

**ÖSTERREICHISCHES BUNDESINSTITUT FÜR GESUNDHEITSWESEN**



**ÖBIG**

**MUNDGESUNDHEIT UND  
LEBENSQUALITÄT  
IN ÖSTERREICH 2005**

**35- bis 44-JÄHRIGE  
65- bis 74-JÄHRIGE**

**IM AUFTRAG DES  
BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN**

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen



ÖBIG

# MUNDGESUNDHEIT UND LEBENSQUALITÄT IN ÖSTERREICH 2005

bei 35- bis 44-Jährigen  
und 65- bis 74-Jährigen

Andrea Bodenwinkler  
Gabriele Sax

**Projektsekretariat:**

Silvia Laskaridis

Wien, November 2005

Im Auftrag des  
Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

Zl. 4285-2005

Eigentümer und Herausgeber: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) - Für den Inhalt verantwortlich: Sebastian Kux - Sekretariat: Silvia Laskaridis - Lektorat: Karin Kopp - Umschlaggestaltung und technische Herstellung: Ferenc Schmauder - Alle: A-1010 Wien, Stubenring 6, Telefon +43 1 515 61-0, Fax +43 1 513 84 72, E-Mail: nachname@oebig.at

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



## Kurzfassung

Nachdem bisher vor allem die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen im Vordergrund oralpräventiver Bemühungen gestanden hatte, rücken in Anbetracht der Bevölkerungsentwicklung die Mundgesundheit und Lebensqualität bei älteren Menschen immer mehr in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit.

Die ÖBIG-Koordinationsstelle führte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF) zwischen Ende 2004 und Anfang 2005 eine bundesweite auf die Mundgesundheit ausgerichtete Befragung bei 35- bis 44- sowie 65- bis 74-Jährigen durch und ergänzte somit die ÖBIG- Untersuchung aus dem Jahre 2000, bei der erstmals bundesweite Daten zur Mundgesundheit der erwachsenen WHO-Indexaltersgruppen ermittelt wurden.

Die Ergebnisse der ÖBIG-Befragungen zeigen, dass mehr als die Hälfte (57 %) der 35- bis 44-Jährigen und immerhin noch 17 Prozent der 65- bis 74-Jährigen ein vollständiges eigenes Gebiss (alle eigenen Zähne) aufweisen. Demgegenüber gaben 42 Prozent der interviewten 35- bis 44-Jährigen und 59 Prozent der älteren Menschen Zahnverluste an. Die Mehrheit der Probandinnen und Probanden mit einem lückenhaften Gebiss trägt zur Überbrückung aller verlorenen Zähne einen adäquaten Zahnersatz (festsitzende oder abnehmbare Prothesen). Bei 19 Prozent der befragten 35- bis 44-Jährigen und 16 Prozent der Seniorinnen und Senioren besteht allerdings noch Bedarf an prothetischer Therapie (Bedarf an Zahnersatz). Völlige Zahnlosigkeit im Ober- und Unterkiefer ist in Österreich in der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen kein Problem (liegt unter 1 %). Bei den Seniorinnen und Senioren gewinnt die völlige Zahnlosigkeit jedoch an Bedeutung. Beinahe ein Viertel (23 %) der befragten älteren Menschen sagte, schon völlig zahnlos zu sein (unter den 70- bis 75- Jährigen gab bereits mehr als ein Drittel völlige Zahnlosigkeit an).

Der häufigste Grund für den Zahnverlust im Erwachsenenalter ist Parodontitis (Zahnfleischentzündung). 20 Prozent der 35- bis 44-Jährigen und 40 Prozent der 65- bis 74-Jährigen leiden laut ÖBIG-Daten an behandlungsbedürftigen Zahnfleischerkrankungen. Die Angaben der Untersuchten zur Frage, ob sie bereits eine Parodontalbehandlung hatten, offenbarte, dass dem aktuellen Behandlungsbedarf noch bei Weitem nicht nachgekommen wird. Die parodontale Grunduntersuchung (PGU), wie sie im Rahmen des neuen Vorsorgeprogramms geplant ist, setzt hier einen wichtigen ersten Schritt zur ausreichenden Versorgung, damit die Österreicherinnen und Österreicher ihre Zähne lange erhalten.

Erstmals wurde auch die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ) mit einem international vergleichbaren Fragebogen, dem Oral Health Impact Profil (OHIP G14) erfasst. Oral bedingte Beeinträchtigungen des allgemeinen Wohlbefindens sind dabei nicht unerheblich. Ein Drittel der 35- bis 44-Jährigen und 46 Prozent der Seniorinnen und Senioren berichteten von einer verminderten Lebensqualität in Zusammenhang mit Erkrankungen der Zähne.

Aus dem Vergleich der Untersuchungen von 2000 und 2005 geht eine eindeutige Stärkung der oralhygienischen Selbstverantwortung hervor. Im Jahr 2005 sagten 100 Prozent der 35- bis 44-Jährigen und 97 Prozent der 65- bis 74-Jährigen, dass sie mindestens einmal am Tag

Mundhygiene betreiben. Die Zahnarztinanspruchnahme ist zunehmend kontrollorientiert. In Bezug auf den getragenen Zahnersatz macht sich ein neuer Trend bemerkbar: Immer mehr Österreicherinnen und Österreicher geben dem ästhetisch und funktionell hochwertigen, festsitzenden Zahnersatz den Vorzug.

Im internationalen Vergleich zeigen sich in der Mundgesundheit zwischen den erwachsenen Altersgruppen – anders als innerhalb der Kinder- und Jugendaltersgruppen – keine so großen Unterschiede in den westlichen Industrieländern. Aus den internationalen Daten geht auch hervor, dass sich seit dem Jahr 1997 der Kariesbefall (durchschnittliche Anzahl kariöser und gefüllter Zähne) bzw. die durchschnittliche Anzahl fehlender Zähne (MT-Wert) europaweit nicht wesentlich reduziert haben.

Nach Analyse aller Daten muss bei den Erwachsenen auch in Zukunft mit einem unveränderten, altersabhängigen Anwachsen des Zahnverlustes gerechnet werden. Eine grundlegende Verbesserung der Mundgesundheit (drastisches Minimieren der Zahnverlustrate) könnte sich erst mit dem Heranwachsen jener jungen Generation ergeben, welche bereits vom Babyalter an oralpräventive Erziehung erhalten hat.

## Summary

After previously having had especially the dental health of children occupy centre stage of oral preventive efforts, more and more the oral health and quality of life among older people is moving into the focus of our attention in consideration of demographic trends.

Between the end of 2004 and beginning of 2005, the Austrian Health Institute (*ÖBIG*) Coordinating Office conducted a nationwide questionnaire by order of the Federal Ministry of Health and Women (*BMGF*) among 35-to-44-year-olds as well as those aged 65 to 74 directed towards their oral health, and thus supplemented the Austrian Health Institute investigation from the Year 2000, in the course of which nationwide data on the oral hygiene of the adult WHO Index age groups were determined for the first time.

The results of the Austrian Health Institute questionnaires show that more than half (57 %) of 35-to-44-year-olds and, surprisingly enough, 17 percent of those aged 65 to 74 exhibit a complete dental set (all of their own teeth). By way of contrast, 42 percent of the 35-to-44-year-olds interviewed and 59 percent of the older people cited loss of teeth. At least one natural tooth was already missing from the dentition of these individuals. The majority of the subjects with an incomplete dental set wear an adequate denture replacement for bridging over all of their lost teeth (permanently seated or removable prostheses). Among 19 percent of the 35-to-44-year-olds questioned and 16 percent of the seniors there nevertheless still existed a need for prosthetic therapy (need for dental replacement). Complete toothlessness in the upper and lower jaw in the age group from 35 to 44 is no problem in Austria (measuring below 1 %). Nonetheless, among the seniors complete toothlessness gains in importance. Practically a quarter (23 %) of the older people questioned said that they were completely devoid of teeth (while already more than a third of the 70-to-75-year-olds cited complete toothlessness).

