjektiv erlebte mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ) beschrieben. Zudem wird analysiert, inwieweit soziodemografische Merkmale die MLQ beeinflussen.

Schlechte Mundgesundheit führt häufig zu einem Gefühl verminderter Lebensqualität. Diese geschieht einerseits infolge körperlicher Schmerzen (z. B. Zahnschmerzen) oder körperlicher Beeinträchtigungen (z. B. Schwierigkeiten beim Essen oder Sprechen etc.), andererseits vermindern auch psychosoziale Dimensionen (wie geringes Selbstbewusstsein, Minderwertigkeitsgefühle oder soziale Kontaktarmut etc.) die allgemeine Lebensqualität.

Selbsteinschätzung des Mundgesundheitszustandes (MGZ)

Um einen Zusammenhang zwischen der subjektiven Beurteilung des MGZ und der MLQ – gemessen mit OHIP-G14 – zu prüfen, sollten die Probandinnen und Probanden ihren MGZ selbst einschätzen.

Abbildung 3.12:
35- bis 44-Jährige – Selbsteinschätzung des Mundgesundheitszustandes und
Geschlecht, Migration und Bildung, in Prozent der Befragten



Quelle: GÖG/ÖBIG

Die meisten Probandinnen und Probanden (58 %) finden, dass sich ihre Mundgesundheit in *gutem* Zustand befindet. Zusätzliche 28 Prozent stufen ihren MGZ sogar als *sehr gut* ein. Demgegenüber beschreiben zwölf Prozent ihre Mundgesundheit als *weniger gut* und zwei Prozent sehen ihre Mundgesundheit in einem *gar nicht guten* Zustand (vgl. Abbildung 3.12).

Bei Betrachtung der soziodemografischen Untergruppen zeigt sich, dass Frauen, Personen mit Matura und jene ohne Migrationshintergrund ihren Gebisszustand geringfügig besser einstufen als Männer und Personen, die nicht maturiert haben oder jene Menschen mit Migrationshintergrund. Am häufigsten schätzen Personen aus der Migrantengruppe ihre Mundgesundheit als *gar nicht gut* ein (vgl. Abbildung 3.12).

Ergebnisse der OHIP-Befragungen

Im Folgenden werden anhand der OHIP-Antworten (vgl. Abschnitt 2.2) die erlebten oralen Probleme näher beschrieben. Sie beziehen sich jeweils auf den Zeitraum des vergangenen Monats und verdeutlichen daher die aktuelle mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ).

Die am häufigsten genannten oralen Probleme fallen unter die Subskalen „funktionelle orale Einschränkungen“ sowie „Schmerzen im Mundbereich“ (vgl. Tabelle 3.6). Beinahe *ein Drittel* (31 %) der Befragten hatte im vergangenen Monat *Probleme mit dem Zahnfleisch*. Ein knappes *Viertel* (24 %) litt unter *Schmerzen im Mundbereich*. *19 Prozent* sagen, dass bei ihnen *ein Zahn oder das Zahnfleisch* nicht gesund ausgesehen hat und wieder *19 Prozent* führen *Schwierigkeiten beim Kauen* an. Weitere *19 Prozent* verspürten im vergangenen Monat aufgrund von Problemen mit ihren Zähnen *beim Essen bestimmter Nahrungsmittel ein unangenehmes Gefühl*.

Tabelle 3.6:
35- bis 44-Jährige – Antworten auf OHIP-Fragen

Fragen (Items)	Antwortmöglichkeiten in Prozent				
	Ja	Kaum	Ab und zu	Oft	Sehr oft
Funktionelle Einschränkungen					
Probleme mit dem Zahnfleisch	31	15	13	3	0,4
Schwierigkeiten beim Kauen	19	8	7	3,5	0,8
Schwierigkeiten, bestimmte Worte auszusprechen	2	0,8	1,4	0	0
Geschmacksinn war beeinträchtigt	5	2	2	0,4	0
Zahn oder Zahnfleisch sieht nicht gut aus	19	8	8	0,8	2,3
Schmerzen					
Schmerzen im Mundbereich	24	8	13	2	1
Unangenehm, bestimmte Nahrungsmittel zu essen	19	5	9	2	2
Psychisches Unwohlsein/Unbehagen					
Gefühl der Unsicherheit	16	5	8	2	0,6
Sich angespannt gefühlt	12	6	6	0,3	0,4
Physische Beeinträchtigung					
Unbefriedigende Ernährung	9	7	1	0	1
Mahlzeit unterbrechen müssen	5	3	2	0	0,4
Psychische Beeinträchtigung					
Schwierigkeiten, sich zu entspannen	7	5	2	0	0,4
Sich ein wenig verlegen fühlen	8	3	5	0	0,6
Soziale Beeinträchtigung					
Anderen Menschen gegenüber reizbar sein	5	3	2	1	0,4
Schwer gefallen, den alltäglichen Beschäftigungen nachzugehen	4	2	2	0	0,4
Benachteiligung/Behinderung					
Das Leben ganz allgemein ist weniger zufriedenstellend	5	1	3	1	0
Vollkommen unfähig etwas zu tun	1	0	1	0	0

Quelle: GÖG/ÖBIG

Über ein *Gefühl der Unsicherheit* aufgrund von Problemen mit den Zähnen klagten *16 Prozent* der 35- bis 44-Jährigen und *zwölf Prozent* fühlten sich wegen oraler Probleme angespannt (vgl. Tabelle 3.6).

Oral bedingte physische, psychische oder soziale Beeinträchtigungen der Lebensqualität sowie allgemeine Behinderungen nennen die erhobenen Personen nicht sehr häufig (die Prävalenz liegt unter 10 %, vgl. Tabelle 3.6). Aber für immerhin fünf Prozent der 35–bis 44–Jährigen war *das Leben* im vergangenen Monat aufgrund von Problemen mit den Zähnen *weniger zufriedenstellend* und ein Prozent war *vollkommen unfähig etwas zu tun*.

Die befragten Frauen und Männer waren mit den angeführten oralen Problemen nicht „oft“ oder „sehr oft“ konfrontiert. Die meisten Betroffenen sagen, dass die genannten Probleme lediglich „kaum“ oder nur „ab und zu“ vorkamen (vgl. Tabelle 3.6).

Die MLQ wird durch soziale Faktoren beeinflusst (vgl. Tabelle 3.7). Der größte Unterschied in den Prävalenzraten von mundgesundheitsbezogener Lebensqualität liegt zwischen den Personen ohne Migrationshintergrund und jenen mit Migrationshintergrund. Dabei sind Migrantinnen und Migranten in überdurchschnittlicher Häufigkeit von Problemen im Mundbereich betroffen (vgl. Tabelle 3.7). So gibt die Hälfte der befragten Personen mit Migrationshintergrund an, im letzten Monat von Schmerzen im Mundbereich betroffen gewesen zu sein. Das OHIP-Item *das Leben ganz allgemein war weniger zufriedenstellend* zeigt in der Migrantengruppe, verglichen mit dem Durchschnitt der Interviewten, einen Prävalenzzuwachs von mehr als 100 Prozentpunkten. Das Item *Schwierigkeiten beim Kauen* steigt in der Migrantengruppe gegenüber dem Durchschnitt aller Befragten um 23 Prozentpunkte und *Probleme mit dem Zahnfleisch* machen in der Migrantengruppe einen Prävalenzanstieg von zehn Prozentpunkten aus.

Insgesamt geben 39 Prozent der befragten 35– bis 44–Jährigen (mehr als ein Drittel) an – zumindest „kaum bzw. ab und zu“ – von oralen Beschwerden betroffen gewesen zu sein. Beim Vergleich der Geschlechter ist zu beobachten, dass Männer etwas häufiger von oralen Problemen berichten als Frauen (vgl. Tabelle 3.7).

Tabelle 3.7:

35- bis 44-Jährige - Antworten zu OHIP-G14-Fragen und Geschlecht, Migration und Bildung

Fragen	Antworten in Prozent						
	Gesamt	Männer	Frauen	Ohne Mig.	Mig	Ohne Matura	Matura
Probleme mit dem Zahnfleisch	31	31	32	30	41	34	26
Schwierigkeiten beim Kauen	19	21	18	15	42	20	16
Schwierigkeiten, bestimmte Worte auszusprechen	2	1	4	2	2	2	3
Geschmacksinn war beeinträchtigt	5	8	2	4	10	6	1
Zahn oder Zahnfleisch sieht nicht gut aus	19	21	16	16	31	16	24
Schmerzen im Mundbereich	24	26	23	20	50	24	25
Unangenehm, bestimmte Nahrungsmittel zu essen	19	19	18	16	32	21	14
Gefühl der Unsicherheit	16	19	12	12	26	16	14
Sich angespannt gefühlt	12	15	9	10	24	11	15
Unbefriedigende Ernährung	9	12	6	8	16	10	7
Mahlzeit unterbrechen müssen	5	7	3	6	1	6	2
Schwierigkeiten, sich zu entspannen	7	8	5	5	13	8	5
Sich ein wenig verlegen fühlen	8	12	5	5	27	8	9
Anderen Menschen gegenüber reizbar sein	5	6	5	4	16	6	5
Schwer gefallen, den alltäglichen Beschäftigungen nachzugehen	4	6	2	3	13	4	6
Das Leben ganz allgemein ist weniger zufriedenstellend	5	7	3	3	13	4	8
Vollkommen unfähig, etwas zu tun	1	0	2	2	0	1	1

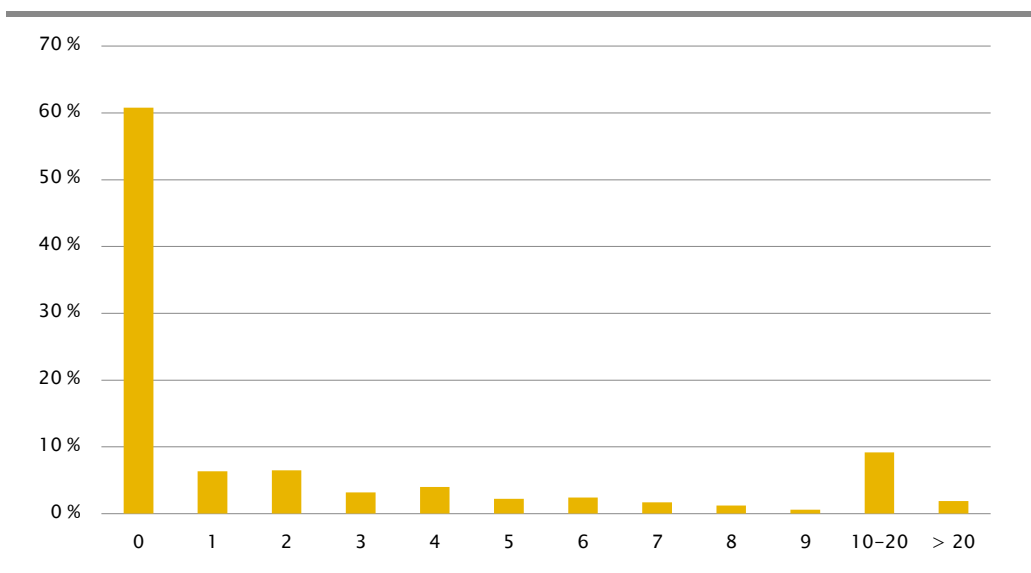
Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Individuelles Ausmaß eingeschränkter MLQ

Im vorliegenden Survey wurden zur Berechnung des OHIP-Summenwertes (OHIP-Gesamtwert) insgesamt 16 OHIP-Fragen (Items) herangezogen (aus Gründen der Vergleichbarkeit mit dem ÖBIG-Survey 2005, in dem der OHIP-Fragebogen ebenfalls dieselben 16 Items enthielt). Die Antwortmöglichkeiten reichten von „nie = 0 bis sehr oft = 4“ (vgl. Punkt 2.2). Die Summe der Antwortencodes aller 16 Items des OHIP-G ergibt einen OHIP-Summenwert pro Person, der das individuelle Ausmaß der eingeschränkten (mundgesundheitsbezogenen) Lebensqualität anzeigt. Dieser Wert kann zwischen 0 (keine Beeinträchtigungen) und 64 liegen.

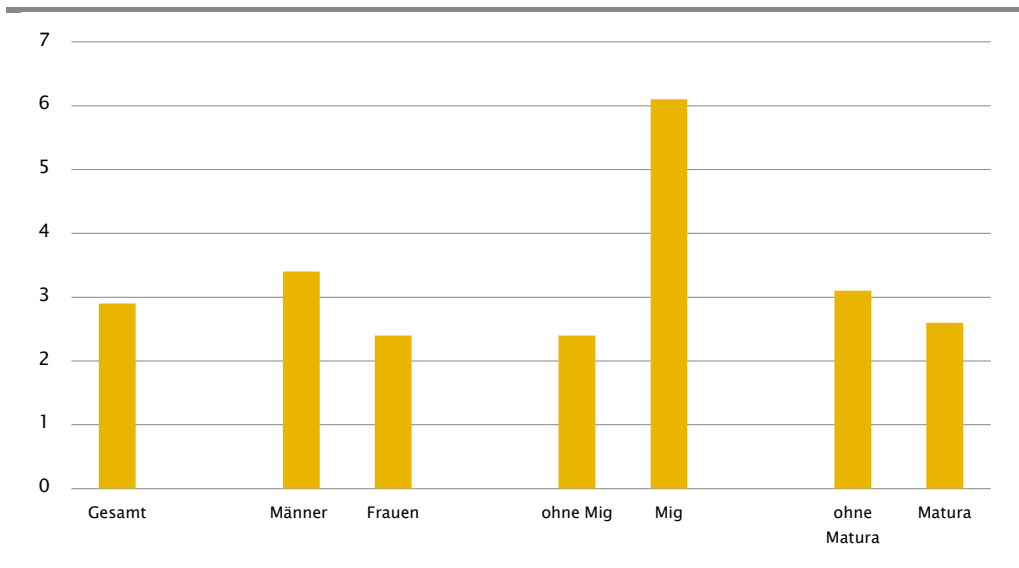
Für die befragten 35- bis 44-jährigen Probandinnen und Probanden errechnet sich ein durchschnittlicher *OHIP-Summenwert* von **2,9**. 61 Prozent (über die Hälfte) weisen einen OHIP-Summenwert von null auf. Diese Personen sagen, dass sie von oralen Problemen nicht betroffen waren. Die restlichen 39 Prozent geben an, zumindest gelegentlich von Beschwerden im Mundbereich betroffen zu sein. 28 Prozent weisen einen OHIP-Summenwert zwischen eins und neun auf. Einen zweistelligen OHIP-Summenwert (über 10) erreichen elf Prozent der Befragten (vgl. Abbildung 3.13). Das heißt, dass sich verminderte MLQ auf einen relativ kleinen Prozentsatz der 35- bis 44-jährigen konzentriert.

Abbildung 3.13:
35- bis 44-Jährige – Verteilung der OHIP-Gesamtwerte auf die Probandinnen und Probanden



Quelle: GÖG/ÖBIG

Abbildung 3.14:
35- bis 44-Jährige - OHIP-Mittelwert und Geschlecht, Migration und Bildung



Quelle: GÖG/ÖBIG

Hinsichtlich soziodemografischer Faktoren beeinflusst am ehesten der Migrationsstatus die Höhe des OHIP-Summenwertes. Der durchschnittliche OHIP-Summenwert verdoppelt sich in der Migrantengruppe gegenüber Personen ohne Migrationshintergrund (vgl. Abbildung 3.14).

MLQ (durchschnittlicher OHIP-Summenwert) und Bedeutung der Mundgesundheit

Jene Probanden und Probandinnen, die der Mundgesundheit sehr hohe Bedeutung attestieren, sind auch weniger von eingeschränkter mundgesundheitsbezogener Lebensqualität betroffen. Die Probandengruppe, für die Mundgesundheit *sehr wichtig* ist, weist einen durchschnittlichen OHIP-Summenwert von 2 auf, während der OHIP-Durchschnittswert in der Gruppe derer, für die Mundgesundheit *wichtig* bzw. *weniger wichtig* ist, auf den Wert 5 ansteigt.