The most common reason for dental loss at an adult age is periodontitis (inflammation of the gums). According to Austrian Health Institute data, 20 percent of the 35-to-44-year-olds and 40 percent of those aged 65 to 74 suffer from gum diseases requiring treatment. The responses of the test persons to the question as to whether or not they had already had any periodontal treatment revealed that the current need for treatment was by far not being kept up with. The Basic Periodontal Examination (*PGU*), as it is planned in the context of the new preventive programme, represents a significant first step here towards sufficient care, such that Austrians retain their teeth for a long time.

Also for the first time was the oral hygiene quality of life (MLQ) determined using an internationally comparable questionnaire, the Oral Health Impact Profile (OHIP G14). Orally caused impairments of the overall sense of well-being were not inscrutable in the course of this. A third of the 35-to-44-year-olds and 46 percent of the seniors reported a diminished quality of life in connection with dental illnesses.

Out of a comparison of the trials from 2000 and 2005, there emanates an unmistakable strengthening of the sense of oral hygienic self-responsibility. In 2005, 100 percent of the 35-to-44-year-olds and 97 percent of those aged 65 to 74 said that they performed oral hygiene

at least once daily. Making use of professional dentistry revolves increasingly around check-ups. With respect to the replacement dentures worn, a new trend has made itself discernible: ever more Austrians are showing a preference for aesthetically and functionally high-quality, permanently seated denture replacement.

By comparison internationally between the adult age groups – other than within the juvenile and adolescent age groups – no such great differences among the Western industrialised countries are displayed in terms of oral hygiene. It also emerges from the data that, across Europe since 1997, the incidence of caries (average number of carious and filled teeth) as well as the average number of missing teeth (MT value) has not fallen significantly.

Pursuant to an analysis of all the data, even in future there must be an unvaried growth of the dental rate loss as a factor of age to be reckoned with among adults. Any fundamental improvement of oral hygiene (drastic minimisation of the dental loss rate) could only arise once the younger generation is growing up, which set has already received oral preventive training from its infancy onwards.



# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Studiendesign.....	3
2.1	Problemstellung .....	3
2.2	Erhebungsinstrument.....	5
2.3	Stichprobe .....	6
2.3.1	Stichprobenziehung und Datenerhebung.....	6
2.3.2	Darstellung der Studienpopulation .....	7
3	Die 35- bis 44-Jährigen .....	10
3.1	Selbsteinschätzung der Mundgesundheit.....	10
3.2	Gebissstatus .....	12
3.3	Mundhygienegewohnheiten .....	15
3.4	Zahnärztliche Inanspruchnahme und -erfahrung.....	17
3.5	Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ) .....	20
3.5.1	Prävalenz eingeschränkter MLQ .....	21
3.5.2	Individuelles Ausmaß eingeschränkter MLQ.....	24
3.6	Behandlungsbedarf .....	27
4	Die 65- bis 74-Jährigen .....	30
4.1	Selbsteinschätzung der Mundgesundheit.....	30
4.2	Gebissstatus .....	32
4.3	Mundhygienegewohnheiten .....	35
4.4	Zahnärztliche Inanspruchnahme und -erfahrung.....	36
4.5	Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ) .....	39
4.5.1	Prävalenz eingeschränkter MLQ .....	39
4.5.2	Individuelles Ausmaß eingeschränkter MLQ.....	41
4.6	Behandlungsbedarf .....	42
5	Vergleich der Erhebungen aus den Jahren 2000 und 2005 .....	46
5.1	Die 35- bis 44-Jährigen im Vergleich .....	46
5.2	Die 65- bis 74-Jährigen im Vergleich .....	48
6	Die Erwachsenen im internationalen Vergleich.....	50
6.1	Die 35- bis 44-Jährigen .....	50
6.2	Die 65- bis 74-Jährigen.....	52
7	Resümee .....	56
	Literaturverzeichnis .....	59

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Anteil an Männern und Frauen nach soziodemografischen Merkmalen in Prozent.....	8
Tabelle 2.2:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 65- bis 74-Jährigen – Anteil an Männern und Frauen nach soziodemografischen Merkmalen in Prozent.....	9
Tabelle 3.1:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Antworthäufigkeiten (in Prozent der Befragten) zu „Welche Bedeutung hat für Sie Ihr Mundgesundheitszustand“.....	10
Tabelle 3.2:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Antworthäufigkeiten (in Prozent der Befragten) zu „Wie würden Sie Ihren persönlichen Gesundheitszustand einschätzen“.....	12
Tabelle 3.3:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Antworthäufigkeiten (in Prozent der Befragten) zu „Wie würden Sie Ihren Mundgesundheitszustand einschätzen“.....	12
Tabelle 3.4:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Antworthäufigkeiten (in Prozent der Befragten) zur Gebissvollständigkeit.....	13
Tabelle 3.5:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Einschätzter Mundgesundheitszustand in Abhängigkeit von der Gebissvollständigkeit.....	14
Tabelle 3.6:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Grund für den letzten zahnärztlichen Besuch im Zusammenhang mit dem Gebissstatus.....	18
Tabelle 3.7:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Antworthäufigkeiten (in Prozent der Befragten) zu „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Zahnarzt oder der Zahnärztin“.....	19
Tabelle 3.8:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Antworthäufigkeiten (in Prozent der Befragten) zu „Wie viel haben Sie in den letzten zwölf Monaten für die Gebissanierung ausgegeben“.....	20
Tabelle 3.9:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Antworthäufigkeiten (in Prozent der Befragten) zu „Wie viel haben Sie in den letzten zwölf Monaten für Prophylaxeleistungen ausgegeben“.....	20
Tabelle 3.10:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Angaben zu oralen Beeinträchtigungen im OHIP-G14 Fragebogen (in Prozent der Antwortenden).....	22
Tabelle 3.11:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Angaben zur Prävalenz oraler Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit der Gebissvollständigkeit.....	23
Tabelle 4.1:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 65- bis 74-Jährigen – Antworthäufigkeiten (in Prozent der Befragten) zu „Welche Bedeutung hat für Sie Ihr Mundgesundheitszustand“.....	30

Tabelle 4.2:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 65- bis 74-Jährigen – Antworthäufigkeiten (in Prozent der Befragten) zu „Wie würden Sie Ihren persönlichen Gesundheitszustand einschätzen“.....	31
Tabelle 4.3:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 65- bis 74-Jährigen – Antworthäufigkeiten (in Prozent der Befragten) zu „Wie würden Sie Ihren Mundgesundheitszustand einschätzen“ .....	32
Tabelle 4.4:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 65- bis 74-Jährigen – Antworthäufigkeiten (in Prozent der Befragten) zur Gebissvollständigkeit.....	33
Tabelle 4.5:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 65- bis 74-Jährigen – Antworthäufigkeiten (in Prozent der Befragten) zur Gebissvollständigkeit nach ländlichen und städtischen Wohngebieten.....	34
Tabelle 5.1:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Selbsteinschätzung der Mundgesundheit im Vergleich 2000 und 2005 .....	46
Tabelle 5.2:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Gebissstatus im Vergleich 2000 und 2005 .....	47
Tabelle 5.3:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 65- bis 74-Jährigen – Gebissstatus im Vergleich 2000 und 2005 .....	48
Tabelle 5.4:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 65- bis 74-Jährigen – Grund für den letzten Zahnarztbesuch im Vergleich 2000 und 2005 .....	49
Tabelle 6.1:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – DMFT-Werte, durchschnittliche Anzahl fehlender Zähne, Anteil der zahnlosen Personen in europäischen Ländern (ab 1997).....	52
Tabelle 6.2:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 65- bis 74-Jährigen – DMFT-Werte, durchschnittliche Anzahl fehlender Zähne, Anteil der zahnlosen Personen in europäischen Ländern (ab 1997).....	53

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Anzahl und Verteilung devitaler Zähne.....	14
Abbildung 3.2:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Mundhygieneprodukte nach der Häufigkeit ihrer Verwendung (in Prozent).....	16
Abbildung 3.3:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Verteilung der OHIP-Gesamtwerte auf Probandinnen und Probanden .....	25
Abbildung 3.4:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Durchschnittliche OHIP-Summenwerte (aller 16 Fragen) im Zusammenhang mit der Selbsteinschätzung des Mundgesundheitszustandes.....	26
Abbildung 4.1:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 65- bis 74-Jährigen – Mundhygieneprodukte nach der Häufigkeit ihrer Verwendung (in Prozent).....	35
Abbildung 4.2:	Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 65- bis 74-Jährigen – Prozentuelle Verteilung der OHIP-Summenwerte auf die befragten Personen .....	42



# 1 Einleitung

Das ÖBIG (Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen) führte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF) zwischen Oktober 2004 und Januar 2005 eine auf die Mundgesundheit ausgerichtete Befragung bei 35- bis 44- sowie 65- bis 74-jährigen Österreicherinnen und Österreichern durch.

Bevölkerungsrepräsentative, bundesweite Studien zur Zahngesundheit werden von der Koordinationsstelle Zahnstatus am ÖBIG im Auftrag des Gesundheitsressorts bereits seit dem Jahre 1996 jährlich in jenen Altersgruppen durchgeführt, für welche die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Ziele formuliert hat. Bis zum Jahre 2000 erhob das ÖBIG alle Indexgruppen der WHO erstmals nach Methodik der Oral Health Surveys (WHO 1997). Die Daten der Koordinationsstelle zeigen, dass die Heranwachsenden (das sind die 6-Jährigen, die 12-Jährigen und die 18-Jährigen) hinsichtlich ihrer oralen Gesundheit sämtliche WHO-Vorgaben 2000 erfüllten (ÖBIG 2003).

Die WHO empfiehlt die Erhebungen alle fünf Jahre zu wiederholen (WHO 1997). Damit können nicht nur Gesundheitszustände beschrieben werden, sondern auch Veränderungen in der Mundgesundheit festgestellt bzw. bestehende Vorsorgeprogramme auf ihre Wirksamkeit geprüft werden. Aus diesem Grunde führt die Koordinationsstelle nun seit dem Jahre 2001 Vergleichserhebungen durch.

Die Daten dieser Wiederholungsuntersuchungen weisen bei den Kindern (6-Jährige), den Jugendlichen (12-Jährige) und den jungen Erwachsenen (18-Jährige) eine deutliche Verbesserung der Mundgesundheit nach. Der Kariesbefall sank wesentlich und ist verbunden mit einer steigenden Anzahl an kariesfreien Jugendlichen. Die internationale Vergleichsaltergruppe der Zwölfjährigen erfüllt mit einem Kariesrückgang um 40 Prozent und einem DMFT-Indexwert von **1,04** (durchschnittliche Anzahl der behandlungsbedürftigen kariösen, fehlenden und gefüllten Zähne) sogar heute schon die WHO-Vorgabe 2020. Parallel zu diesem „Caries decline“ zeichnet sich jedoch eine extreme Polarisierung ab, bei der ein Viertel der Zwölfjährigen mehr als drei Viertel des gesamten Kariesaufkommens auf sich vereint, wobei vorwiegend junge Menschen aus sozial benachteiligten Schichten von der Zahnfäule stark betroffen sind (ÖBIG 2001 bis ÖBIG 2003). Dieser Trend ist auch europaweit zu beobachten (Hetzer 1995; Künzel 2002; DMS 1999; Borutta, Vortrag bei ÖBIG-Tagung 2003).

Die erste ÖBIG-Zahnstatuserhebung in den erwachsenen Indexaltersgruppen (das sind die 35- bis 44-Jährigen und die 65- bis 74-Jährigen) wurde - nach einer einjährigen Vorbereitungszeit 1999 - im Jahre 2000 durchgeführt. Durch die Zugangsprobleme zur Studienpopulation (siehe auch Kapitel 2) sind diese Daten aber nur sehr eingeschränkt repräsentativ (ÖBIG 2001). Ziel der Untersuchung war es, erste Hinweise auf den Zahngesundheitszustand der erwachsenen Bevölkerungsgruppen zu erhalten. Die 35- bis 44-Jährigen erreichten einen DMFT-Wert von knapp unter 15 und lagen damit im europäischen Vergleich im guten Mittelfeld. In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen konnte die WHO-Vorgabe 2000 hinsichtlich der parodontalen Gesundheit nicht erfüllt werden. Zwanzig Prozent der älteren Menschen wiesen an ihren Zähnen tiefe Zahnfleischtaschen auf. Die WHO gibt jedoch vor,

dass nicht mehr als zehn Prozent der Altersgruppe an einem oder mehreren Sextanten tiefe parodontale Taschen haben sollten. Die Erhebung 2000 wies auch einen hochsignifikanten Zusammenhang zwischen Kariesprävalenz und sozialem Status nach: Je höher die soziale Stellung, desto geringer die Anzahl der von Karies betroffenen Zähne (ÖBIG 2001).

Die erste Wiederholungsuntersuchung bei den Erwachsenen (35- bis 44- sowie 65- bis 74-Jährige) war für Ende 2004 vorgesehen. In Absprache mit dem Auftraggeber beschloss das ÖBIG diese Erhebung in Form einer zahngesundheitlichen Umfrage (Fragebogenerhebung) durchzuführen. Der Survey zielt auch darauf hin, den Einfluss der Mundgesundheit auf das allgemeine körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden (mundgesundheitsbezogene Lebensqualität, „MLQ“) nach international vergleichbaren Maßstäben zu erfassen bzw. diesbezüglich erstmals Orientierungsdaten zu erhalten.

Der vorliegende Forschungsbericht dokumentiert im Wesentlichen die Auswertungen der Befragungen 2005. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt dabei jeweils getrennt nach Altersgruppe. Es werden zuerst die soziodemografischen Merkmale (Geschlechterverteilung, Wohnregion, höchster Schulabschluss, etc.) der Probandinnen und Probanden dargestellt (siehe Kapitel 2), danach folgt die Beschreibung der Auswertungen zu „Mundgesundheit und Lebensqualität“ (siehe Kapitel 3 und Kapitel 4). Im Speziellen werden die subjektiv eingeschätzte Gesundheit, das mundgesundheitsrelevante Handeln, die Zahnärztinanspruchnahme, die Zufriedenheit mit dem Zahnarzt, die Ausgaben für zahnärztliche Leistungen, die subjektiv erlebten Probleme im Mundbereich und die damit verbundenen allgemeinen körperlichen, seelischen und sozialen Beeinträchtigungen beschrieben. Den Befragungsergebnissen werden die Daten der Zahnstatuserhebung 2000 sowie internationale Daten gegenübergestellt.

## 2 Studiendesign

### 2.1 Problemstellung

Weltweit weisen noch immer mehr als die Hälfte aller Heranwachsenden (60 %) und 90 Prozent der Erwachsenen kariöse Schäden in ihren Gebissen auf (WHO 2004).