MLQ und Selbsteinschätzung der Mundgesundheit

Die Probandengruppe, die ihre Mundgesundheit als *sehr gut* einschätzt, liefert den niedrigsten OHIP-Mittelwert (0,8). Dieser steigt auf zwei an, wenn Probandinnen und Probanden ihre Mundgesundheit mit *gut* bewerten. In der Personengruppe, die den eigenen Mundgesundheitszustand als *weniger gut* benennt, erhöht sich der OHIP-Mittelwert auf rund 9. Jene Probandinnen und Probanden mit gar nicht guter Mundgesundheits-Einschätzung weisen einen zweistelligen OHIP-Mittelwert (OHIP-Mittel-

wert = 16) aus. Die selbst bewertete Mundgesundheit korreliert folglich mit dem Ausmaß an Lebensqualität.

3.7 Behandlungsbedarf

Beinahe ein Viertel (22 %) der 35- bis 44-Jährigen gibt Gebisse mit gegenwärtig noch unversorgten Zahnlücken an. Solche Gebisskonstellationen sind nicht gesund, da sie die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität nachweislich beeinträchtigen (vgl. ÖBIG 2005, Micheelis 2003). Somit besteht bei diesen Personen akuter prothetischer Behandlungsbedarf.

Die Ergebnisse der vorliegenden Befragungsstudie weisen auch auf einen erheblichen Bedarf an parodontaler Therapie hin. Ca. ein Drittel (31 %) der 35- bis 44-Jährigen gibt zumindest gelegentliche („kaum oder ab und zu“) Zahnfleischprobleme an. In der Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund berichten sogar 41 Prozent von Problemen mit dem Zahnfleisch. Demgegenüber sagen lediglich sechs Prozent der Interviewten, dass sie eine professionelle Behandlung des Zahnfleisches innerhalb des letzten Jahres erhielten (Parodontalbehandlung).

Wenn in Österreich derzeit auch keine zuverlässigen Daten zur Verbreitung bzw. zum Bedarf an Parodontalbehandlungen vorliegen, gehen Expertinnen und Experten davon aus, dass auch in Österreich diesbezüglich erheblicher Behandlungsbedarf besteht und diesem Bedarf derzeit nicht in ausreichendem Maße entsprochen wird. Die Österreichische Gesellschaft für Parodontologie (ÖGP) z. B. erklärt die vergleichsweise geringe Anzahl an ausgewiesenen parodontalen Erkrankungen und Behandlungen in Österreich damit, dass es im Gegensatz zu anderen westeuropäischen Ländern keine gesetzliche Verpflichtung zur Durchführung einer parodontalen Grunduntersuchung bei Patienten und Patientinnen gibt. So entsteht wahrscheinlich der Eindruck, dass nur wenig Bedarf an Parodontaltherapie und -prophylaxe besteht (vgl. Bedarfstudie Dentalhygieniker/in, ÖBIG 2010). Auf Grundlage epidemiologischer Vergleichsdaten europäischer Länder ist eher von einer gegenteiligen Annahme auszugehen (Micheelis 2006, GÖG/BIQG 2009).

Zusammenfassung

Ergebnisse aus den Fragen zum Gebissstatus

Jenes WHO-Ziel 2020, wonach nicht mehr als zwei Prozent der 35- bis 44-Jährigen völlig zahnlos sein sollen, ist in Österreich schon heute erreicht. Völlige Zahnlosigkeit stellt bei 35- bis 44-Jährigen kein Problem dar. Lediglich eine Frau (0,4 %) gibt an, völlig zahnlos, aber prothetisch versorgt zu sein.

Die WHO fordert zudem, dass 90 Prozent der 35- bis 44-Jährigen ein komplett funktionsfähiges Gebiss haben sollen. Die *Hälfte* (51 %) der Befragten gibt an, noch *sämtliche eigene Zähne* im Gebiss zu besitzen. Ein zusätzliches Viertel (26 %) sagt, dass zwar bereits mindestens ein „eigener“ Zahn im Gebiss fehlt, aber sämtliche Zahnlücken mit prothetischem Zahnersatz versorgt und ihre Gebisse dadurch komplett funktionsfähig sind. Demnach verfügen gut *drei Viertel* (77 %) der 35- bis 44-Jährigen über ein *funktionstüchtiges Gebiss*. Das diesbezügliche WHO-Ziel 2020 ist daher nicht erfüllt.

Bei einem *knappen Viertel* (22 %) der Befragten weist das Gebiss unversorgte Zahnlücken (unversorgtes Lückengebiss) auf. In diesen Fällen besteht akuter *prothetischer Behandlungsbedarf*.

In Bezug auf den verwendeten Zahnersatz dominiert in der vorliegenden Altersgruppe der festsitzende Zahnersatz (z. B. Implantate, festsitzende Brücke). 25 Prozent der Interviewten überbrücken ihre Zahnlücken mit festsitzendem Zahnersatz, während lediglich zwei Prozent abnehmbaren Zahnersatz angeben.

Beinahe *zwei Drittel* (64 %) führen mindestens einen wurzelbehandelten Zahn an.

Ergebnisse aus den Fragen zum Mundgesundheitsverhalten

Ein Prozent der Befragten gibt an, sich die Zähne überhaupt nicht zu reinigen und zwei Prozent sagen, dass sie ihre Zähne nur gelegentlich – nicht regelmäßig täglich – reinigen. Diese drei Prozent setzen sich ausschließlich aus männlichen Probanden zusammen.

Die große Mehrheit (85 %) akzeptiert bereits jene Empfehlung von Prophylaxeexpertinnen und Prophylaxeexperten, wonach jährliche zahnärztliche Besuche eine überaus bedeutende Stütze der oralen Vorsorge darstellen. Demgegenüber gehen fünf Prozent der Erwachsenen noch nicht regelmäßig zu zahnärztlichen Checks.

Die Erwachsenen gehen größtenteils (61 % der Befragten) kontrollorientiert in die zahnärztliche Praxis. Ein erheblicher Teil der 35- bis 44-Jährigen (22 % der Befragten) erscheint allerdings nur bei Beschwerden in der Zahnarztpraxis.

Jährliche professionelle Zahnreinigung (PZR) nimmt bereits beinahe die Hälfte (49 %) der 35- bis 44-Jährigen in Anspruch.

Eine parodontale Behandlung innerhalb der letzten zwölf Monate nützten lediglich sechs Prozent der Befragten. Neun Prozent der interviewten Personen wurde eine parodontale Behandlung zahnärztlich empfohlen.

17 Prozent der kontaktierten Frauen und Männer leisten sich privatfinanzierte zahnärztliche Prophylaxemaßnahmen. Es sind dies häufiger Frauen als Männer.

Ergebnisse aus den OHIP-Fragen zur mundgesundheitsbezogener Lebensqualität (MLQ)

Ein gutes Drittel (39 %) berichtet von oralen Problemen, die zumindest gelegentlich auftreten. Nach dem Geschlecht sind häufiger Männer (41 %) als Frauen (37 %) von oralen Problemen betroffen. Migrantinnen und Migranten (56 %) geben wesentlich häufiger orale Probleme an als Personen ohne Migrationshintergrund (Prävalenzrate ist 36 %).

Am häufigsten nennen 35- bis 44-Jährige *Probleme mit dem Zahnfleisch* (31 %) und *Schmerzen im Mundbereich* (24 Prozent). 19 Prozent der Befragten sagen, dass ihr *Zahnfleisch* bzw. ihre Zähne *nicht gesund* aussehen. Zusätzliche 19 Prozent verspürten im vergangenen Monat *beim Essen bestimmter Nahrungsmittel* ein unangenehmes Gefühl. Die übrigen OHIP-Items zeigen eine Prävalenzrate unter 15 Prozent.

Unter schwereren Beeinträchtigungen leiden 35- bis 44-Jährige äußerst selten. Für fünf Prozent war das Leben im vorangegangenen Monat wegen Problemen im Mundbereich ganz allgemein weniger zufriedenstellend und ein Prozent der Interviewten war wegen Zahnbeschwerden vollkommen unfähig etwas zu tun.

Der OHIP-Mittelwert beträgt **2,9**, wobei die befragten Probandinnen und Probanden ungleich an verminderter MLQ leiden. Während 61 Prozent nicht mit oralen Problemen belastet sind, werden elf Prozent durch verminderte mundgesundheitliche Lebensqualität eingeschränkt.

Die vorliegenden Ergebnisse weisen auf eine Korrelation von Mundgesundheit und sozialen Faktoren hin. Zudem ist der Einfluss des Geschlechts bedeutend. Frauen sind hinsichtlich mundgesunder Verhaltensweisen deutlich aktiver als Männer. 76 Prozent

der Frauen putzen regelmäßig zweimal täglich die Zähne gegenüber 61 Prozent der Männer. Aufgrund der kleinen Stichprobe sind die im vorliegenden Survey herausgearbeiteten Korrelationen zwischen Aspekten der Mundgesundheit und Bildung bzw. Migration nicht repräsentativ.

4 Die 65– bis 74–Jährigen

Dieses Kapitel dokumentiert die Antworten der Seniorinnen und Senioren und vermittelt einen Einblick in die aktuelle zahngesundheitliche Situation in der Gruppe der älteren Menschen.

Die Beschreibung der Ergebnisse basiert auf den Daten von 300 interviewten Personen. Der Anteil der Männer beträgt 46 Prozent. Die Unterteilung der Probandinnen und Probanden nach Bildung und Migration ist aus Abbildung 2.2 ersichtlich.

4.1 Bedeutung der Mundgesundheit

Wie schon die 35– bis 44–Jährigen sollten auch die Seniorinnen und die Senioren die Bedeutung von Mundgesundheit bewerten.

Auch in der älteren Generation nimmt Mundgesundheit einen hohen Stellenwert ein. *73 Prozent* sagen, dass für sie Mundgesundheit *sehr wichtig* ist. *Ein Viertel* findet Mundgesundheit immerhin noch *wichtig*. *Zwei Prozent* bescheinigen der Mundgesundheit *weniger wichtige* Bedeutung. Für rund *ein Prozent* der befragten älteren Menschen ist Mundgesundheit allerdings *gar nicht wichtig* (vgl. Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1:
65– bis 74–Jährige – Antworten zum Stellenwert der Mundgesundheit und Geschlecht

Bedeutung von Mundgesundheit	Männer %	Frauen %	Gesamt %
sehr wichtig	66	78	73
wichtig	32	18	25
weniger wichtig	2	2	2
gar nicht wichtig	0	1	1
keine Angabe	0	0	0

Quelle: GÖG/ÖBIG

81 Prozent in der Migrantengruppe und 72 Prozent in der Gruppe ohne Migrationshintergrund sagen, dass für sie Mundgesundheit sehr wichtig ist.

Rauchen

Nur rund zehn Prozent der Seniorinnen und Senioren sagen, dass sie rauchen. Dabei greifen sechs Prozent der befragten älteren Personen täglich zur Zigarette, während vier Prozent angeben, nur gelegentlich eine Zigarette zu rauchen. Raucher und Rau-

cherinnen findet man in der älteren Generation häufiger unter Männern (12 %), Personen mit Matura (20 %) sowie unter immigrierten Personen (13 %), während unter den Nichtraucherinnen und Nichtrauchern häufiger Frauen (92 %), Personen ohne Matura (92 %) und ohne Migrationshintergrund (90 %) anzutreffen sind.

4.2 Mundhygienegewohnheiten

Orale Bakterien spielen eine ursächliche Rolle bei chronischen Zahnbettentzündungen (Journal of Clinical Microbiology 2010). Daher ist es für die Vorbeugung gegen Zahnbettentzündungen (Parodontitis) genauso wie für die Kariesprophylaxe wichtig, die in der Mundhöhle vorkommenden Bakterienpopulationen weitgehend zu reduzieren.

Zähneputzen

Tägliches Zähneputzen scheint auch beim Großteil der Seniorinnen und Senioren fixer Bestandteil des Alltags zu sein. Die meisten (59 %) reinigen ihre Zähne zweimal täglich. 21 Prozent sagen, dass sie öfter als zweimal am Tag Zähne putzen. Mindestens einmal am Tag putzen zusätzliche 17 Prozent. Frauen putzen etwas häufiger regelmäßig täglich ihre Zähne als Männer (vgl. Tabelle 4.2).

Zwei Prozent der Interviewten (nur Männer) geben jedoch zu, ihre Zähne nur gelegentlich zu reinigen und ein Prozent (nur Männer) putzt die Zähne überhaupt nicht.

Tabelle 4.2:

65- bis 74-Jährige - Antworten zur Häufigkeit des Zähneputzens und Geschlecht

Häufigkeit des Zähneputzens	Männer %	Frauen %	Gesamt %
2 x täglich	63	55	59
öfter als 2 x täglich	9	31	21
1 x täglich	22	13	17
weniger als 1 x täglich	4	0	2
nie	2	0	1
keine Angabe	0	1,3	0,7

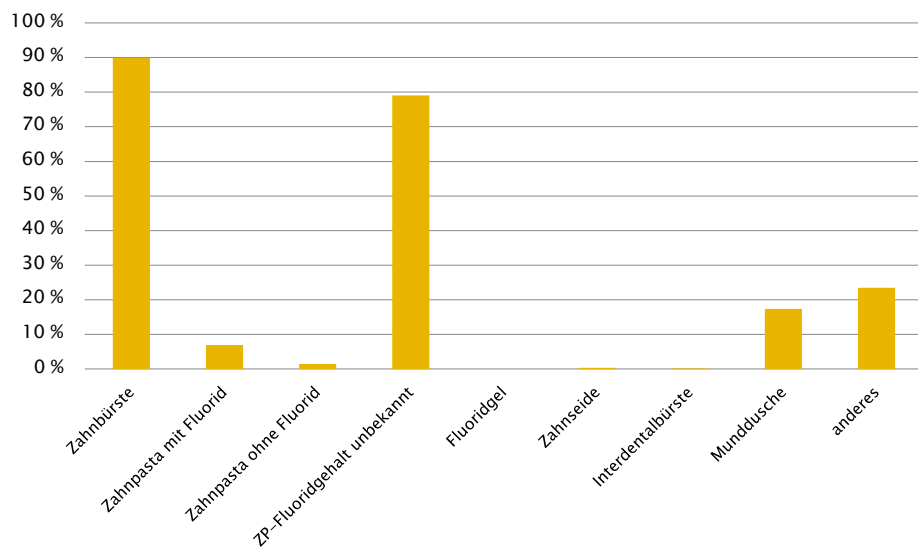
Quelle: GÖG/ÖBIG

Mundpflegeprodukte

Die Angaben der Befragten bezüglich der von ihnen verwendeten Mundpflegemittel decken Wissensdefizite hinsichtlich einer prophylaktisch orientierten Mundpflege auf (vgl. Abbildung 4.1). Zehn Prozent der Seniorinnen und Senioren verwenden zum Reinigen ihrer Zähne keine Zahnbürste. Die oralpräventive Wirkung von Fluoriden (in

der Karies- und Parodontitisprophylaxe) scheint älteren Menschen beinahe unbekannt zu sein. 79 Prozent wissen z. B. nicht, welche Wirkstoffe ihre Zahnpasta enthält. Zu Zahnseide oder Interdentalbürstchen für das Reinigen der Zahnzwischenräume greift lediglich ein Prozent der Seniorinnen und Senioren.

Abbildung 4.1:
35- bis 44-Jährige – Antworten zu Mundhygieneprodukten nach Häufigkeit ihrer Verwendung



Quelle: GÖG/ ÖBIG

Professionelle Zahnreinigung (PZR)

Internationale Fachstudien sprechen für eine hohe Prävalenz von Zahnbetterkrankungen der älteren Bevölkerung (Brauckhoff 2009, DMS IV 2006). Als wirksame präventive Maßnahme empfehlen Zahnärzte und Zahnärztinnen regelmäßige professionelle Säuberung der Zähne (PZR). Dadurch werden die weichen und auch die harten Zahnbeläge am Zahnfleischrand effektiv entfernt und die Zahnflächen geglättet. Danach können gefährliche Mundhöhlenbakterien nicht mehr so leicht an der Zahnoberfläche anhaften.

Von den Seniorinnen und Senioren, die angeben im letzten Jahr in einer Zahnarztpraxis gewesen zu sein, sagen *62 Prozent*, dass sie auch ihre Zähne professionell reinigen ließen.

4.3 Zahnärztliche Inanspruchnahme

Die älteren Menschen wurden gefragt, ob es ihnen möglich ist, von zuhause aus innerhalb einer halben Stunde eine Zahnarztpraxis zu erreichen. Zehn Prozent der Befragten benötigen für den Weg in eine Zahnarztpraxis länger als 30 Minuten.

Zahnärztliche Besuche

Die *große Mehrheit* (73 %) der befragten älteren Frauen und Männer behauptet, innerhalb der vergangenen zwölf Monate zumindest einmal in der Zahnarztpraxis gewesen zu sein. Weitere zwölf Prozent besuchten innerhalb der letzten zwei Jahre die Zahnärztin oder den Zahnarzt mindestens einmal. Bei 15 Prozent der Seniorinnen und Senioren liegt der letzte Zahnarztbesuch allerdings bereits fünf Jahre oder länger zurück. In Bezug auf das Geschlecht sind keine bedeutsamen Unterschiede hinsichtlich der Zahnärztinanspruchnahme festzustellen (vgl. Tabelle 4.3).

Tabelle 4.3:

65- bis 74-Jährige - Antworten zum Zeitpunkt des letzten Zahnarztbesuches und Migration

Letzter Zahnarztbesuch	Männer %	Frauen %	Gesamt %
innerhalb der letzten zwölf Monate	73	73	73
innerhalb der letzten zwei Jahre	10	14	12
innerhalb der letzten fünf Jahre	12	6	9
mehr als fünf Jahre her	5	6	6
war noch nie beim Zahnarzt	0	0	0
keine Angabe	0	0	0

Quelle: GÖG/ÖBIG

Auf die Frage nach dem Grund des letzten Zahnarztbesuches geben die meisten Seniorinnen und Senioren (40 %) die Kontrolle an. Rund ein Viertel (24 %) suchte die Zahnarztpraxis wegen Beschwerden im Mundbereich auf. Etwas mehr als ein Viertel (28 %) musste das letzte Mal im Rahmen einer längerdauernden Behandlung in die zahnärztliche Praxis. Irgendeinen anderen Grund für den letzten Zahnarztbesuch nannten acht Prozent der Befragten. 0,3 Prozent äußerten sich nicht bezüglich des Anlasses für den letzten Zahnarztbesuch (vgl. Tabelle 4.4).

Gründe für den Zahnarztbesuch korrelieren mit dem Bildungsgrad (vgl. Tabelle 4.4). Seniorinnen und Senioren mit Matura sagen etwas häufiger, dass sie kontrollorientiert in die Zahnarztpraxis gehen, während jene älteren Frauen und Männer, die nicht maturiert haben, häufiger Beschwerden bzw. Behandlungen als Grund ihrer Zahnarzttermine nennen.

Tabelle 4.4:

65- bis 74-Jährige - Antworten zum Grund des letzten Zahnarztbesuches und Bildung

Anlass des Zahnarztbesuch	Ohne Matura %	Matura %	Gesamt %
Schmerzen, Beschwerden	25	18	24
Kontrolle	40	48	40
umfangreiche Behandlung	29	20	28
anderer Grund	7	12	8
keine Angabe	0	2	0,3

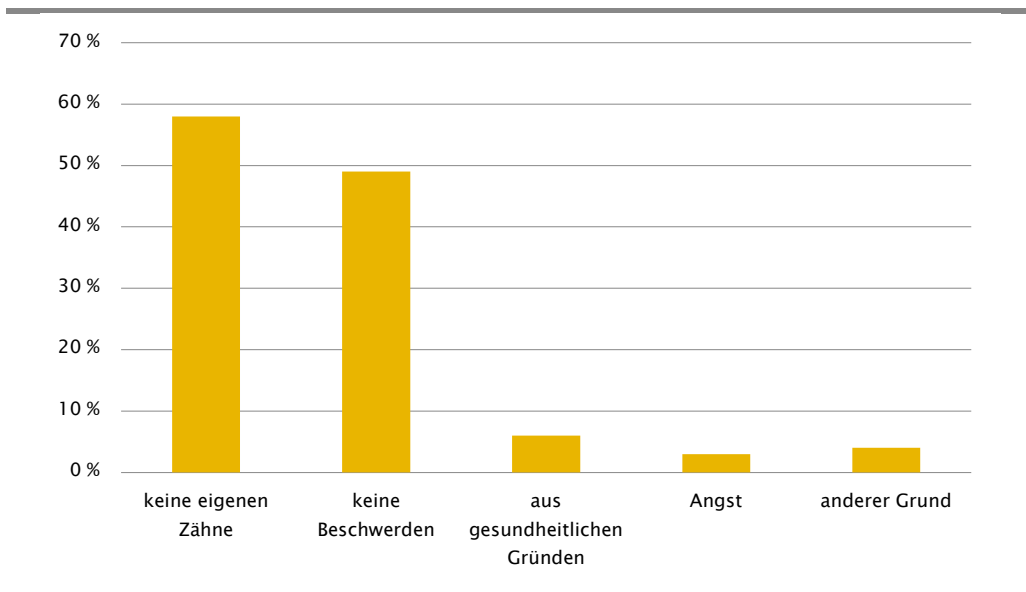
Quelle: GÖG/ÖBIG

Seniorinnen und Senioren, die innerhalb der letzten beiden Jahre die Zahnarztpraxis gemieden haben, wurden nach ihren Gründen dafür befragt.

Häufigste Begründung für die seltene Zahnarztinanspruchnahme waren *keine vorhandenen eigenen Zähne mehr* (Nennungshäufigkeit = 58 %). *Keine Beschwerden* weist eine Nennungshäufigkeit von 49 Prozent auf (vgl. Abbildung 4.2). Dass ein Zahnarztbesuch aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich ist, wurde von sechs Prozent genannt. Angst vor der zahnärztlichen Behandlung geben drei Prozent an.

Schlechte Erfahrung in der Zahnarztpraxis, zu langer Anfahrtsweg, keine Zeit, zu lange auf einen Termin warten müssen oder Kostengründe als mögliche Erklärungen für seltene Zahnarztinanspruchnahme führen die befragten Seniorinnen und Senioren nicht an.

Abbildung 4.2:
65- bis 74-Jährige - Antworten zum Grund der seltenen zahnärztlichen Inanspruchnahme



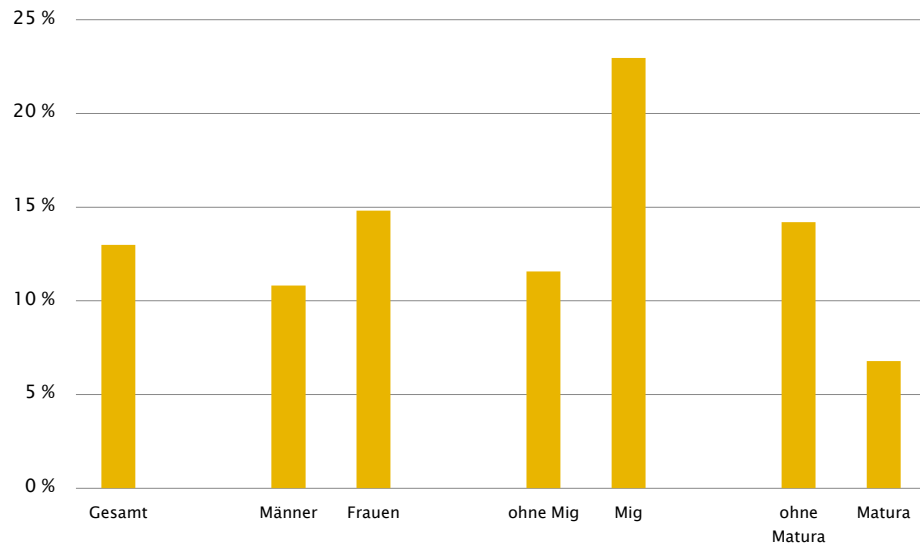
Quelle: GÖG / ÖBIG

Parodontalbehandlung

Von den älteren Frauen und Männern, die im letzten Jahr eine Zahnarztpraxis aufsuchten, geben 16 Prozent (19 % der Männer und 13 % der Frauen) an, dass ihnen vom Zahnarzt oder der Zahnärztin eine Behandlung des Zahnfleisches empfohlen wurde. Das bedeutet, dass bei diesen Personen höchst wahrscheinlich klinische Zeichen einer mittelschweren bzw. schweren Parodontitis vorhanden waren und daher akuter Bedarf an therapeutischer Intervention bestand. Nach Migrationsstatus betrachtet besteht bei 22 Prozent der Interviewten mit Migrationshintergrund und 15 Prozent der Seniorinnen und Senioren ohne Migrationshintergrund aus zahnärztlicher Sicht akuter parodontaler Behandlungsbedarf (es wurde eine Parodontalbehandlung vorgeschlagen). In der Subgruppe der Probandinnen und Probanden ohne Matura stellten die Zahnmediziner parodontalen Behandlungsbedarf in 17 Prozent fest, während in der Gruppe mit Matura nur neun Prozent sagen, dass ihnen eine parodontale Behandlung zahnärztlich empfohlen wurde.

Eine spezielle Behandlung des Zahnfleisches ließen 13 Prozent (11 % Männer und 15 % Frauen) der Seniorinnen und Senioren, die im letzten Jahr in einer Zahnarztpraxis waren, durchführen. Am häufigsten (23 %) geben ältere Frauen und Männer mit Migrationshintergrund eine durchgeführte parodontale Behandlung an (vgl. Abbildung 4.3).

Abbildung 4.3:
65- bis 74-Jährige – Antworten zur Durchführung einer Parodontalbehandlung und
Geschlecht, Migration und Bildung



Quelle: GÖG/ÖBIG

Der Verbreitungsgrad von Zahnfleischentzündungen lässt sich nach wissenschaftlich belegten Erkenntnissen durch bestimmte Präventionsmaßnahmen deutlich senken. Das Wissen um die Ursachen dieser Erkrankungen ermöglicht sowohl die Therapie als auch die Vorbeugung durch Verhaltensveränderungen bei Mundhygiene und Ernährung.

Gegenwärtig sind aufgrund mangelnder Daten keine quantitativen Aussagen hinsichtlich des parodontalen Behandlungsbedarfs möglich. In Anbetracht der sich verändernden Bevölkerungsstruktur (Zunahme der älteren Bevölkerungskohorten mit natürlichen Zähnen) ist aufgrund der Altersabhängigkeit der Zahnbetterkrankungen ein Anstieg dieses Erkrankungsbildes zu erwarten.

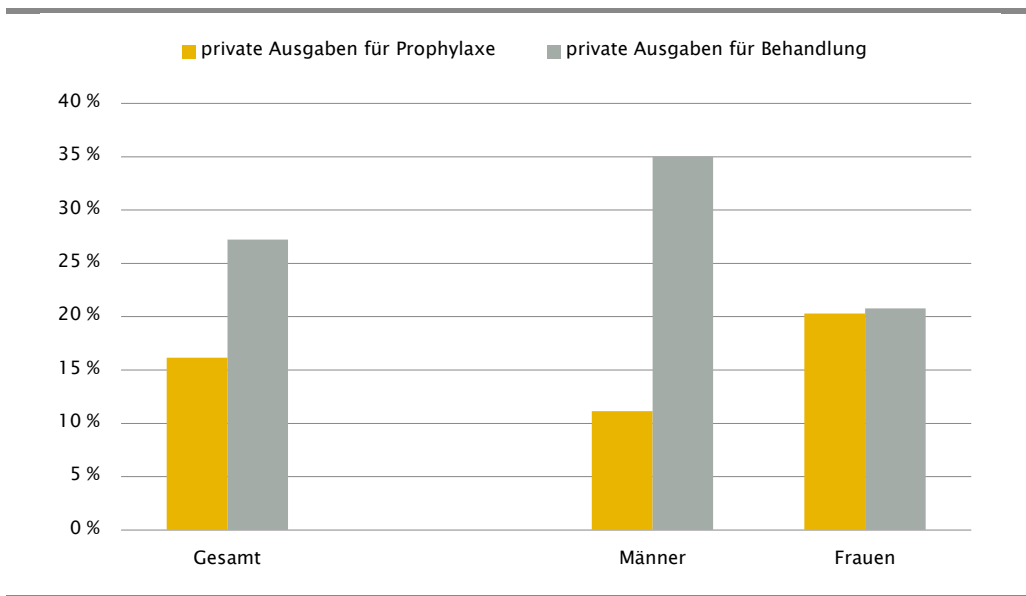
4.4 Ausgaben für zahnärztliche Leistungen

Ausgaben für zahnärztliche Behandlungen

Ein gutes Viertel (27 %) der Seniorinnen und Senioren hatte im letzten Jahr private zahnärztliche Behandlungsausgaben, wobei die meisten (12 %) sagen, dass sie zwischen 100 € und 999 € beim Zahnarzt oder der Zahnärztin gezahlt haben. Männer

zahlten gegenüber Frauen häufiger privates Geld für zahnärztliche Behandlungen (vgl. Abbildung 4.4).

Abbildung 4.4:
65- bis 74-Jährige - Antworten zu privaten zahnärztlichen Prophylaxe- bzw. Behandlungsausgaben und Geschlecht



Quelle: GÖG/ÖBIG

Ausgaben für zahnärztliche Prophylaxeleistungen

16 Prozent der interviewten älteren Menschen investierten im letzten Jahr privates Geld in Prophylaxemaßnahmen, wobei sich Frauen im Vergleich zu Männern häufiger zahnärztliche Vorsorgemaßnahmen leisten (vgl. Abbildung 4.4).

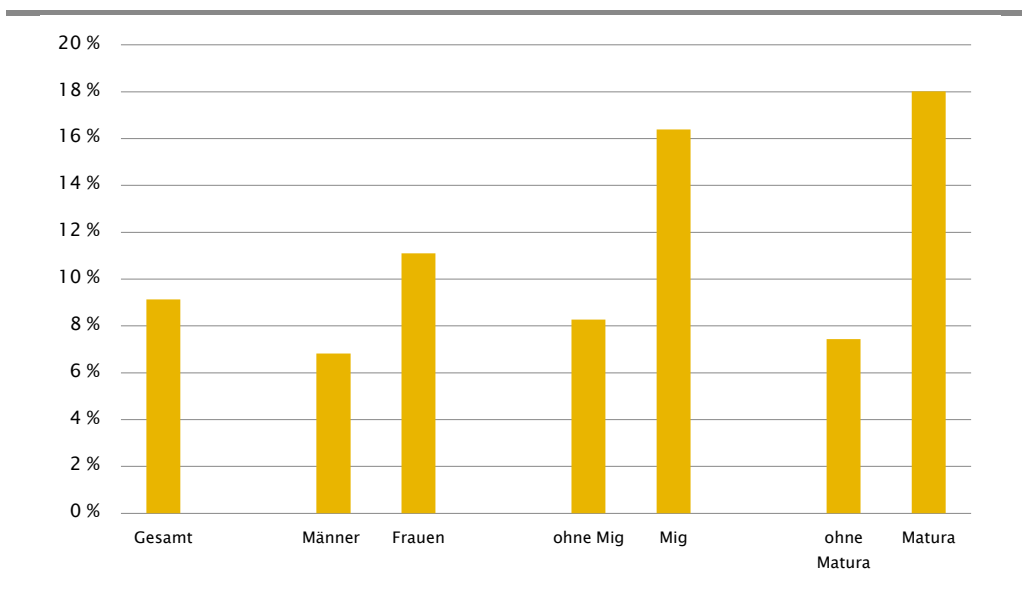
4.5 Gebissstatus

Das Phänomen der Zahnlosigkeit galt in der Öffentlichkeit lange Zeit als biologisch bedingtes Schicksal höheren Lebensalters. Heute weiß man, dass Zahnverlust durch bestimmte präventive Verhaltensweisen vermeidbar ist (Borutta 1991, ÖBIG 2006). Die erhobenen 65- bis 74-Jährigen wurden bezüglich ihres Gebissstatus (Gebissvollständigkeit, Zahnersatz) befragt.