Aufgrund der demografischen Entwicklung (hohe Lebenserwartung) und der damit verbundenen wachsenden Anzahl älterer Menschen werden Daten zum oralen Gesundheitszustand der Erwachsenen und davon abgeleitet Konzepte zur Prävention und Behandlung immer wichtiger.

„Mit der hohen Lebenserwartung der Menschen rückt die Erhaltung der Qualität des Lebens in den Vordergrund gesellschaftlicher Anstrengungen und medizinischer Interventionen. Lebensqualität ist ein mehrdimensionales Konzept, das durch viele Einflussfaktoren charakterisiert ist (z. B. die Persönlichkeit, die Gesellschaft, die Arbeitsbedingungen usw.). Gesundheit, Wohlbefinden, Zufriedenheit und Glücklichein erweisen sich als die Dimensionen einer hohen Lebensqualität“ (WHO 2004). Auf internationaler Ebene gewinnt die Erforschung der subjektiven Gesundheit, Lebenschancen und Lebenswelten zunehmend an Bedeutung. Gesundheit ist eine Dimension der Lebensqualität (Health Related Quality of Life = HRQoL). Mundgesundheit ist Teil der allgemeinen Gesundheit und besitzt eine erhebliche psychosoziale Wertigkeit. „Zähne sind weit mehr als nur notwendige Kauwerkzeuge. Ein strahlender, gesunder Mund bedeutet persönlichen Wertausdruck und Chancen für soziale Anerkennung und wirkt äußerst günstig auf das Wohlbefinden“ (vgl. auch McGrath, Neunter Kongress der European Association of Dental Public Health, EADPH 2004).

Erkrankungen der Zähne sind mit einer Reihe von allgemeinen Beeinträchtigungen verbunden. Karies bedeutet Schmerzen. Bei schwerem kariösen Befall (Wurzelkaries) muss der betroffene Zahn häufig gezogen werden. Zahnverlust und Zahnlosigkeit beeinträchtigen die Nahrungsaufnahme und Verdauung, die Lautbildungsfähigkeit (Sprache und Sprechen), das Aussehen einer Person sowie das physische und psychische Wohlbefinden. Der Verlust der eigenen Zähne ist aber nicht als ein unabdingbares biologisches Schicksal des Alterns zu sehen, sondern zum größten Teil auf vermeidbare Ursachen wie mangelnde Zahn- und Mundhygiene sowie eine falsche Ernährungsweise zurückzuführen (Borutta 1991; DMS III 1999;). Bei adäquater Umsetzung der Vorsorgemaßnahmen (Oralprophylaxe) ist der Großteil aller Zahnschäden vermeidbar (Axelsson et al. 1991).

Menschen im Alter von 35 bis 44 Jahren repräsentieren die berufstätige Bevölkerung und gelten laut WHO als Standardbevölkerungsgruppe für die Erwachsenen. In dieser Altersgruppe können bereits die volle Wirkung von Karies, der Stand der Parodontalerkrankungen und generelle Auswirkungen der zahnmedizinischen Versorgung eines Landes beobachtet werden. Ab dem 35. Lebensjahr gewinnen parodontale Ursachen (Zahnbettentzündungen) eine zunehmende Bedeutung für den Zahnverlust. Dabei sind die Risiken für Parodontitis

weitgehend diejenigen, die auch die Entstehung und den ungünstigen Verlauf von Karies bedingen (Borutta 1991; DMS III 1999; ÖBIG 2003).

Seniorinnen und Senioren im Alter von 65 bis 74 Jahren stellen jene Gruppe dar, in der nach internationaler Übereinkunft die Zahngesundheit des alternden Menschen erhoben wird. Die wichtigsten oralen Probleme bei älteren Personen sind Zahnhals- oder Wurzelkaries, entzündliche Parodontalerkrankungen, zunehmender Verlust der eigenen Zähne sowie die alters- oder medikamentös bedingte Speichelverminderung (DMS III 1999; Alcoforado, Neunter Kongress der European Association of Dental Public Health, EADPH 2004).

In den erwachsenen Altersgruppen stellt sich aber das Problem der Erreichbarkeit der Probandinnen und der Probanden für die zahnmedizinische Untersuchung. Während die Heranwachsenden relativ einfach im Rahmen des Schulsystems erfasst werden können, erweist sich der Zugang zur erwachsenen Population als besondere Herausforderung (ÖBIG-Zahnstatus 2000). Einige Länder bedienen sich bei der Stichprobenziehung des Einwohnermelderegisters und laden die ausgewählten Personen entweder in ein nahegelegenes Zahnambulatorium zur Untersuchung ein oder sie suchen die Probandinnen und Probanden zu Hause auf. Diese Vorgehensweise erweist sich jedoch als sehr zeit- und kostenintensiv (es müssen z. B. mobile Untersuchungseinheiten mit einem extra dafür umgebauten Untersuchungsbus – Dentomobil – bereitgestellt werden, etc.).

Das ÖBIG beschloss, letztendlich aus Kostengründen, in der Zahnstatuserhebung 2000 die 35- bis 44-Jährigen im Rahmen ihrer Berufstätigkeit (in Betrieben) aufzusuchen und die 65- bis 74-Jährigen in Zusammenarbeit mit den Ambulatorien der Sozialversicherungsträger zu untersuchen. Mit dieser Vorgehensweise waren aber Personengruppen wie Hausfrauen und Menschen in Krankenanstalten, Altenheimen oder Gefängnissen sowie Obdachlose und solche, die nie ein Zahnambulatorium bzw. eine Zahnärztin- und Zahnarztpraxis besuchen, von der Untersuchung ausgeschlossen. Da aber in Österreich kaum Daten zur Mundgesundheit der Erwachsenen verfügbar waren, nahm man den Mangel an Repräsentativität in Kauf, um zumindest erstmals Anhaltspunkte zum oralen Gesundheitszustand der erwachsenen Bevölkerung zu bekommen.

Die Schwierigkeit, ein bevölkerungsrepräsentatives Sample für eine klinische Untersuchung zu gewinnen, veranlasste die Koordinationsstelle Zahnstatus, in Übereinstimmung mit der Kommission für Zahnmedizin und Prophylaxe des Obersten Sanitätsrates (OSR) und in Absprache mit dem Auftraggeber, die erste Wiederholungsuntersuchung bei den berufstätigen Erwachsenen und älteren Personen in Form einer mundgesundheitlichen Befragung durchzuführen und Erhebungen nach WHO-Design - mit eingeschlossener klinischer Untersuchung - nur alle zehn Jahre zu wiederholen.



## 2.2 Erhebungsinstrument

Als Erhebungsinstrument verfasste das ÖBIG einen Fragebogen, der sich streng am Fragebogen aus dem Untersuchungsjahr 2000 orientierte. Demnach sollten die Probandinnen und Probanden einerseits Fragen

- zur Soziodemografie (Geschlecht, Alter, Wohnort, Wohnortgröße, höchster Schulabschluss),
- zur Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes,
- zum Mundhygieneverhalten,
- zu der Zahnärztinanspruchnahme,
- zu den Ausgaben für zahnärztliche Leistungen und
- zur Vollständigkeit des Gebisses bzw. zum Zahnersatz

beantworten.

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

Das OHIP-G14 ist spezifisch auf die subjektive Wahrnehmung der Lebensqualität, in Abhängigkeit von der oralen Gesundheit (MLQ) ausgerichtet. Der Fragebogen enthält sieben Überbegriffe (Subscalen), welchen insgesamt 14 Fragen (Items) zugeordnet sind. Das ÖBIG erweiterte das OHIP-G14 noch um zwei, der ursprünglichen englischen Originalversion (OHIP-G49) entstammenden Fragen (Items), sodass auf Basis des OHIP schließlich insgesamt 16 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 sollten die Antworten auf einer Mehrstufenskala angeben, wobei folgende Abstufungen möglich waren: „nie“ = Code 0, „kaum“ = Code 1, „ab und zu „ = Code 2, „oft „ = Code 3, und „sehr oft“ = Code 4.