Vollständiges natürliches Gebiss

Neun Prozent der Seniorinnen und Senioren (7 % Männer und 11 % Frauen) sagen, dass sie noch über *sämtliche* natürlichen, *eigenen Zähne* verfügen. In Hinblick auf soziodemografisch bestimmte Faktoren beeinflusst am ehesten das Geschlecht natürliche Gebissvollständigkeit. Frauen verfügen im Vergleich zu Männern häufiger über sämtliche natürliche Zähne (vgl. Abbildung 4.5). Die Unterschiede nach Bildungsstatus bzw. nach Migrationsstatus erweisen sich hingegen als nicht bedeutsam (aufgrund des zu geringen Anteils dieser Subgruppen am Studienensemble).

Abbildung 4.5:
65- bis 74-Jährige – Antworten zu vollständigem natürlichem Gebiss und Geschlecht, Migration und Bildung



Quelle: GÖG/ÖBIG

Versorgtes Lückengebiss

Von einem versorgten Lückengebiss sprechen Zahnmediziner/innen, wenn sämtliche extrahierten natürlichen Zähne durch festsitzenden oder abnehmbaren Zahnersatz überbrückt sind und die volle Gebissfunktion gewährleistet ist (artifizielles funktionelles Gebiss). Demnach geben 64 Prozent (beinahe zwei Drittel) der Seniorinnen und Senioren (64 % Männer und 62 % Frauen) ein versorgtes Lückengebiss an.

37 Prozent der älteren Frauen und Männer sagen, dass sie zur Überbrückung sämtlicher Zahnlücken einen hochwertigen, *festsitzenden Zahnersatz* tragen. Wie zu erwarten ist, entscheiden sich überdurchschnittlich häufig jene Personen mit höherer Bildung und höherem Einkommen für die hochwertige Variante des festsitzenden

Zahnersatzes. Unter den erhobenen Personen, die maturiert haben, tragen 42 Prozent eine festsitzende Zahnprothese.

31 Prozent der Befragten verfügen über abnehmbare Teilprothesen. Somit zeichnet sich auch bei allen Seniorinnen und Senioren ein Trend zu festsitzendem Zahnersatz ab.

Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität hängt in erheblichem Maß auch von der Art der prothetischen Versorgung des Lückengebisses ab. Festsitzender Zahnersatz bietet in der Regel bessere Ästhetik, Funktionalität und einen besseren Tragekomfort als herausnehmbarer Zahnersatz. Diese Vorteile sind aber mit höheren Kosten verbunden, die in Österreich privat zu tragen sind.

Unversorgtes Lückengebiss

Elf Prozent der älteren Männer und Frauen geben bestehende Zahnlücken (Schaltlücken) in ihren Gebissen an. Männer scheinen im Vergleich zu Frauen prothetisch nicht ersetzte, sichtbare Zahnlücken im Gebiss weniger zu stören. 15 Prozent der Männer versus acht Prozent der Frauen berichten von unversorgten Zahnlücken im Gebiss. In der Subgruppe der Personen ohne Matura sagen zwölf Prozent, dass ihr Gebiss nicht prothetisch ersetzte Zahnlücken aufweist und bei Probandinnen und Probanden mit Matura beträgt die Prävalenzrate von unversorgten Lückengebissen neun Prozent.

Sichtbare Zahnlücken im Frontzahnbereich stören die Gesichtsästhetik. Im Seitenzahnbereich führen nicht ersetzte Zahnlücken zur Beeinträchtigung der Kaufähigkeit, der Verdauung und schließlich auch der Lebensqualität. Daher soll das unversorgte Lückengebiss zur Wiederherstellung der oralen Funktionen und der damit verbundenen Verbesserung der Lebensqualität unbedingt prothetisch behandelt werden.

Zahnlosigkeit – Totalprothesen im Oberkiefer und Unterkiefer

Die Rate völliger Zahnlosigkeit bei Seniorinnen und Senioren beträgt nach Selbstangaben 16 Prozent. Von totaler Zahnlosigkeit sind 14 Prozent der älteren Männer und 19 Prozent der älteren Frauen betroffen. Nicht nur zwischen Geschlecht und Zahnlosigkeit besteht ein Zusammenhang. Bildungsmangel und totale Zahnlosigkeit korrelieren ebenfalls. (Die Rate völliger Zahnlosigkeit sinkt bei Personen mit höherem Bildungsniveau; der Anteil völlig Zahnloser beträgt bei Personen ohne Matura 18 % versus 7 % bei Personen mit Matura).

Die von Zahnlosigkeit betroffenen Seniorinnen und Senioren sind durchwegs mit Totalprothesen im Oberkiefer und im Unterkiefer komplett prothetisch versorgt. Damit verfügen sie auch über eine komplette Gebissfunktion.

Der größte Anteil an Seniorinnen und Senioren (89 %), die über einen abnehmbaren Zahnersatz verfügen, trägt nach eigenen Angaben die „falschen Zähne“ auch jeden Tag ohne Unterbrechung. Acht Prozent tragen ihre abnehmbare Zahnprothese zwar jeden Tag, aber nicht die ganze Zeit hindurch. Rund zwei Prozent der Probandinnen und Probanden mit abnehmbarem Zahnersatz tragen ihre Zahnprothesen allerdings nicht jeden Tag. Die Daten zum regelmäßigen Tragen des Zahnersatzes sagen zudem aus, dass Frauen ihren Zahnersatz viel häufiger regelmäßig täglich und die ganze Zeit hindurch tragen als Männer. 94 Prozent der Frauen und 83 Prozent der Männer behaupten, dass sie ihren herausnehmbaren Zahnersatz jeden Tag und die ganze Zeit hindurch verwenden.

Beinahe die Hälfte der Befragten (46 %) besitzt die „falschen Zähne“ bereits zehn Jahre und länger. 15 Prozent haben ihren jetzigen Zahnersatz erst zwischen einem und zwei Jahre, bei dreizehn Prozent der Männer und Frauen ist der Zahnersatz zwischen drei und vier Jahre alt. Ein Viertel gibt an, dass die gegenwärtige Zahnprothese zwischen fünf und neun Jahre alt ist.

Wurzelbehandelte Zähne

Mit steigendem Lebensalter werden nicht nur zahlenmäßig immer mehr Zähne von Karies befallen, sondern es wächst auch das Ausmaß der kariösen Erkrankung der einzelnen Zähne, sodass betroffene Zähne häufiger einer endodontischen Behandlung (Wurzelbehandlung) bedürfen (Borutta 1991).

80 Prozent der Seniorinnen und Senioren (77 % Männer und 83 % Frauen) sagen, dass an ihren Gebissen zumindest eine endodontische Behandlung durchgeführt wurde und dass ihr Gebiss daher wurzelbehandelte, devitale Zähne aufweist. Internationale Daten zu Wurzelbehandlungen zeigen eine zunehmende Prävalenz von wurzelbehandelten, devitalen Zähnen mit ansteigendem Lebensalter (DMS IV 2006, ÖBIG 2006).

4.6 Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ)

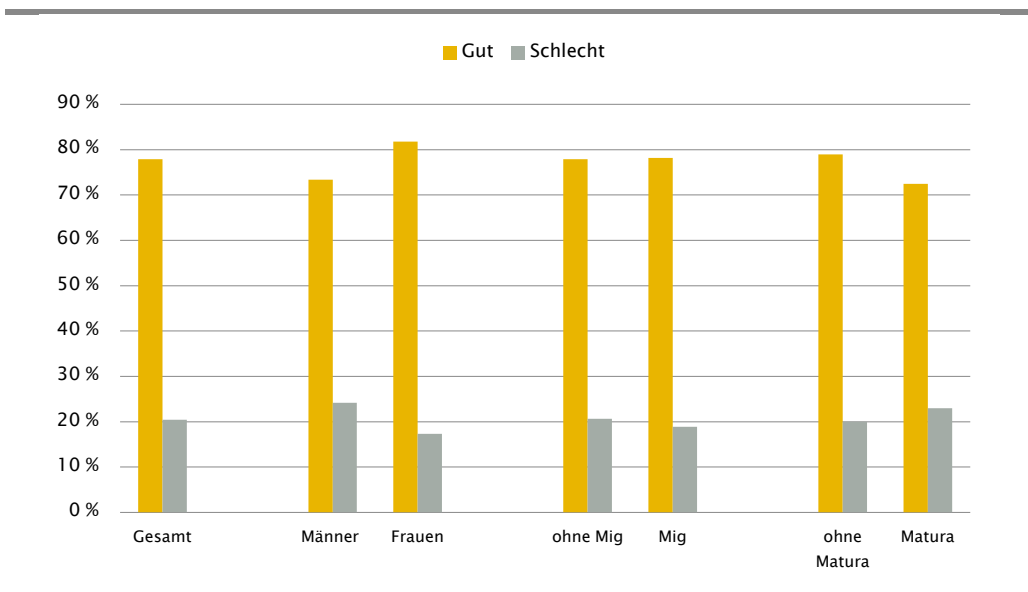
Da es altersbedingt zu Einbußen an physischen und psychischen Kräften kommt, gewinnen MLQ-Messungen in der Seniorenschaft an Bedeutung. Im Folgenden werden jene mundgesundheitsbezogenen Beeinträchtigungen beschrieben, die Seniorinnen und Senioren auf Basis der OHIP-Fragen anführen.

Selbsteinschätzung des Mundgesundheitszustandes (MGZ)

Um herauszufinden inwieweit Symptomwahrnehmung mit anderen mundgesundheitslichen Aspekten korreliert, sollten die 65- bis 74-Jährigen ihre Mundgesundheit selbst beurteilen.

Ein Viertel der Seniorinnen und Senioren sieht seine Mundgesundheit in sehr gutem Zustand und weitere 53 Prozent schätzen die Gesundheit ihrer Zähne als gut ein. Demgegenüber beschreiben 16 Prozent ihren MGZ als nicht so gut und fünf Prozent meinen, dass es mit ihrer Mundgesundheit „gar nicht gut aussieht“ (vgl. Abbildung 4.6).

Abbildung 4.6:
65- bis 74-Jährige – Antworten zur Selbsteinschätzung des Mundgesundheitszustandes und Geschlecht, Migration und Bildung



Quelle: GÖG/ÖBIG

Ergebnisse der OHIP-Befragungen

Rund 44 Prozent der Befragten berichten, dass sie im vergangenen Monat mit Problemen im Mundbereich konfrontiert waren. Die Probandinnen und Probanden waren von oralen Beeinträchtigungen jedoch nicht sehr schwer betroffen. Die große Mehrheit gibt an, dass die im Folgenden angeführten oralen Probleme im vergangenen Monat lediglich *kaum* bzw. nur *ab und zu* auftraten (vgl. Tabelle 4.5).

Wie schon die 35- bis 44-Jährigen geben auch die 65- bis 74-Jährigen am häufigsten Zahnfleischprobleme an. 26 Prozent (ein Viertel) der interviewten älteren Frauen und Männer berichten, dass sie zumindest gelegentlich *Beschwerden mit ihrem Zahnfleisch hatten*. Das *Zahnfleisch sieht nicht gut aus* oder *Schmerzen im Mundbereich* geben jeweils 19 Prozent der Seniorinnen und Senioren an. 18 Prozent sagen, dass sie zumindest gelegentlich *Schwierigkeiten beim Kauen hatten*. 15 Prozent war es im letzten Monat zumindest gelegentlich *unangenehm, bestimmte Nahrungsmittel zu essen* und elf Prozent hatten ein *Gefühl der Unsicherheit* im Zusammenhang mit den Zähnen oder dem Zahnersatz. Bei acht Prozent war der Geschmacksinn vermindert und sieben Prozent fühlten *sich angespannt* aufgrund von Problemen im Mundbereich. Sechs Prozent mussten aufgrund oraler Probleme *eine Mahlzeit unterbrechen* und für wieder sechs Prozent war die *Ernährung* wegen Beschwerden im Mundbereich im vergangenen Monat *unbefriedigend*. Die restlichen OHIP-Items zeigen lediglich ein Vorkommen von fünf Prozent bzw. unter fünf Prozent (vgl. Tabelle 4.5).

Sieben Prozent der Seniorinnen und Senioren hatten allerdings im vergangenen Monat zumindest ab und zu den Eindruck, dass ihr Leben wegen Beschwerden im Mundbereich ganz allgemein weniger zufriedenstellend war (vgl. Tabelle 4.5).

Tabelle 4.5:

65- bis 74-Jährige - Antworten auf OHIP-Fragen

Fragen (Items)	Antwortmöglichkeiten in Prozent				
	Ja	Kaum	Ab und zu	Oft	Sehr oft
Funktionelle Einschränkungen					
Probleme mit dem Zahnfleisch	26	9	11	3	3
Schwierigkeiten beim Kauen	18	5	7	1	4
Schwierigkeiten, bestimmte Worte auszusprechen	5	2	2	0	0,2
Geschmacksinn war beeinträchtigt	8	4	2	0,5	2
Zahn oder Zahnfleisch sieht nicht gut aus	19	6	9	2	2
Schmerzen					
Schmerzen im Mundbereich	19	5	12	1	1
Unangenehm, bestimmte Nahrungsmittel zu essen	15	4	9	0,6	2
Psychisches Unwohlsein/Unbehagen					
Gefühl der Unsicherheit	11	3	7	0,6	0,2
Sich angespannt gefühlt	7	3	3	1	0,2
Physische Beeinträchtigung					
Unbefriedigende Ernährung	6	2	2	1	1
Mahlzeit unterbrechen müssen	6	2	3	0,3	0,6
Psychische Beeinträchtigung					
Schwierigkeiten, sich zu entspannen	4	1	0,4	1	1
Sich ein wenig verlegen fühlen	4	1	2	0,6	0,5
Soziale Beeinträchtigung					
Anderen Menschen gegenüber reizbar sein	2	0,3	2	0	0
Schwer gefallen, den alltäglichen Beschäftigungen nachzugehen	2	0,3	1	0,5	0
Benachteiligung/Behinderung					
Das Leben ganz allgemein ist weniger zufriedenstellend	7	3	3	0,6	1
Vollkommen unfähig etwas zu tun	1	1	0,2	0	0

Quelle: GÖG/ÖBIG

Tabelle 4.6:

65- bis 74-Jährige – Antworten auf OHIP-G14-Fragen und Geschlecht, Migration und Bildung

Fragen	Antworten in Prozent						
	Gesamt	Männer	Frauen	Ohne Mig.	Mig	Ohne Matura	Matura
Probleme mit dem Zahnfleisch	26	23	28	24	37	26	23
Schwierigkeiten beim Kauen	18	18	17	17	21	17	19
Schwierigkeiten, bestimmte Worte auszusprechen	5	6	4	5	6	5	3
Geschmacksinn war beeinträchtigt	8	8	8	7	16	9	4
Zahn oder Zahnfleisch sieht nicht gut aus	19	18	20	19	21	19	18
Schmerzen im Mundbereich	19	17	21	19	21	19	20
Unangenehm, bestimmte Nahrungsmittel zu essen	15	16	15	14	24	15	15
Gefühl der Unsicherheit	11	10	11	10	12	11	11
Sich angespannt gefühlt	7	6	7	6	10	7	6
Unbefriedigende Ernährung	6	2	9	6	1	6	2
Mahlzeit unterbrechen müssen	6	5	7	6	7	6	5
Schwierigkeiten, sich zu entspannen	4	1	6	3	12	4	5
Sich ein wenig verlegen fühlen	4	4	4	4	6	4	5
Anderen Menschen gegenüber reizbar sein	2	0	3	2	0	2	0
Schwer gefallen, den alltäglichen Beschäftigungen nachzugehen	2	1	2	2	0	2	2
Das Leben ganz allgemein ist weniger zufriedenstellend	7	8	7	7	10	7	7
Vollkommen unfähig etwas zu tun	1	1	1	1	4	1	2

Quelle: GÖG/ÖBIG

Die vorliegenden OHIP-Daten zeigen keinen bedeutsamen Zusammenhang zwischen der Prävalenz von oralen Beschwerden und geschlechtsspezifischen Faktoren (vgl. Tabelle 4.6). Auch die Unterschiede nach Bildung oder Migrationsstatus sind aufgrund der geringen Stichprobengröße nicht als relevant zu betrachten.

Individuelles Ausmaß eingeschränkter MLQ

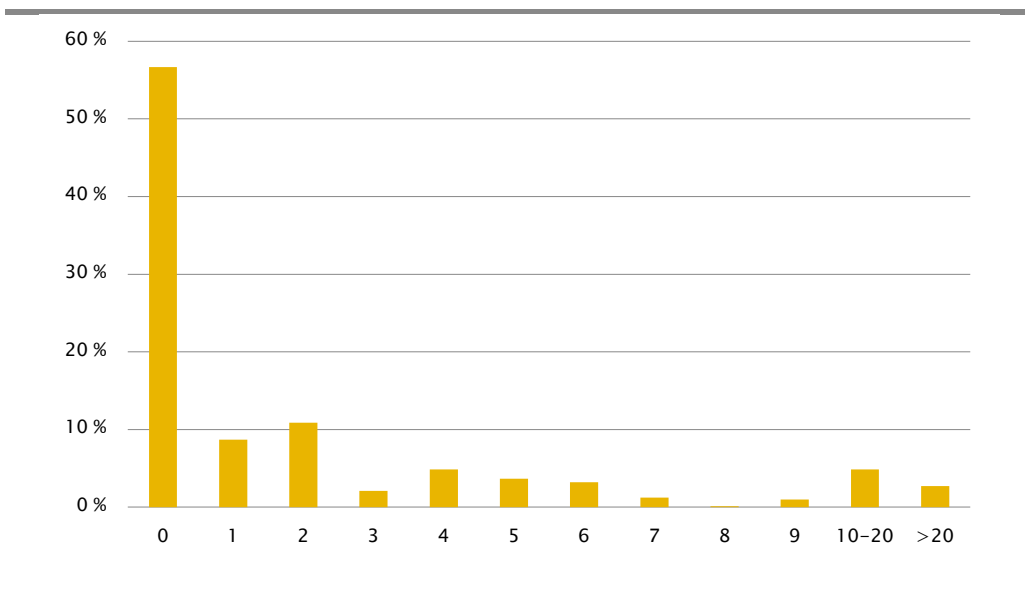
Der errechnete OHIP-Summenwert (Gesamtwert) pro Person zeigt das individuelle Ausmaß eingeschränkter mundgesundheitsbezogener Lebensqualität an. Dieser Wert ergibt sich aus den Bewertungspunkten der einzelnen Items und kann von null (keine Beeinträchtigungen) bis 64 (16 Fragen x 4 Punkte) reichen (vgl. Abschnitt 3.6).

Der größere Teil (rund 57 %) der interviewten Seniorinnen und Senioren berichtet über keinerlei Einschränkungen. In dieser Probandengruppe beträgt der OHIP-Summenwert null. Demgegenüber errechnet sich bei mehr als einem Drittel (36 %) ein einstelliger OHIP-Summenwert (zwischen 0 und 9). In acht Prozent der befragten 65- bis 74-Jährigen weist der OHIP-Gesamtwert bereits eine zweistellige Zahl auf (10 bzw. > 10 vgl. Abbildung 4.7).

In welche soziale Schicht (repräsentiert durch Migrationsstatus und Bildungsstatus) jene Menschen mit den höchsten OHIP-Gesamtwerten fallen, kann die vorliegende Untersuchung nicht beantworten. Es kann aufgrund der vorliegenden Stichprobengröße keine nennenswerte Korrelation zwischen der Höhe des OHIP-Gesamtwertes und soziodemografisch bestimmten Eigenschaften festgestellt werden.

Abbildung 4.7:

65- bis 74-Jährige - Verteilung der OHIP-Gesamtwerte auf die Probandinnen und Probanden

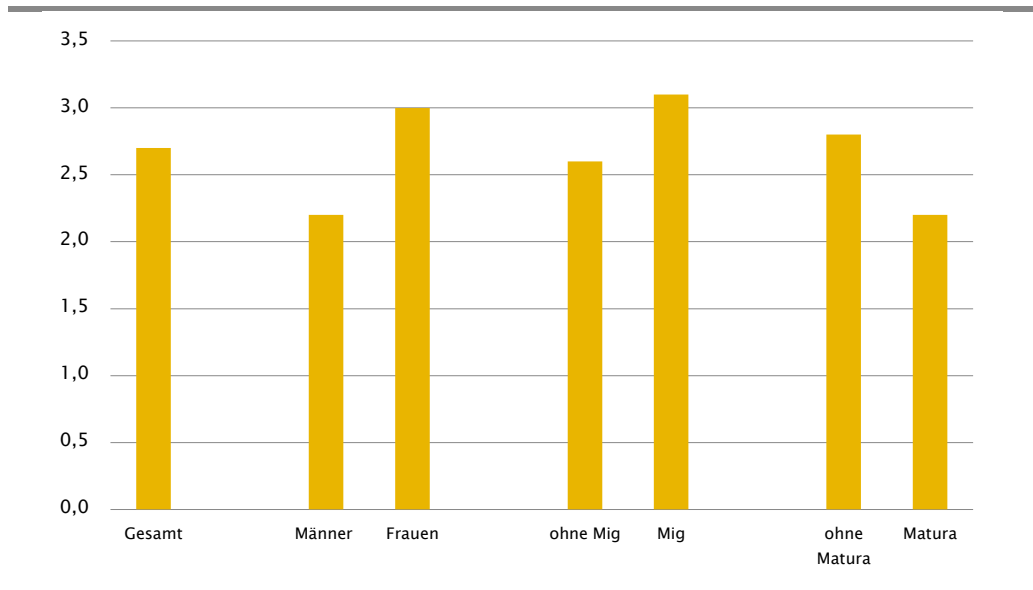


Quelle: GÖG/ÖBIG

Der **OHIP-Mittelwert** beträgt in der Altersgruppe der Seniorinnen und Senioren **2,7**. Die Unterschiede nach Geschlecht, Bildungsniveau und Migrationsstatus (vgl. Abbildung 4.8) sind nicht bedeutsam. Damit liegt die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ) nach OHIP in der befragten älteren Generation annähernd auf demselben Niveau wie bei den befragten 35- bis 44-Jährigen.

Abbildung 4.8:

65- bis 74-Jährige - OHIP-Mittelwert und Geschlecht, Migration und Bildung



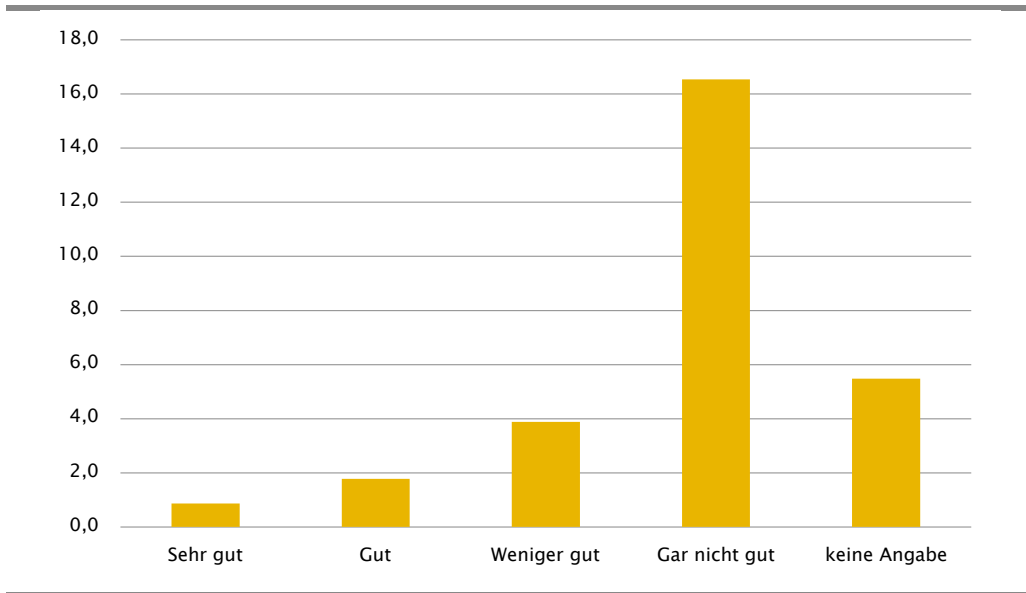
Quelle: GÖG/ÖBIG

MLQ und Selbsteinschätzung der Mundgesundheit

Der selbst eingeschätzte Mundgesundheitsstatus korreliert mit der Höhe des durchschnittlichen OHIP-Summenwertes. Seniorinnen und Senioren, die ihre Mundgesundheit als sehr gut bewerten, weisen einen einstelligen OHIP-Mittelwert (0,9) auf, während sich in der Personengruppe, die sich mundgesundheitlich gar nicht gut fühlt, ein zweistelliger OHIP-Durchschnittswert errechnet (vgl. Abbildung 4.9). Dieses Ergebnis bestätigt, dass der OHIP-G14 ein geeignetes Instrument zur subjektiven Bewertung der Mundgesundheit darstellt.

Abbildung 4.9:

65- bis 74-Jährige - OHIP-Mittelwert und Selbsteinschätzung der Mundgesundheit



Quelle: GÖG/ÖBIG

4.7 Behandlungsbedarf

Lückengebisse, die nicht vollständig prothetisch versorgt sind, vermindern die Lebensqualität (ÖBIG 2006). Bestehende Zahnlücken im Gebiss beeinträchtigen nicht nur die Ästhetik und die Sprachlautbildung, sondern auch die Nahrungsaufnahme und Verdauung und somit die allgemeine Gesundheit und Lebensqualität.

In der Altersgruppe der Seniorinnen und Senioren berichten *elf Prozent* von einem Gebiss mit unversorgten Zahnlücken (vgl. Abbildung 4.5). In dieser Personengruppe besteht akuter prothetischer Behandlungsbedarf.

Rund 44 Prozent der interviewten älteren Menschen geben an, dass sie zumindest gelegentlich von oralen Problemen betroffen sind. Zahnfleischprobleme (Prävalenzrate ist 26 %), Schmerzen im Mundbereich (Prävalenzrate ist 19 %), Schwierigkeiten beim Kauen (Prävalenzrate ist 18 %), Zähne oder das Zahnfleisch sehen nicht gut aus (Prävalenzrate ist 19 %), unangenehm, bestimmte Nahrungsmittel zu essen (Prävalenzrate ist 15 %) sind die am häufigsten angeführten Beschwerden. Im Wesentlichen ist den betroffenen Patientinnen und Patienten ein zahnärztlicher Besuch zu empfehlen, um mittels genauer Diagnose und entsprechender zahnärztlicher Therapie die Mundgesundheit und auch die Lebensqualität zu verbessern.

Zusammenfassung

Ergebnisse aus den Fragen zum Gebissstatus

Das WHO-Ziel 2020, wonach 65- bis 74-Jährige eine Zahnlosigkeitsrate von höchstens 10 Prozent aufweisen sollen, erfüllen die befragten 65- bis 74-Jährigen noch nicht. *16 Prozent* sagen, dass sie *völlig zahnlos* sind und Totalprothesen im Oberkiefer und im Unterkiefer tragen.

Neun Prozent der Seniorinnen und Senioren besitzen noch ein *natürliches funktionelles Gebiss* (sämtliche eigenen Zähne).

64 Prozent besitzen zur kompletten Kaufähigkeit der Gebisse festsitzende oder abnehmbare Prothesenkonstruktionen (*artifizielles funktionelles Gebiss*). Diesen Personen mussten zwar schon Zähne extrahiert werden, in ihren Gebissen sind aber sämtliche Zahnlücken prothetisch überbrückt (versorgtes Lückengebiss).

Somit ist die komplette Gebissfunktion beim Großteil (89 %) der Seniorinnen und Senioren gewährleistet.

Der Trend zum festsitzenden Zahnersatz zeichnet sich auch unter den Seniorinnen und Senioren deutlich ab. Festsitzender Zahnersatz wird in 37 Prozent der Fälle genannt. 31 Prozent der Seniorinnen und Senioren verfügen über abnehmbare Teilprothesen.

Elf Prozent der 65- bis 74-Jährigen bedürfen für eine volle Gebissfunktion allerdings einer prothetischen *Behandlung*. In den Gebissen dieser Personen finden sich *unversorgte Zahnlücken* (unversorgtes Lückengebiss).

80 Prozent der Seniorinnen und Senioren geben mindestens einen wurzelbehandelten devitalen Zahn im Gebiss an.

Ergebnisse aus den Fragen zum Mundgesundheitsverhalten

98 Prozent der Befragten betreiben regelmäßig täglich Mundhygiene. 45 Prozent der interviewten älteren Personen ließen innerhalb des vergangenen Jahres eine professionelle Zahnreinigung (PZR) durchführen. 73 Prozent der 65- bis 74-Jährigen gehen zumindest einmal jährlich zum Zahnarzt oder zur Zahnärztin. 40 Prozent suchen die Zahnarztpraxis üblicherweise wegen einer Kontrolle auf. Ein Viertel (25 %) geht allerdings eher beschwerdeorientiert in die Zahnarztpraxis. Rund zehn Prozent der befragten Seniorinnen und Senioren leisteten sich im letzten Jahr eine Parodontalbehandlung.

Ergebnisse aus den OHIP-Fragen zur mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität

Knapp die Hälfte (44 %) der befragten Seniorinnen und Senioren berichtet von zumindest gelegentlichen oralen Problemen. Die meisten Betroffenen geben an, dass sie mit den oralen Problemen *kaum* oder nur *ab und zu* konfrontiert waren. Die Anteilsraten der OHIP-Antwortenkategorien *oft* bzw. *sehr oft* liegen im Bereich unter drei Prozent.

Die häufigsten oralen Probleme der Seniorenschaft sind *Probleme mit dem Zahnfleisch* (26 %), *Schmerzen im Mundbereich* (19 %), *Zahn oder Zahnfleisch sieht nicht gut aus* (19 %), *Schwierigkeiten beim Kauen* (18 %) und *unangenehm bestimmte Nahrungsmittel zu essen* (15 %). Die restlichen OHIP-Items liegen im Bereich unter zehn Prozent. Lediglich *ein Gefühl der Unsicherheit* aufgrund von Problemen im Mundbereich überschreitet diese Grenze (11 %).

Probleme im Mundbereich betreffen die Seniorenschaft nicht in gleichen Maßen. Während mehr als die Hälfte (rund 57 %) keinerlei orale Beschwerden angibt (OHIP-Gesamtwert ist 0), leiden ca. acht Prozent der befragten älteren Frauen und Männer bereits an Verminderung der Lebensqualität (OHIP-Gesamtwert ist > 10).