<b>Überbegriffe (Subscalen) des OHIP-G14</b>	<b>Anzahl zugeordneter Fragen (ITEMS)</b>
Funktionelle Einschränkungen (Functional limitation)	4
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: ÖBIG; OHIP-G14

Die Summe der Antwortencodes aller 16 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, sobald ausreichend Daten verfügbar sind (OHIP-Erhebungen in diversen Altersgruppen und diversen Staaten), dann mit Bevölkerungs-Referenzwerten verglichen werden (vgl. John und Micheelis 2003).

## **2.3 Stichprobe**

Das ÖBIG strebte den Richtlinien der Oral Health Surveys folgend pro Altersgruppe eine Stichprobengröße von ca. 300 Personen an. Diese Anzahl gewährleistet eine repräsentative Auswertung nach Geschlecht, Alter, Sozialstatus (als Sozialindikator diente der höchste Schulabschluss) sowie nach regionaler Ebene (Ost-, West-, Südösterreich).

### **2.3.1 Stichprobenziehung und Datenerhebung**

Marktforschungsinstitute verfügen sowohl über Daten als auch über das Know-how für die Durchführung bevölkerungsrepräsentativer Erhebungen. Aus diesem Grunde beauftragte das ÖBIG die Firma MARKET Marktforschung GmbH & Co KG mit der Stichprobenziehung und der Datenerhebung.

#### *Stichprobenziehung*

Die Stichprobenziehung ist eine Kombination aus Random- und Quotaverfahren: Zuerst wurde ein Quotenplan erstellt. Danach wurden Telefonnummern nach dem Zufallsprinzip angerufen und an die Gesprächspartner jene Fragen gerichtet, die zur Erfüllung der Quoten erforderlich waren. Bestand laut Quotenplan noch Bedarf, so wurde das Interview durchgeführt.

„MARKET“ setzt bei Telefonumfragen ein CATI-System (Computer Assistent Telephone Interview System) ein, das vom eigenen Callcenter „market calling“ betrieben wird. Hier stehen 80 CATI-Stationen zur Verfügung, die mit modernster Software ausgerüstet sind. Die Gespräche werden von insgesamt 200 verfügbaren Mitarbeitern (Call agents) durchgeführt.

#### *Datenerhebung*

Vor Befragungsbeginn erfolgte eine Einschulung der Interviewer auf die konkrete Studie. Erfahrene Supervisoren begleiteten das Erhebungsteam. Nach erfolgter Freigabe des Fragebogens durch das ÖBIG (Auftraggeber) führte MARKET 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 zwischen Oktober 2004 und Januar 2005 durchgeführt.

## 2.3.2 Darstellung der Studienpopulation

Die vom ÖBIG angestrebte Stichprobengröße wurde auch erreicht. Insgesamt beteiligten sich 600 Personen an der Erhebung. Davon fielen 308 Personen in die Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen und 292 zählten zur Untersuchungsgruppe der 65- bis 74-Jährigen. Da zu viele Frauen in der Studienpopulation vorhanden waren, wurde der Datensatz entsprechend gewichtet. Daraus resultieren unterschiedliche Grundgesamtheiten bei verschiedenen Auswertungen.

### *Zweifelhafte Antworten*

Nicht nachvollziehbare Antworten der Probandinnen und Probanden wurden wegen ihrer Auswirkungen auf die Berechnung des OHIP-Summenwertes als fraglich angesehen. Deshalb wurden Fragebögen mit zweifelhaften Antworten nicht in die Auswertungen einbezogen. Wegen zweifelhafter Angaben wurde insgesamt nur ein Proband aus der Erhebung ausgeschieden (der Proband gab an, noch alle eigenen Zähne zu besitzen und gleichzeitig eine Totalprothese zu tragen).

Bereits Anfang der fünfziger Jahre wiesen Stichprobenerhebungen an tausenden Kindern die soziale Determiniertheit des oralen Gesundheitsniveaus aus (Böckler 1995). Die sozioökonomisch bestimmte Lebensweise beeinflusst die Mundgesundheit (ÖBIG 1996 bis 2003; Künzel 1997; DMS III 1999). In der vorliegenden Studie repräsentierte die Ausbildung (höchster Schulabschluss) die soziale Schichtzugehörigkeit. Zudem sollten die Probandinnen und Probanden ihre Wohnregion (Ost- Süd- Westösterreich) und die Wohnortgröße (> 2.000 Einwohnerinnen/Einwohner (EW); 2.000 bis 5.000 EW; 5.000 bis 10.000 EW; 10.000 bis 50.000 EW; 50.000 bis 100.000 EW; über 100.000 EW; Wien) angeben. Die Wohnortgröße nach der Einwohnerzahl erlaubt eine Kategorisierung in ländliche und städtische Lebensgebiete. Als Stadt- Landgrenze wurde eine Einwohnerzahl von 5.000 festgelegt: Weniger als 5.000 EW ist ländliches Wohngebiet, mehr als 5.000 EW ist städtisches Wohngebiet. Die Zusammensetzung der Stichprobe nach soziodemografischen Merkmalen ist in den Tabellen 2.1 und 2.2 dargestellt.

### *Alter der Probandinnen und Probanden*

Von der befragten Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen war die eine Hälfte (49,7 %) zwischen 35 und 40 Jahre alt, während die andere Hälfte zwischen 40 und 45 Jahre alt war (vgl. Tabelle 2.2). Von den erhobenen älteren Menschen standen 53 Prozent zwischen dem 65. und 70. Lebensjahr und zusätzliche 47 Prozent standen zwischen dem 70. und 75. Lebensjahr (vgl. Tabelle 2.3).

### *In Österreich geboren*

Der größte Teil der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer wurde in Österreich geboren (es sind dies 93 % der 35- bis 44-Jährigen und 92 % der 65- bis 74-Jährigen, vgl. Tabelle 2.1 und Tabelle 2.2). In beiden Altersgruppen verbleiben nur wenige Personen (Anteil unter

10 %), die angaben, in einem anderen Land geboren zu sein (bei den 35- bis 44-Jährigen sind es 21 Personen und bei den 65- bis 74-Jährigen 24 Personen). Die Personengruppe der nicht in Österreich Geborenen ist für statistisch relevante Auswertungen zu klein. Daher können für diese Gruppe keine gesonderten Aussagen getroffen werden.

*Tabelle 2.1: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Anteil an Männern und Frauen nach soziodemografischen Merkmalen in Prozent*

<b>Soziodemografische Merkmale</b>	<b>Männer %</b>	<b>Frauen %</b>	<b>Gesamt %</b>
<b>Alter:</b>			
35 bis 40 Jahre	50,6	48,7	49,7
40 bis 45 Jahre	49,4	51,3	50,3
<b>NUTS I – Region:</b>			
Ostösterreich	49,4	40,8	45,1
Südösterreich	21,8	15,1	18,5
Westösterreich	28,8	44,1	36,4
<b>Wohnortgröße:</b>			
Unter 2.000 Einwohner	22,6	27,6	25,1
2.000 bis 5.000 Einw.	21,9	25,7	23,8
5.000 bis 10.000 Einw.	10,3	11,8	11,1
10.000 bis 50.000 Einw.	9,0	6,6	7,8
50.000 bis 100.000 Einw.	3,2	3,3	3,3
Über 100.000 Einw.	13,5	9,9	11,7
Wien	19,4	15,1	17,2
<b>Höchster Schulabschluss:</b>			
Volks- oder Hauptschule	42,6	39,5	41,0
Weiterführende höhere Schule ohne Matura	23,2	23,7	23,5
Matura	25,8	27,6	26,7
Universität / Hochschule	8,4	9,2	8,8
<b>In Österreich geboren:</b>			
Ja	94,2	92,1	93,2
Nein	5,8	7,9	6,8