Der errechnete OHIP-Mittelwert in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen beträgt **2,7**.

Frauen weisen in den meisten erhobenen Mundgesundheitsparametern bessere Ergebnisse auf.

5 Mundgesundheit bei Erwachsenen 2000 bis 2010

Als Wiederholungsuntersuchung zur Zahnstatus-Erhebung 2000 in Österreich (ÖBIG 2001) sowie zum mundgesundheitslichen Befragungssurvey im Jahr 2005 (ÖBIG 2006) werden mit den hier vorliegenden mundgesundheitslichen Befragungsergebnissen – in einer vergleichenden Analyse – Veränderungstendenzen hinsichtlich Gebissstatus, oralpräventiven Verhaltens, zahnärztlicher Inanspruchnahme und mundgesundheitsbezogener Lebensqualität (MLQ) herausgearbeitet.

5.1 Die 35– bis 44-Jährigen

Subjektive Mundgesundheit

Ein sehr beachtlicher Teil (86 %) der 35– bis 44-Jährigen erfreut sich eines sehr guten bzw. eines guten oralen Gesundheitszustandes (vgl. Tabelle 5.1).

Tabelle 5.1:
35– bis 44-Jährige – Antworten zur Selbsteinschätzung der Mundgesundheit 2000, 2005 und 2010

Selbsteinschätzung der Mundgesundheit	Untersuchte 2000 in %	Befragte 2005 in %	Befragte 2010 in %
sehr gut	3	32	28
gut	31	53	58
zufriedenstellend	41	0	0
weniger gut	20	14	12
gar nicht gut	5	1	2
keine Angabe	0	0	0

Quelle: GÖG/ÖBIG

Gebissstatus und prothetischer Behandlungsbedarf

Die Zahlen in Tabelle 5.2 zeigen, dass 35– bis 44-Jährige zunehmend weniger Zahnverluste erleiden und dass der Anteil an Personen, die über ein komplett funktionsfähiges Gebiss (vollständiges natürliches Gebiss oder versorgtes Lückengebiss) verfügen, bereits sehr hoch ist (78 %). Ein weiteres positives Ergebnis ist der beachtliche Anstieg an prothetischen Interventionen. Während im Jahr 2000 noch 60 Prozent der Erwachsenen (vgl. Prozentanteil an „unversorgtem Lückengebiss“ in Tabelle 5.2) für eine ausreichende Gebissfähigkeit prothetische Teilversorgungen benötigten, sind es im

Jahr 2010 nur mehr 22 Prozent. Die Angaben der Probandinnen und Probanden zum Gebissstatus zeigen auch, dass völlige Zahnlosigkeit bei 35- bis 44-Jährigen nahezu nicht mehr vorkommt (der Anteil zahnloser Erwachsener beträgt heute 0,4 %).

Tabelle 5.2:
35- bis 44-Jährige – Gebissstatus 2000, 2005 und 2010

Gebissstatus	Untersuchte 2000 in %	Befragte 2005 in %	Befragte 2010 in %
vollständiges, natürliches Gebiss	40	57	51
versorgtes Lückengebiss	n. v. (Legende)	24	26
unversorgtes Lückengebiss	60	19	22
zahnlos und Totalprothesen	0	0,6	0,4
keine Angabe	n. v.	n. v.	0

Quelle: GÖG / ÖBIG

n. v. = Auswertungen sind nicht verfügbar. *Vollständiges natürliches Gebiss* bedeutet, dass die Zahnreihe des Oberkiefers und die des Unterkiefers keine Zahnlücken aufweisen und noch sämtliche natürliche, eigene Zähne vorhanden sind.

Versorgtes Lückengebiss bedeutet, dass sämtliche Zahnlücken mit festsitzendem oder abnehmbarem Zahnersatz vollständig versorgt sind und die vollständige Gebissfunktion gewährleistet ist.

Das *unversorgte Lückengebiss* weist prothetisch nicht versorgte Zahnlücken und daher keine vollständige Gebissfunktion auf. Es besteht prothetischer Behandlungsbedarf.

Zahnverluste werden in der jüngeren Erwachsenenengruppe heute vorwiegend mit festsitzenden Prothesenzähnen (Brücken- und Implantatkonstruktionen) ersetzt. 25 Prozent der 35- bis 44-Jährigen geben festsitzenden Zahnersatz in ihren Gebissen an, während lediglich zwei Prozent sagen, dass sie abnehmbare Teilprothesen tragen.

Die WHO sieht in ihrem Ziel 2020 vor, dass der überwiegende Teil (90 %) der 35- bis 44-Jährigen über ein vollständig funktionsfähiges Gebiss verfügen sollte. Das heißt, dass der Anteil an vollständigen eigenen Gebissen (natürliches funktionelles Gebiss) und der Anteil an versorgten Lückengebissen (artifizielles funktionelles Gebiss) 90 Prozent erreichen sollten. Gegenwärtig beträgt der Anteil vollständig funktionsfähiger Gebisse 77 Prozent (vgl. Tabelle 5.2). Insofern besteht noch Bedarf an vermehrter Aufklärung. Die Erwachsenen müssen noch eingehender über die große Bedeutung einer physiologisch gesunden Gebissfunktion bzw. über Risikofaktoren für das Zustandekommen von Funktionsstörungen des Kauorgans bei unvollständiger Gebissfähigkeit informiert werden, um hinreichend motiviert die Lückengebisse prothetisch sanieren zu lassen.

Mundgesundheitsverhalten

Das Mundgesundheitsverhalten ist ausschlaggebend für alle oralen Erkrankungen (DMS IV 2006, ÖBIG 1996–2009). Präventives Mundgesundheitsverhalten definieren Zahnmediziner und Zahnmedizinerinnen als regelmäßiges, tägliches Zähneputzen mit

Zahnbürste und fluoridierter Zahnpasta, regelmäßige Reinigung der Zahnzwischenräume mit Zahnseide oder Interdentalbürstchen, Zungenreinigung mit speziellen Vorrichtungen, regelmäßige (mindestens 1 x jährlich) professionelle Zahnreinigung (PZR) sowie regelmäßige, jährliche zahnärztliche Kontrollbesuche (Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates, Kommission für Zahnmedizin und Prophylaxe, <http://www.bmgf.gv.at>, 2003).

Zähneputzen

Regelmäßiges, tägliches Zähneputzen scheint bei den Erwachsenen durchwegs verankert zu sein. Nur mehr ganz vereinzelt (3 %) finden sich Personen, die ihre Zähne noch immer nicht regelmäßig täglich reinigen (vgl. Tabelle 3.2). Die 35- bis 44-Jährigen sind aber noch nicht ausreichend über effektive Mundpflegemittel zur täglichen Mundhygiene aufgeklärt. Z. B. wird beim Kauf der Zahnpasta selten darauf geachtet, dass sie auch den empfohlenen Fluoridzusatz enthält (vgl. Abbildung 3.1). Fluoridierte Zahnpasta bildet nachweislich einen Schutz gegen Karies- und Zahnfleischerkrankungen. Die von Zahnmedizinern empfohlene effektive Säuberung der Zahnzwischenräume (approximale Zahnflächen) mit Zahnseide oder Interdentalbürstchen betreiben lediglich 0,4 Prozent der interviewten Erwachsenen (vgl. Abbildung 3.1).

Zahnärztinanspruchnahme

Eine nicht unbeträchtliche Anzahl an 35- bis 44-Jährigen sucht die zahnärztliche Praxis nur unregelmäßig auf (nicht jährlich). Während 85 Prozent vom Zahnarztbesuch innerhalb des letzten Jahres berichten, geben immerhin zehn Prozent an, dass sie im letzten Jahr nicht bei der Zahnärztin oder dem Zahnarzt waren. Zumindest besuchten diese Personen innerhalb der letzten zwei Jahre die zahnärztliche Praxis. Bei zusätzlichen fünf Prozent der Interviewten liegt der letzte Zahnarztbesuch bereits zwei Jahre oder länger zurück (vgl. Tabelle 3.5). Ein knappes Viertel (21 %) geht nur beschwerdeorientiert zum Zahnarzt oder zur Zahnärztin (vgl. Abbildung 3.3). Generell zeigen Menschen, die nur selten oder nur bei Beschwerden eine Zahnarztpraxis aufsuchen, schlechtere orale Gesundheit gegenüber Menschen, die regelmäßig kontrollorientiert die Praxis aufsuchen (Micheelis 1996).

Die Hälfte (49 %) der Erwachsenen leistet sich jährliche professionelle Zahnreinigung (vgl. Abbildung 3.2). Parodontalbehandlungen werden in der vorliegenden Altersgruppe lediglich in der Häufigkeit von sieben Prozent in Anspruch genommen (vgl. Abbildung 3.7).

Die Ergebnisse zum Mundgesundheitsverhalten bei 35- bis 44-Jährigen verdeutlichen, dass noch vermehrter Bedarf hinsichtlich wirksamer oralpräventiver Mundpflegemaßnahmen besteht. Die große Bedeutung effizienter Mundhygiene muss in der Bevölke-

rung fest verankert sein. Tägliches Zähneputzen muss so selbstverständlich sein wie Händewaschen.

Mundgesundheit und Lebensqualität

Messungen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität sind heutzutage bereits fixer Bestandteil in der medizinischen Ergebnisbetrachtung. In der Zahnmedizin steht als Messinstrument das Oral Health Impact Profile zur Verfügung, anhand dessen sichtbar wird, dass ein erheblicher Prozentsatz der befragten 35- bis 44-Jährigen zumindest gelegentlich an oralen Beschwerden leidet.

Mehr als ein Drittel der Interviewten (39 %) berichtet von zumindest gelegentlich auftretenden mundgesundheitslichen Problemen. Die große Mehrheit der Betroffenen sagt aber, dass sie im vergangenen Monat lediglich kaum oder nur ab und zu von Beschwerden im Mundbereich betroffen war (vgl. Tabelle 3.6 und 3.7). Am häufigsten sind 35- bis 44-Jährige mit Zahnfleischproblemen konfrontiert (Anteil liegt bei 31 %; vgl. Tabelle 3.7). Gegenüber dem Erhebungsjahr 2005 hat im Erhebungsjahr 2010 der durchschnittliche OHIP-Summenwert pro Person (individuelles Ausmaß eingeschränkter mundgesundheitsbezogener Lebensqualität) bei den 35- bis 44-Jährigen von 1,6 auf 2,9 geringfügig zugenommen. Über mögliche Gründe dieser OHIP-Wert-Erhöhung kann lediglich spekuliert werden, da für abgesicherte diesbezügliche Aussagen derzeit noch zu wenige internationale Forschungsergebnisse verfügbar sind.

5.2 Die 65- bis 74-Jährigen

Subjektive Mundgesundheit

Drei Viertel der Seniorinnen und Senioren (77 %) schätzen ihren Mundgesundheitszustand als sehr gut oder gut ein, während ein knappes Viertel den Mundgesundheitszustand als weniger gut oder gar nicht gut wahrnimmt (vgl. Tabelle 5.3).

Tabelle 5.3:

65- bis 74-Jährige – Antworten zur Selbsteinschätzung der Mundgesundheit 2000, 2005 und 2010

Selbsteinschätzung der Mundgesundheit	Untersuchte 2000 in %	Befragte 2005 in %	Befragte 2010 in %
sehr gut	n. v.	25	25
gut	n. v.	58	52
zufriedenstellend	n. v.	n. v.	n. v.
weniger gut	n. v.	15	16
gar nicht gut	n. v.	1,4	5
keine Angabe	n. v.	0,3	1,6

Quelle: GÖG/ÖBIG

Gebissstatus und prothetischer Behandlungsbedarf

In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen sind nach den neuesten Befragungsergebnissen 16 Prozent vollkommen ohne eigene Zähne (vgl. zahnlos Tabelle 5.4). In der Befragung im Jahr 2005 betrug der Anteil völlig zahnloser Seniorinnen und Senioren noch 23 Prozent. Somit ist die Zahnlosigkeitsrate innerhalb der letzten fünf Jahre um sieben Prozentpunkte gesunken.

Die Gesamtheit der befragten älteren Personen, die komplette Zahnlosigkeit angeben, sagen auch, dass sie zur vollen Kaufähigkeit Totalprothesen im Oberkiefer- und Unterkiefer tragen und daher gegenwärtig prothetisch ausreichend versorgt sind.

Die WHO akzeptiert in ihrer Vorgabe bis 2020 bei 65- bis 74-Jährigen eine Zahnlosigkeitsrate von höchstens zehn Prozent. Die aktuelle Entwicklung in Österreich ermutigt daher zur Annahme – wenn der momentane positive Entwicklungstrend weiterhin anhält –, dass das WHO-Ziel in den nächsten zehn Jahren auch erreicht wird.

Tabelle 5.4:

65- bis 74-Jährige – Gebissstatus 2000, 2005 und 2010

Gebissstatus	Untersuchte 2000 in %	Befragte 2005 in %	Befragte 2010 in %
vollständiges, natürliches Gebiss	0,7	17	9
versorgtes Lückengebiss	n. v. (Legende)	48	64
unversorgtes Lückengebiss	38	15	11
zahnlos und Totalprothesen	20	23	16

Quelle: GÖG / ÖBIG

n. v. = Auswertungen sind nicht verfügbar. *Vollständiges natürliches Gebiss* bedeutet, dass die Zahnreihe des Oberkiefers und die des Unterkiefers keine Zahnlücken aufweisen und noch sämtliche natürliche, eigene Zähne vorhanden sind.

Versorgtes Lückengebiss bedeutet, dass sämtliche Zahnlücken mit festsitzendem oder abnehmbarem Zahnersatz vollständig versorgt sind und die vollständige Gebissfunktion gewährleistet ist.

Das *unversorgte Lückengebiss* weist prothetisch nicht versorgte Zahnlücken und keine vollständige Gebissfunktion auf. Es besteht prothetischer Behandlungsbedarf.

Die in Tabelle 5.4 dargestellten Zahlen zum Gebissstatus zeigen auch, dass die Inanspruchnahme zahnärztlicher prothetischer Maßnahmen (vgl. Anteilsrate von versorgtem Lückengebiss) bei Seniorinnen und Senioren um 16 Prozentpunkte gestiegen ist. Somit ist der prothetische Sanierungsgrad bereits zu einer bemerkenswerten Größe angewachsen.

Die aktuellen Befragungsergebnisse weisen zudem darauf hin, dass sich auch bei älteren Menschen der Trend zu feststehendem Zahnersatz durchsetzt. 37 Prozent der 65- bis 74-Jährigen geben feststehenden Zahnersatz im Gebiss an und 31 Prozent sagen, dass sie abnehmbaren Zahnersatz tragen (vgl. Abbildung 4.5).

Bemerkenswert erscheint, dass innerhalb der letzten fünf Jahre der Anteil vollständiger natürlicher Gebisse in der Seniorenschaft ziemlich abgenommen hat, nachdem er zwischen 2000 und 2005 rasant angestiegen ist (vgl. Tabelle 5.4). Hier ist anzumerken, dass die Daten Selbstangaben der Probandinnen und Probanden sind und nicht auf klinischen Untersuchungen basieren. Generell aber spiegelt sich die deutliche Verbesserung der Mundgesundheit in der Seniorenschaft im starken Rückgang völliger Zahnlosigkeit wider (vgl. Tabelle 5.4).

Mundgesundheitsverhalten

Tägliche Mundhygiene ist auch beim größten Teil (97 %) der Seniorinnen und Senioren schon Bestandteil des Alltags geworden. Mehr als die Hälfte (59 %) der Interviewten säubert sich zweimal täglich den Mundraum, 21 Prozent betreiben sogar öfter als zweimal täglich Mundhygiene und 17 Prozent putzen mindestens einmal täglich ihre Zähne (vgl. Tabelle 4.2).

Die Antworten der befragten älteren Frauen und Männer zu verwendeten, zahnmedizinisch empfohlenen Mundpflegemitteln decken ähnlich wie bei den 35- bis 44-Jährigen erhebliche Wissensdefizite bezüglich vorsorgender Mundpflegemittel auf (vgl. Abbildung 4.1). Der Großteil der Seniorinnen und Senioren (71 %) wollte die Frage nach den verwendeten Mundpflegeprodukten auch nicht beantworten.

Zahnärztinanspruchnahme

In der Untersuchungsgruppe der Seniorinnen und Senioren vergrößerte sich im Zeitraum 2005 bis 2010 der Prozentsatz jener älteren Personen, die innerhalb des letzten Jahres eine Zahnarztpraxis aufsuchten, um zehn Prozentpunkte (vgl. Tabelle 5.5), sodass nun bereits beinahe drei Viertel der Seniorinnen und Senioren die empfohlenen jährlichen zahnärztlichen Besuche wahrnehmen. Mehr als ein Drittel der älteren Frauen und Männer (40 %) suchte das letzte Mal Zahnärztin oder Zahnarzt wegen Kontrollun-

tersuchungen auf. Rund ein Viertel der Seniorinnen und Senioren geht allerdings nach wie vor nur bei Beschwerden in eine Zahnarztpraxis.

Tabelle 5.5:
65- bis 74-Jährige – Antworten zum Zeitpunkt des letzten Zahnarztbesuchs 2000, 2005 und 2010

Letzter Zahnarztbesuch	Untersuchte 2000 in %	Befragte 2005 in %	Befragte 2010 in %
Innerhalb der letzten zwölf Monate	n. v.	63	73
Innerhalb der letzten zwei Jahre	n. v.	n. v.	12
Innerhalb der letzten fünf Jahre	n. v.	n. v.	9
Mehr als fünf Jahre her	n. v.	n. v.	6
War noch nie beim Zahnarzt	n. v.	6	0

Quelle: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassend kann aus den vorliegenden Daten zur zahnärztlichen Inanspruchnahme abgeleitet werden, dass die Bedeutung einer präventiv ausgerichteten Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen in der älteren Bevölkerung grundsätzlich bekannt ist und ein solches Inanspruchnahmeverhalten auch häufig praktiziert wird.

Regelmäßiges Entfernen bakterieller Zahnbeläge und Zahnstein durch zahnärztliches Personal (PZR) wirkt sich auf den Erhalt der Mundgesundheit aus. Parodontal erkrankte Menschen sind aufgerufen, sich regelmäßig einer zahnärztlichen parodontalen Behandlung zu unterziehen, damit die betroffenen Zähne erhalten bleiben. Von den Seniorinnen und Senioren, die im letzten Jahr in einer Zahnarztpraxis waren, geben beinahe zwei Drittel (62 %) an, dass sie sich bei dieser Gelegenheit auch ihre Zähne professionell säubern ließen. Eine spezielle Behandlung des Parodontiums (Zahnhaltegewebe) leisteten sich allerdings nur sehr wenige. Obwohl bei 16 Prozent der Seniorinnen und Senioren, die im letzten Jahr eine Zahnarztpraxis aufsuchten, eine parodontale Behandlung für notwendig befunden wurde, ließen nur dreizehn Prozent eine solche Behandlung auch durchführen (vgl. Abbildung 4.3).

Insgesamt zeigt der Vergleich der Jahre 2000 bis 2010, dass die moderne, präventiv ausgerichtete Zahnheilkunde auch in den Erwachsenen-Altersgruppen immer mehr Anklang findet.

Seit mehreren Jahren ist in Österreich der „Monat der Mundgesundheit“ fester Bestandteil präventiver Arbeit. Jeweils im September finden in ganz Österreich kleine und größere Veranstaltungen zum Thema Prävention von Zahn- Mund- und Kieferkrankheiten statt. Multiplikatoren wie Zahnärzte/Zahnärztinnen, Apotheken, Krankenkassen, regionale und bundesweite Medien etc. fördern durch ihre Aufklärungskampagnen die Eigenverantwortung der Bevölkerung für ihre Zahngesundheit. Die Folgen dieser

Veranstaltungen machen sich bemerkbar. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen hat sie die Zahngesundheit in den letzten Jahren wesentlich verbessert (ÖBIG 2006 bis 2009). Die vorliegenden Ergebnisse verdeutlichen, dass der Monat der Zahngesundheit auch in den erwachsenen Altersgruppen nachhaltig wirkt.

Mundgesundheit und Lebensqualität

Mundgesundheit und körperliches bzw. psychisches Wohlbefinden stehen in direktem Zusammenhang (Micheelis 2003, ÖBIG 2006). Für Mund- und Zahngesundheit spielen unter anderem die Frequenz der Nahrungsaufnahme und der Erhalt der Kaufähigkeit bis ins hohe Alter eine wichtige Rolle.

Knapp die Hälfte (44 %) der befragten Seniorinnen und Senioren berichtet, zumindest gelegentlich von Beschwerden im Mundbereich betroffen zu sein. Gegenüber der Vorerhebung im Jahr 2005 ist der Anteil der älteren Menschen, die von mundgesundheitlichen Beschwerden betroffen sind, unverändert geblieben. Am häufigsten geben ältere Menschen Probleme mit dem Zahnfleisch bzw. Schmerzen im Mundbereich an (vgl. Tabelle 4.5). Die Auswertung zeigt aber, dass wesentliche Beeinträchtigung der allgemeinen Lebensqualität infolge oraler Probleme in der befragten Seniorenschaft nicht häufig verbreitet ist. Lediglich vier bis sechs Prozent der älteren Personen waren „oft“ oder „sehr oft“ mit oralen Problemen konfrontiert.

Der durchschnittliche OHIP-Summenwert pro Person – als Maßangabe zur Beschreibung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität einer Bevölkerungsgruppe – stagniert in der Seniorenaltersgruppe seit dem Untersuchungsjahr 2005 auf dem Wert drei. Damit erleben die interviewten Seniorinnen und Senioren ihre MLQ ähnlich wie die befragten 35- bis -44-Jährigen. Man könnte nun dahingehend interpretieren, dass im Seniorenalter, trotz Zunahme pathologischer Gebissbefunde (z. B. im Vergleich zu 35- bis 44-Jährigen sind 65- bis 74-Jährige von vermehrtem Zahnverlust betroffen), die Toleranz gegenüber oralen Beschwerden größer ist. Aufgrund häufiger, mehrfacher körperlicher Morbidität könnten ältere Menschen Probleme mit den Zähnen im Vergleich zu jüngeren Personen als weniger beeinträchtigend empfinden.

Ob ein durchschnittlicher OHIP-Summenwert von drei als hoch oder als niedrig einzustufen ist, kann mit den verfügbaren Daten noch nicht beantwortet werden. Dazu sind weitere MLQ-Messungen nötig, um Normwerte (Referenzwerte) für Bevölkerungsgruppen festzulegen.

6 Erwachsene im internationalen Vergleich

Für den internationalen Vergleich wurden im Internet die WHO-Datenbank (EURO-Region), die Website der EADPH (European Association of Dental Public Health) und die Website des CECDO (Council of European Chief Dental Officers) nach Ergebnissen bei vergleichsrepräsentativen Stichproben durchsucht.

Bevölkerungsrepräsentative zahngesundheitliche Ländererhebungen in der Erwachsenenpopulation werden innerhalb Europas aufgrund des großen Aufwandes nicht sehr häufig durchgeführt. Im Zeitraum 2000 bis 2010 wurden nur wenige vergleichbare Länderergebnisse identifiziert (vgl. Tabelle 6.1). Unterschiedliche Erhebungsdesigns (z. B. klinische Untersuchungen versus Personenbefragungen) sowie unterschiedlicher Erhebungszeitpunkt setzten der internationalen Vergleichbarkeit zudem enge Grenzen.

Es ist erwiesen, dass ältere Menschen Zähne seltener durch Karies als durch Parodontitis verlieren. In der modernen Zahnheilkunde stehen zahnerhaltende Therapiemaßnahmen bei der zahnmedizinischen Behandlung im Vordergrund, daher besitzen Erwachsene immer mehr eigene natürliche Zähne. Gleichzeitig steigt mit zunehmendem Lebensalter das Risiko für parodontale Erkrankungen (Micheelis 2006).

Die WHO fokussiert daher in der Erwachsenenpopulation nicht mehr auf das Ausmaß bzw. den Verbreitungsgrad von Karies, sondern auf die Vollständigkeit und die Funktionalität des Gebisses sowie auf die parodontale Gesundheit. Damit wird auch die Bedeutung der Parodontologie in der Zahnmedizin unterstrichen.

Tabelle 6.1 soll verdeutlichen, dass völlige Zahnlosigkeit bei 35- bis 44-Jährigen kein verbreitetes Problem darstellt. Völlige Zahnlosigkeit im Ober- und Unterkiefer wird in dieser Population europaweit bei einer Prävalenzrate von höchstens zwei Prozent festgestellt.

Demgegenüber zeigt sich der Grad an Mundgesundheit bei Seniorinnen und Senioren in der Rate völliger Zahnlosigkeit. Nach für diese Altersgruppe aktuell verfügbaren Angaben innerhalb Europas, schwankt der Anteil völlig zahnloser Seniorinnen und Senioren zwischen 14 Prozent und 53 Prozent (vgl. Tabelle 6.1). Unter dieser Grenze liegt Schweden mit vierprozentiger Zahnlosigkeit bei 60-Jährigen. Hier ist anzumerken, dass dieses Ergebnis auf eine etwas jüngere Altersgruppe bzw. auf eine bestimmte Region beschränkt (Jönköping in Südschweden) und daher mit den übrigen Daten nicht direkt vergleichbar ist. Weit über diesen Grenzen liegt Portugal. Da aber innerhalb von zehn Jahren durch oralpräventive Maßnahmen bedeutende Verbesserungen möglich sind, ist bei diesem Ergebnis der zehn Jahre zurückliegende Erhebungszeitpunkt speziell zu berücksichtigen.

Tabelle 6.1:

Mundgesundheit und Lebensqualität 2010 bei Erwachsenen – Zahnlosigkeitsraten
europäischer Länder 2000–2010

Land	Jahr	Totale Zahnlosigkeit in Prozent	Anmerkungen
Belgien	2003	37	65– bis 74-Jährige
Bulgarien	2003	53	65– bis 74-Jährige
Dänemark	2000	27	65– bis 74-Jährige
Dänemark	2000	46	über 75-Jährige
Deutschland	2005	1	35– bis 44-Jährige
Deutschland	2005	23	65– bis 74-Jährige
Frankreich	2000	16	65-Jährige
Italien	2003	19	65– bis 74-Jährige
Norwegen	2002	0,7	35– bis 59-Jährige
Norwegen	2002	16	über 60-Jährige
Österreich	2005	0,6	35– bis 44-Jährige
Österreich	2010	0,4	35– bis 44-Jährige
Österreich	2005	23	65– bis 74-Jährige
Österreich	2010	16	65– bis 74-Jährige
Polen	2003	25	65– bis 74-Jährige
Portugal	2000	70	über 65-Jährige
Schweden	2004	4	60-Jährige in Jönköping
Schweiz	2002	0,4	35– bis 44-Jährige
Schweiz	2002	14	65– bis 74-Jährige
Tschechien	2002	34	65– bis 74-Jährige
Ungarn	2004	2	35– bis 44-Jährige
Ungarn	2004	20	65– bis 74-Jährige
Ungarn	2004	39	über 75-Jährige
Vereinigten Königreich	2003	46	über 65-Jährige

Quellen: WHO-Datenbank, CECCO (Council of European Chief Dental Officers) – Website im Internet
GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle 6.1 zeigt auch, dass in europäischen Industrieländern völlige Zahnlosigkeit bei 65– bis 74-Jährigen schwindet bzw. dass sich das Problem Zahnverlust bzw. völlige Zahnlosigkeit mehr und mehr in die Population der hochbetagten Seniorinnen und Senioren verlagert.

Zahnprothesen sind auch für viele ältere Patienten und Patientinnen eine unbefriedigende Lösung. So liegt die Unterkiefer-Totalprothese ausschließlich auf der Schleimhaut auf und kann sich daher beim Kauen klebriger oder harter Nahrung hin und her bewegen oder verrutschen. Häufige unangenehme Begleiterscheinungen sind dann schmerzhafteste Druckstellen, manchmal auch ein Würgereiz oder eine gestörte Aussprache. Daraus folgt, dass die Prothetik der Zukunft vor der Herausforderung steht, die volle Kauleistung auch im betagten Seniorenalter zu erhalten. Bereits mit zwei Zahnimplantaten und darauf fixierten Druckknöpfen oder anderen Halteelementen bekommt die Unterkiefer-Totalprothese stabilen Halt. Diese hochwertigen prothetischen

Versorgungen sollen State of the art sein, wobei es bei dieser Thematik nicht primär um Kostengünstigkeit, sondern um mehr Lebensqualität der Patientinnen und Patienten gehen soll. Eine besondere Problematik im höheren Lebensalter liegt auch in der richtigen Mundpflege. Aufgrund von körperlicher Multimorbidität oder Behinderungen sind ältere Menschen zur effektiven Mundhygiene oft nicht mehr fähig. Insofern müssen zukünftig auch diesbezügliche Lösungen gefunden werden (z. B. zahnmedizinische Schulung von Altenpflegekräften etc.).

Insgesamt zeigt der europäische Vergleich (vgl. Tabelle 6.1), dass die Österreicherinnen und Österreicher großes Interesse am Erhalt ihrer eigenen Zähne zeigen bzw. orale Prävention bzw. moderne Zahnheilkunde („Zahnerhalt vor Reißen“) schon weitgehend praktizieren.

7 Resümee

Das natürliche Gebiss der europäischen Durchschnittsbevölkerung ist in der Lebensphase zwischen dem 40. und dem 65. Lebensjahr durch zunehmende Zahnverluste (infolge von unbehandelten Karies- und Parodontitiserkrankungen) gekennzeichnet. Zahnlücken bis hin zur völligen Zahnlosigkeit charakterisieren den Gebissstatus des alten Menschen und beeinträchtigen sein allgemeines Wohlbefinden. Generell hat sich die Mundgesundheit in den industrialisierten Ländern in den letzten beiden Jahrzehnten deutlich verbessert. Dies spiegelt sich auch im erheblichen Prävalenzzrückgang von Zahnverlust und völliger Zahnlosigkeit wider (ÖBIG 2006, Michelis 2006, Brauckhoff 2009).

Gebissstatus – Zahnverlust – Zahnlosigkeit

In der erwachsenen Population gelten Zahnverlust- bzw. Zahnlosigkeitsraten als die wesentlichen Indikatoren zur Beschreibung der Mundgesundheit. In Österreich sind die diesbezüglichen epidemiologischen Fakten anhand des Zahnstatus 2000 sowie der mundgesundheitlichen Befragungen aus den Jahren 2005 und 2010 dokumentiert.

Bei den 35- bis 44-Jährigen stieg innerhalb von zehn Jahren der Anteil an Personen mit vollständigem eigenem Gebiss (sämtliche „echten“ Zähne sind vorhanden) um elf Prozentpunkte an (von 40 % auf 51 %). Somit erfreut sich heute die Hälfte der Erwachsenen über ein voll funktionsfähiges eigenes Gebiss. Es wird auch festgestellt, dass völlige Zahnlosigkeit in der Altersgruppe der erwerbsfähigen Erwachsenen kein verbreitetes Problem darstellt. Die Rate völliger Zahnlosigkeit bei 35- bis 44-Jährigen liegt seit Jahren unter einem Prozent (0,6 %). Völlige Zahnlosigkeit gewinnt erst in der fortgeschrittenen Lebensphase an Bedeutung. Dennoch verringerten sich auch bei den Seniorinnen und Senioren Zahnverlust bzw. Zahnlosigkeit in den letzten Jahren. Zwischen 2005 und 2010 fiel die Zahnlosigkeitsrate um sieben Prozentpunkte (von 23 % auf 16 %), sodass gegenwärtig nur mehr 16 Prozent der 65- bis 74-Jährigen von kompletter Zahnlosigkeit betroffen sind. Zudem zeigen Seniorinnen und Senioren immer häufiger noch ein vollständiges natürliches Gebiss (sämtliche eigenen Zähne sind noch vorhanden). Während in der Untersuchung im Jahr 2000 lediglich 0,7 Prozent der 65- bis 74-Jährigen ein vollständiges natürliches Gebiss vorwiesen, sagen in den letzten Befragungen bereits neun Prozent, dass sie noch ein vollständiges eigenes Gebiss besitzen.