NUTS = Nomenclature des unités territoriales statistique“ (dt. : Systematik der Gebietseinheiten für die Statistik). Es handelt sich um eine hierarchisch aufgebaute, dreistufige territoriale Gliederung, die seit langem in der EU besteht. Die drei Ebenen: NUTS I = Regionen der EU (in Österr.: Ost-, Süd- und Westösterreich); dabei beinhaltet Ostösterreich die Bundesländer Burgenland, Niederösterreich und Wien, zu Südösterreich zählen Kärnten und die Steiermark und zu Westösterreich gehören Oberösterreich, Salzburg, Tirol und Vorarlberg. NUTS II = Grundverwaltungseinheit (in Österr.: Bundesländer); NUTS III = Unterteilung der Grundverwaltungseinheiten (in Österr.: sehr unterschiedlich, ein bis mehrere Bezirke, in manchen Fällen Bezirksteile).

Quelle: ÖBIG

*Tabelle 2.2: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 65- bis 74-Jährigen – Anteil an Männern und Frauen nach soziodemografischen Merkmalen in Prozent*

<b>Soziodemografische Merkmale</b>	<b>Männer %</b>	<b>Frauen %</b>	<b>Gesamt %</b>
<b>Alter:</b>			
65 bis 70 Jahre	55,8	50,0	52,6
70 bis 75 Jahre	44,2	50,0	47,4
<b>NUTS I-Region:</b>			
Ostösterreich	45,5	36,4	40,4
Südösterreich	17,7	22,2	20,2
Westösterreich	36,8	41,4	39,4
<b>Wohnortgröße:</b>			
Unter 2.000 Einwohner	26,4	31,1	29,0
2.000 bis 5.000 Einw.	25,6	24,2	24,8
5.000 bis 10.000 Einw.	7,0	10,6	9,0
10.000 bis 50.000 Einw.	5,4	8,7	7,2
50.000 bis 100.000 Einw.	7,0	1,8	4,2
Über 100.000 Einw.	10,1	11,8	11,0
Wien	18,6	11,8	14,8
<b>Höchster Schulabschluss:</b>			
Volks- oder Hauptschule	58,1	68,5	63,9
Weiterführende höhere Schule ohne Matura	17,8	17,9	17,9
Matura	16,3	10,5	13,1
Universität / Hochschule	7,8	3,1	5,1
<b>In Österreich geboren:</b>			
Ja	90,7	92,5	91,7
Nein	9,3	7,5	8,3

Quelle: ÖBIG

### 3 Die 35- bis 44-Jährigen

In die Auswertungen fließen die Daten von 308 befragten Personen ein. 49 Prozent der Antwortenden sind Frauen. Angaben zur Selbsteinschätzung der Mundgesundheit und zum mundgesundheitsrelevanten Verhalten sind hier anhand der ÖBIG-Fragen beschrieben. Auf Basis des OHIP-G14 Fragebogens wird die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ) dargestellt. Unter Berücksichtigung soziodemografischer Merkmale (vgl. Punkt 2. 3. 2) sollen die Zusammenhänge zwischen oraler Gesundheit und dem allgemeinem Wohlbefinden herausgefunden werden.

#### 3.1 Selbsteinschätzung der Mundgesundheit

Die befragten 35- bis 44-Jährigen lieferten Angaben zur Bedeutung der Mundgesundheit und sie stufen ihren Allgemein- bzw. ihren Mundgesundheitszustand selbst ein. Darüber hinaus wurden die Männer und Frauen zur Gebissvollständigkeit sowie zum Zahnersatz, zur Anzahl wurzelbehandelter Zähne und zum Rauchen befragt.

##### *Bedeutung der Mundgesundheit*

Die 35- bis 44-Jährigen attestierten der Mundgesundheit sehr große Bedeutung. Drei Viertel der Interviewten (78 % der Frauen und 72 % der Männer) sagten, dass es für sie sehr wichtig ist, gesunde Zähne und gesundes Zahnfleisch zu besitzen (vgl. Tabelle 3.1).

*Tabelle 3.1: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Antworthäufigkeiten (in Prozent der Befragten) zu „Welche Bedeutung hat für Sie Ihr Mundgesundheitszustand“*

<b>Bedeutung von Mundgesundheit</b>	<b>Männer %</b>	<b>Frauen %</b>	<b>Gesamt %</b>
Sehr wichtig	72,4	78,3	75,3
Wichtig	27,6	21,7	24,7
Weniger wichtig	0	0	0
Gar nicht wichtig	0	0	0
Keine Angabe	0	0	0

Quelle: ÖBIG

In Bezug auf die Wohnregion der Befragten (NUTS I-Region und Wohnortgröße nach Einwohnerzahl vgl. Tabelle 2.1) ergaben sich statistisch signifikante Unterschiede hinsichtlich

der Bedeutung des Mundgesundheitszustandes. Überdurchschnittlich viele Probandinnen und Probanden aus der NUTS I-Region (88 % aus Kärnten und Steiermark) gaben der Mundgesundheit eine „sehr wichtige“ Bedeutung (in Westösterreich waren es im Vergleich dazu 77 % und in Ostösterreich 69 %). Den Männern und Frauen aus ländlichen Lebensräumen scheint die Mundgesundheit noch wichtiger zu sein als jenen Interviewten, welche in einem städtischen Gebiet wohnen. 82 Prozent der Probandinnen und Probanden aus einer ländlichen Wohnregion sagten, dass für sie die Mundgesundheit „sehr wichtig“ ist. Von den Befragten, welche in einer städtischen Region leben, attestierten 70 Prozent der Mundgesundheit „sehr wichtige“ Bedeutung.

### *Rauchen*

Raucher haben 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 ([www.zahn-online.de/presse2257.shtml](http://www.zahn-online.de/presse2257.shtml) 2005).

Rund ein Drittel der befragten 35- bis 44-jährigen Personen gab an, täglich zu rauchen (es sind 29 % der Frauen und 35 % der Männer; diese Daten decken sich auch mit den Ergebnissen des Mikrozensus 1999). Von den Raucherinnen und Rauchern konsumieren gut drei Viertel (78,6 %; es sind 83 % der Männer und 73 % der Frauen) mehr als fünf Zigaretten täglich. Von den Nichtrauchern rauchte etwa ein Drittel (32 %) früher einmal regelmäßig, wobei der größere Teil dieser Personen (62,6 %) nun schon seit mindestens fünf Jahren nicht mehr raucht.

Die eingehendere Datenanalyse weist einen statistisch wichtigen Zusammenhang zwischen dem Zigarettenkonsum und dem Gebissstatus nach. Jene 35- bis 44-Jährigen, welche in ihrem Leben noch nie regelmäßig rauchten, besitzen häufiger noch alle eigenen Zähne. 65 Prozent der Personen, die in ihrem Leben nie regelmäßig rauchten, besitzen ein lückenloses eigenes Gebiss. Von den Nichtrauchern, die angaben, früher einmal regelmäßig geraucht zu haben, verfügen hingegen nur 49 Prozent über ein vollzähliges eigenes Gebiss (dieser Unterschied ist statistisch hochsignifikant; Chi-Quadrat nach Pearson = 0,000).