Prothetische Versorgung

Zahnverluste werden in Österreich bei Erwachsenen im erwerbsfähigen Alter überwiegend mit festsitzendem Zahnersatz therapiert und auch in der Seniorenschaft zeichnet

sich bereits ein Trend zu festsitzenden Prothesenzähnen ab. Ein Viertel der 35- bis 44-Jährigen gibt festsitzende Prothesenkonstruktionen im Gebiss an, während abnehmbare Teilprothesen nur von zwei Prozent der Erwachsenen getragen werden. Von den Seniorinnen und Senioren sagen 37 Prozent, dass ihre Zahnlücken mit festsitzenden Prothesenzähnen ersetzt sind und 31 Prozent nützen zur Kaufähigkeit abnehmbare Teilprothesen. Der Trend zu festsitzendem Zahnersatz wird auch europaweit beobachtet (ÖBIG 2006; DMS IV 2007; Zitzmann 2007).

Aus ernährungsphysiologischer Sicht sollten alle von Zahnlosigkeit Betroffenen prothetisch versorgt werden, da die Nahrungsaufnahme und -verdauung bei Zahnlosigkeit erheblich erschwert ist (Brauckhoff 2009). Die befragten völlig zahnlosen Personen sind in ihrer Gesamtheit mit Totalprothesen im Oberkiefer und im Unterkiefer hinsichtlich Gebissfunktion völlig versorgt.

Gut drei Viertel (77 %) der 35- bis 44-Jährigen verfügen gegenwärtig über ein komplett funktionsfähiges Gebiss. Der weitaus größere Teil davon sind jene Personen, die noch ein vollständiges eigenes Gebiss vorweisen (51 %), während beim Rest (26 %) die volle Gebissfunktion ihres Lückengebisses durch angepassten Zahnersatz gewährleistet ist. Die WHO fordert bis 2020, dass 90 Prozent der 35- bis 44-Jährigen über ein voll funktionsfähiges Gebiss (natürlich oder artifiziell) verfügen. Insofern ist noch Verbesserung nötig. Prothetische Therapien mit dem Ziel des Erhalts kompletter Gebissfunktion (kaufähig) müssen in den verschiedenen Systemen zahnärztlicher Breitenversorgung noch intensiviert werden.

Bei 22 Prozent der 35- bis 44-Jährigen und elf Prozent der 65- bis 74-Jährigen besteht derzeit zur vollen Funktion ihrer Gebisse noch Bedarf an prothetischer Intervention. Diese Personen sagen, dass sie unter einem unversorgten Lückengebiss leiden. Anzumerken ist aber, dass das prothetische Behandlungsdefizit in der erwachsenen Population in den vergangenen zehn Jahren stark zurückgegangen ist. Die Prävalenz von unversorgten, behandlungsbedürftigen Lückengebissen ist in der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen um 38 Prozentpunkte gesunken (von 60 % auf 22 %) und in der Gruppe der Seniorinnen und Senioren um 27 Prozentpunkte (von 38 % auf 11 %). 35- bis 44-jährige Probandinnen und Probanden weisen trotz starker Verbesserung gegenüber der Seniorenschaft einen doppelt so hohen prothetischer Behandlungsbedarf auf. Das heißt, dass Seniorinnen und Senioren im Vergleich zur erwerbsfähigen Bevölkerungsgruppe viel mehr um die Wiederherstellung der vollen Gebissfunktion bemüht sind.

Europäischer Vergleich

In etlichen westeuropäischen Staaten zeigen sich seit einigen Jahren mit Österreich vergleichbare Erfolge bezüglich des Rückgangs von Zahnverlust- und Zahnlosigkeit.

Der Anteil völlig zahnloser Personen in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen in Europa schwankt aber derzeit noch zwischen 14 Prozent und 53 Prozent, wobei ein erhebliches West-Ost-Gefälle festzustellen ist. Man kann jedoch davon ausgehen, dass Zahnverlust und Zahnlosigkeit bedingt durch zahnmedizinische Prävention und frühzeitige therapeutische Maßnahmen innerhalb des industrialisierten Europas weiterhin zurückgehen werden, womit jene WHO-Vorgabe, die bei 65- bis 74-Jährigen eine maximale Zahnlosigkeitsrate von zehn Prozent vorsieht, bis zum Jahr 2020 auch erreicht wird.

Parodontalstatus

Dritter wichtiger Aspekt von Mundgesundheit ist bei Erwachsenen der parodontale Status (betrifft das Zahnhaltegewebe). Es ist wissenschaftlich belegt, dass Parodontitis (Zahnbettentzündung) bei Erwachsenen der häufigste Grund für Zahnverlust ist. Generell steigt die Prävalenz der Parodontitis mit zunehmendem Alter (Brauckhoff 2009).

Eine allgemein akzeptierte und einheitlich verwendete Definition von Parodontalerkrankung und ihren Schweregraden (leicht, mittel, schwer) wurde in der parodontalen Forschungsliteratur bislang nicht geleistet. Derzeit arbeiten mehrere internationale Expertengruppen an der Erstellung eines verbindlichen parodontalen Grundsatzpapiers (www.eadph.org/about/about.html).

In Österreich liegen bislang keine verlässlichen Daten zur Verbreitung parodontaler Erkrankungen und zu deren Behandlungsbedarf bei Erwachsenen vor. Einen ersten Hinweis auf die Prävalenz von Zahnbetterkrankungen in Österreich liefern die ÖBIG-Daten der Zahnstatus-Erhebung 2000, wonach 20 Prozent der 35- bis 44-Jährigen und 40 Prozent der 65- bis 74-Jährigen behandlungsbedürftige Zahnfleischtaschen aufwiesen. Die Dunkelziffer dürften jedoch weit höher liegen, da das Studiensample nicht bevölkerungsrepräsentativ ist (ÖBIG 2001). Einen weiteren Anhaltspunkt hinsichtlich der Vorkommenshäufigkeit krankhafter Zahnbettveränderungen (Parodontopathien) bieten die Ergebnisse des letzten ÖBIG-Befragungssurvey zur mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität (MLQ). Anhand der Antworten des OHIP-G14-Fragebogens wird festgestellt, dass sowohl 35- bis 44-Jährige als auch 65- bis 74-Jährige am häufigsten mit Zahnfleischproblemen konfrontiert sind. Beinahe ein Drittel (31 %) der Erwachsenen und ein Viertel (26 %) der Seniorinnen und Senioren sagen, dass sie im vergangenen Monat zumindest gelegentlich unter Zahnfleischbeschwerden litten. In jeder der erhobenen Altersgruppen geben jeweils 19 Prozent an, dass im vergangenen Monat ihr Zahnfleisch zumindest gelegentlich nicht gesund ausgesehen hat.

Prävention und Erhaltung parodontaler Gesundheit beruhen auf regelmäßiger Entfernung bakterieller Beläge und Zahnstein im Rahmen der individuellen Mundhygiene oder professionell (professionelle Zahnreinigung und Parodontalbehandlung) durch zahnmedizinisch ausgebildetes Personal (Zahnarzt, Zahnärztin, Dentalhygieniker/in). Um Produkte zur Zahnzwischenraumpflege richtig anzuwenden, sind in der Regel Prophylaxesitzungen sehr hilfreich. Das Ziel von Parodontaltherapie ist es, gegen weitere Destruktion bzw. den Abbau des Zahnhaltegewebes vorzubeugen, damit die betroffenen Zähne langfristig funktionell und ästhetisch im Mund verbleiben.

Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität

Die individuelle Wahrnehmung von Mundgesundheit liefert zusätzliche Informationen zu klinischen Indikatoren oraler Erkrankungen (z. B. DMF-T-Index etc). Die Gesundheit Österreich erfragt die MLQ nach internationalem Maßstab (mit dem Oral Health Impact Profile, OHIP).

Probleme mit den Zähnen oder dem Zahnfleisch betreffen in Österreich einen erheblichen Anteil der erwachsenen Bevölkerung. Mehr als ein Drittel (39 %) der 35- bis 44-Jährigen und beinahe die Hälfte (44 %) der Seniorinnen und Senioren sagen, dass sie im vergangenen Monat zumindest gelegentlich mit oralen Problemen konfrontiert waren. Die große Mehrheit der von Beschwerden im Mundbereich Betroffenen sagt aber, dass sie lediglich kaum oder nur ab und zu durch Probleme im Mundbereich eingeschränkt sind. Schwere Einschränkungen (das orale Problem tritt oft bzw. sehr oft auf) finden sich lediglich in einer Häufigkeit von fünf Prozent.

Mundgesundheitsverhalten

Aus wissenschaftlichen Studien weiß man, dass Prävention in jedem Alter nicht nur sinnvoll, sondern auch erfolgreich ist (Bastendorf 2000). Deshalb soll tägliche Mundpflege in industrialisierten Ländern eine soziale Norm sein.

In der erwachsenen österreichischen Bevölkerung ist tägliche Mundhygiene bereits durchwegs Bestandteil des Alltags. 97 Prozent der 35- bis 44-Jährigen und 98 Prozent der 65- bis 74-Jährigen sagen, dass sie täglich ihre Zähne reinigen.

Es sollte auch selbstverständlich sein, dass man einmal pro Jahr den Zahnarzt oder die Zahnärztin aufsucht, auch ohne Beschwerden. Die große Mehrheit (85 %) der 35- bis 44-Jährigen und beinahe drei Viertel (73 %) der 65- bis 74-Jährigen sagen, dass sie innerhalb des letzten Jahres mindestens einmal die Zahnarztpraxis aufsuchten.

Ausblick in die Zukunft

Prävalenzraten von Parodontalerkrankungen werden innerhalb Europas auf dem heutigen Niveau verbleiben. Es ist davon auszugehen, dass Österreicher/innen von Parodontopathien in ähnlicher Häufigkeit betroffen sind wie die Bevölkerung anderer europäischer Industrienationen. In Deutschland z. B. sind gegenwärtig 53 Prozent der 35- bis 44-Jährigen von mittelschwerer bzw. 20 Prozent von schwerer Parodontitis betroffen. In der Seniorenaltersgruppe leiden 48 Prozent an mittelschwerer und 40 Prozent an schwerer Parodontitis (DMS IV, Micheelis 2006). Diese Zahlen verdeutlichen, dass auch in Österreich großer Bedarf an zahnmedizinischer Individualprophylaxe bzw. parodontaler Therapie besteht.

Zukünftige Herausforderung der zahnmedizinischen Versorgung werden Personen in prekären Lebenslagen sowie ältere Menschen sein, weil sich Mund- und Zahnerkrankungen auf diese Gruppen konzentrieren werden. Aufgrund von Alter und Behinderung sind diese Personen meist nur eingeschränkt bzw. gar nicht mehr in der Lage ihre Mundgesundheit eigenverantwortlich zu erhalten. Es wird erforderlich sein, vonseiten der Politik diese Versorgungsdefizite aufzufangen.

Ältere Menschen benötigen besondere Zuwendung in der zahnärztlichen Versorgung. Die zukünftige Zahnmedizin muss diesen Anforderungen angepasst werden. Zahnärztliche Betreuungsmodelle für pflegebedürftige hochbetagte Personen sind demnach unerlässlich.

Auch wenn insgesamt eine deutliche Verbesserung der Mundgesundheit zu beobachten ist, wird aufgrund der demografischen Entwicklung der Gesellschaft zahnärztliche Versorgung (Oral Health Care) weiterhin ähnlich hoch bleiben. Die Anzahl jüngerer Menschen, die stark von Mundgesundheit profitieren, wird immer geringer, während alte Menschen mit ihren umfassenden zahngesundheitlichen Bedürfnissen zahlenmäßig mehr werden.

Literaturverzeichnis

Bastendorf, Klaus Dieter (2000): Prophylaxe in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen. In: Prophylaxeimpulse. 4. Jahrgang 2000, 182-187

Borutta, Annerose (1991): Dringliche Mundgesundheitsprobleme der Bevölkerung im vereinten Deutschland. Institut der Deutschen Zahnärzte (Hg.). Köln

Bourgeois, D. (Hg.) (2004): Selecting Essential Oral Health Indicators in Europe – Report of the Consensus Workshop. Granada

Bourgeois, D. (2008): Health Surveillance in Europe – European Global Oral Health Indicators Development Project. Lyon

Micheelis, Wolfgang (1998): Risikogruppenprofile bei Karies und Parodontitis – Statistische Vertiefungsanalysen der Mundgesundheitsstudien des IDZ von 1989 und 1992, Hg. vom Deutscher Ärzteverlag. Köln

John, Mike; Micheelis, Wolfgang (2003): Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität in der Bevölkerung: Grundlagen und Ergebnisse des Oral Health Impact Profile (OHIP) aus einer repräsentativen Stichprobe in Deutschland. IDZ-Information 1/2003. Köln

Micheelis, Wolfgang (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ). Köln

Sheiham, A. (1997): Health needs assessment. In: Community Oral Health 10/1997, 39-54

WHO (Hg.) (2005): Das Rahmenkonzept "Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen

Jansson, H. (2006): TYP 2 Diabetes and Risk for Periodontal Disease: a role for dentalhealth awareness. In: J Clin Periodontol 33/2006, 408-414

ÖBIG 2006: Mundgesundheit und Lebensqualität in Österreich 2005. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien

ÖBIG 2001: Zahnstatus 2000 in Österreich. 35- bis 44-Jährige und 65 - bis 74-Jährige. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen. Wien

BMGF (Hg.) (2003): Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates, Kommission „Zahnmedizin, Prophylaxe“. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien

(www.zahnaerzte-nr.de/prof-reinigung.html 2005): PRZ

www.zahnratgeber.de/rat 2005: Parodontalbehandlung

WHO (Hg.) (1997): Oral Health Surveys 1997

ÖBIG 2010: Bedarfstudie Dentalhygieniker/in. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien

Witter, Dick J. (1999): The shortened dental arch concept and its implications for oral health care. In: Community Dental Oral Epidemiology 27, 249-258

Brauckhoff, Grischa (2009): Mundgesundheit, Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Hg. vom Robert Koch Institut. Berlin

GÖG/BIQG 2009: Dentalhygiene. Wirksamkeit und Sicherheit von Dentalhygieneleistungen als Prophylaxemaßnahme und als Parodontitistherapie. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich BIQG. Wien

Journal of Clinical Microbiology, July 2010, p. 2344-2349, Vol. 48, N. 7

Saxer, Ulrich (2006): Therapiekonzept für die Behandlung aggressiver Parodontiden. In: Swiss dent 2006, 27, 2-32

Zitzmann, N. (2007): What is the prevalence of various types of prosthetic dental restorations in Europe. In: Clin Oral Impl Res 2007;18, 20-33

(<http://www.zahn-online.de/presse/presse5443.shtml> vom 21. 01. 2010): Zahngesundheit ist für zehn Prozent der allgemeinen medizinischen Lebensqualität verantwortlich

www.eadph.org/about/about.html: Website der European Association of Dental Public Health

www.cecdo.org/: Website des Council of European Chief Dental Officers

www.whocollab.od.mah.se: WHO - Oral Health -Country/Area Profile Programme

Gesundheit Österreich
GmbH ● ● ●