### *Angaben zum Allgemeingesundheitszustand*

Erfreulicherweise fühlte sich die überwiegende Mehrheit der Befragten (81 %) - es sind etwas mehr Männer (83 %) als Frauen (79 %) - körperlich sehr gesund. 18 Prozent gaben einen durch eine leichte chronische Erkrankung beeinträchtigten Allgemeingesundheitszustand an. An schweren chronischen Erkrankungen oder körperlichen Behinderungen leiden nur sehr wenige 35- bis 44-Jährige (unter 1 % vgl. Tabelle 3.2).

*Tabelle 3.2: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Antworthäufigkeiten (in Prozent der Befragten) zu „Wie würden Sie Ihren persönlichen Gesundheitszustand einschätzen“*

<b>Einschätzung des persönlichen Gesundheitszustandes</b>	<b>Männer %</b>	<b>Frauen %</b>	<b>Gesamt %</b>
Sehr gesund	83,3	78,9	81,2
Leichte chronische Erkrankung	16,1	19,7	17,9
Schwere chronische Erkrankung	0	1,4	0,6
Schwerste körperliche Beeinträchtigungen	0,6 (eine Person)	0	0,3

Quelle: ÖBIG

### *Selbsteinschätzung des Mundgesundheitszustandes*

Gut die Hälfte der Befragten (es sind dies geringfügig mehr Männer als Frauen) fand, dass sich ihre Mundgesundheit in einem „guten“ Zustand befindet. Weitere 34 Prozent (überdurchschnittlich viele Frauen) stuften ihre Mundgesundheit sogar als „sehr gut“ ein. Zusätzliche 13 Prozent beurteilten ihren Mundgesundheitszustand als „weniger gut“. Einen „gar nicht guten“ Mundgesundheitszustand gab lediglich ein Prozent der Interviewten an (vgl. Tabelle 3.3). Zwischen dem selbst eingeschätzten Mundgesundheitszustand und den erhobenen soziodemografischen Merkmalen konnten keine statistisch bedeutenden Zusammenhänge bzw. Abhängigkeiten nachgewiesen werden.

*Tabelle 3.3: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Antworthäufigkeiten (in Prozent der Befragten) zu „Wie würden Sie Ihren Mundgesundheitszustand einschätzen“*

<b>Einschätzung des Mundgesundheitszustandes</b>	<b>Männer %</b>	<b>Frauen %</b>	<b>Gesamt %</b>
Sehr gut	31,6	35,5	33,6
Gut	53,5	51,4	52,4
Weniger gut	14,3	11,8	13,0
Gar nicht gut	0,6	1,3	1,0

Quelle: ÖBIG

## **3.2 Gebissstatus**

Die Darstellung des Gebissstatus der Probandinnen und Probanden erfolgt anhand der Angaben zur Gebissvollständigkeit und zum Zahnersatz.



Mehr als die Hälfte (56,9 %) der Befragten behauptete, noch über ein vollständiges natürliches Gebiss (sämtliche eigenen Zähne) zu verfügen. Knapp einem Viertel (23,8 %) fehlte zumindest ein eigener Zahn. Diese Probandengruppe besitzt jedoch zur Überbrückung sämtlicher Zahnlücken einen geeigneten Zahnersatz (die Lückengebisse dieser Personen sind entweder durch festsitzenden Ersatz oder abnehmbare Teilprothesen vollständig versorgt). Zusätzliche 0,3 Prozent (ein Mann) gaben an, schon völlig zahnlos zu sein, jedoch Totalprothesen im Ober- und Unterkiefer zu tragen. Demnach verfügen rund 81 Prozent der Befragten über ein vollständiges, funktionsfähiges Gebiss (entweder durch eigene Zähne oder durch einen entsprechenden Zahnersatz vgl. Tabelle 3.4).

*Tabelle 3.4: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Antworthäufigkeiten (in Prozent der Befragten) zur Gebissvollständigkeit*

<b>Gebissvollständigkeit</b>	<b>Männer %</b>	<b>Frauen %</b>	<b>Gesamt %</b>
Vollzähliges, eigenes Gebiss*	55,8	57,9	56,9
Versorgtes Lückengebiss**	22,4	25,4	23,8
Unversorgtes Lückengebiss***	21,2	15,9	18,7
Zahnlos und Totalprothesen	0,6	0	0,3
Zahnlos und keine Totalprothesen	0	0,8	0,3

\* Vollständiges 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 die Zahnlücken mit festsitzendem oder abnehmbarem Zahnersatz vollständig versorgt sind.

\*\*\* Das unversorgte Lückengebiss weist prothetisch nicht versorgte Zahnlücken auf.

Quelle: ÖBIG

Demgegenüber gaben 18,7 Prozent der Befragten unversorgte Zahnlücken in den Gebissen an und zusätzliche 0,3 Prozent behaupteten zahnlos zu sein und keine eigenen Totalprothesen zu besitzen. Diese Personen benötigen aber zu einer gesunden Kaufunktion entweder einen festsitzenden oder einen abnehmbaren Zahnersatz (Teilprothesen oder Totalprothesen vgl. Tabelle 3.4). Demnach bestand bei gut 19 Prozent der befragten Frauen und Männer ein Bedarf an prothetischer Versorgung.

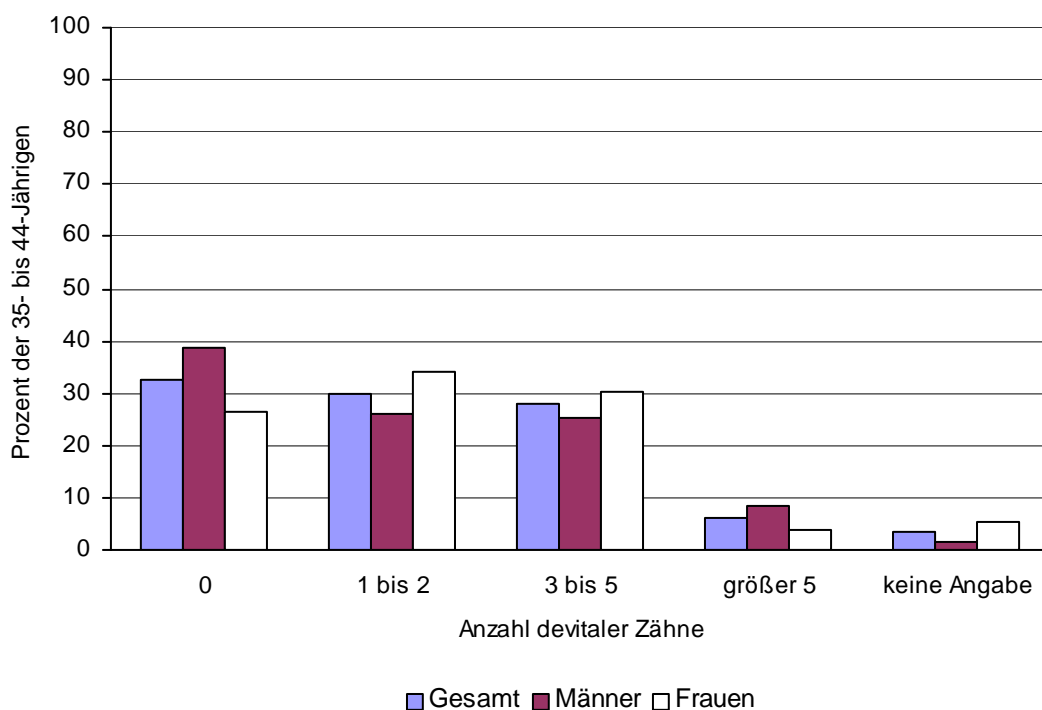
Der von den Befragten selbst eingeschätzte Mundgesundheitszustand geht mit einer statistisch signifikanten Korrelation zur Gebissvollständigkeit einher: Jene Probandinnen und Probanden mit einem lückenlosen eigenen Gebiss stufen ihre Mundgesundheit viel häufiger als „sehr gut“ ein, während die Personengruppen mit Zahnverlusten öfter einen „weniger guten“ oder „gar nicht guten“ Mundgesundheitszustand angaben (vgl. Tabelle 3.5; die Unterschiede sind statistisch hochsignifikant; Chi-Quadrat nach Pearson = 0,004). Demnach kann man sagen, dass die Befragten ihren Mundgesundheitszustand richtig einschätzten.

Tabelle 3.5: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Eingeschätzter Mundgesundheitszustand in Abhängigkeit von der Gebissvollständigkeit

Eingeschätzter Mundgesundheitszustand	Probandinnen und Probanden in Prozent		
	mit vollständigem eigenen Gebiss	mit versorgtem Lückengebiss	mit unversorgtem Lückengebiss
Sehr gut	41,5	25,6	21,0
Gut	52,8	51,4	49,1
Weniger gut	5,1	21,6	28,1
Gar nicht gut	0,6	1,4	1,8

Quelle: ÖBIG

Abbildung 3.1: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Anzahl und Verteilung devitaler Zähne



Quelle: ÖBIG

### Devitale Zähne

Devital bedeutet, dass ein weitgehend kariöser oder traumatisierter Zahn wurzelbehandelt wurde und nun keine Blutgefäße und Nerven (Zahnpulpa) mehr besitzt. Wurzelbehandelte Zähne sind nicht mehr kälte- oder wärmeempfindlich und auch die natürliche Abwehr von gefährlichen Krankheitskeimen ist stark beeinträchtigt. Daher gelten in der Medizin derartig behandelte Zähne als potenzielle Entzündungsherde (Focus), von denen aus Bakterien in

andere Körperregionen verschleppt werden und dort gefährliche Erkrankungen sowie allgemeine Beeinträchtigungen hervorrufen können.

Mehr als die Hälfte (66 %) der Befragten behauptete zumindest einen wurzelbehandelten Zahn aufzuweisen, wobei wiederum der größte Anteil dieser Personen nur von einem bis zwei devitalen Zähnen berichtete (vgl. Abbildung 3.1). Frauen sind von devitalen Zähnen häufiger betroffen als Männer (72 % der Frauen und 61 % der Männer erwähnten mindestens einen wurzelbehandelten Zahn). Jedoch zählten weniger Frauen als Männer mehr als fünf wurzelbehandelte Zähne auf (statistisch nicht signifikant).

### 3.3 Mundhygienegewohnheiten

Aus statistischer Betrachtung muss jeder 35- bis 65-Jährige damit rechnen, dass er im Schnitt alle zwei Jahre einen Zahn verliert. Pro Jahr werden in Österreich mehr als eine Million Zähne (mit leicht sinkender Tendenz) extrahiert und eine viertel Million neue Prothesen angefertigt. Ursachen für den Zahnverlust sind meist Zahnbetterkrankungen (Parodontitis), in der Regel aufgrund falscher Ernährungs- und Rauchgewohnheiten und vor allem wegen unzureichender Mundhygiene (ÖBIG 2001; Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung, Zahnhilfestatistik, 2002).

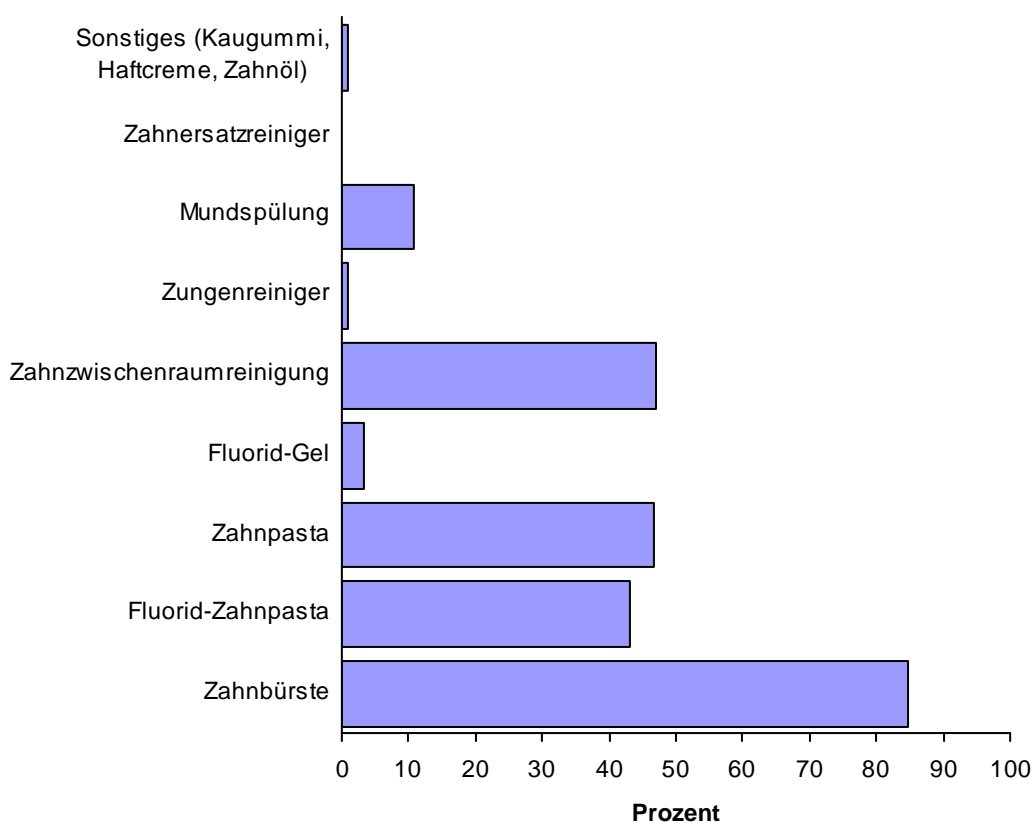
Ein wesentliches Faktum einer effizienten Mundpflege besteht darin, die Zähne täglich unter Verwendung einer geeigneten Zahnbürste und einer fluoridhaltigen Zahnpasta von den schädigenden Zahnbelägen (Plaque) zu befreien. Fluoride bilden eine Schicht an der Zahnoberfläche und schützen somit Zähne und 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, Interdentalbürstchen, 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 2001).

Regelmäßiges, tägliches Putzen ist im Erwachsenenalter Bestandteil des Alltags geworden. Die Mehrheit (65 Prozent) der 35- bis 44-Jährigen reinigt ihre Zähne mindestens zweimal am Tag. Ein zusätzliches Viertel (25 %) putzt üblicherweise öfter als zweimal, während weitere zehn Prozent ihre Zähne mindestens einmal am Tag reinigen.

Die Abbildung 3.2 zeigt, welche Pflegemittel die 35- bis 44-jährigen Österreicherinnen und Österreicher bei ihrer Mundhygiene häufig verwenden bzw. welche Mundhygieneprodukte bei ihnen nur selten Anwendung finden. Es ist verwunderlich, dass nur 85 Prozent der

Befragten bei ihrer Mundhygiene eine Zahnbürste benutzen. 43 Prozent verwenden wie von den Zahnmedizinerinnen und -medizinern empfohlen bei der Zahnreinigung eine fluoridhaltige Zahnpasta. 47 Prozent sagten, dass sie zwar mit einer Zahnpasta putzen, aber nicht wissen, ob darin Fluoride enthalten sind. 48 Prozent (fast die Hälfte) säubern auch regelmäßig ihre Zahnzwischenräume mit einem geeigneten Hilfsmittel (Zahnseide, Zwischenraumbürstchen, etc.). Elf Prozent erfrischen regelmäßig ihren Atem mit einer Mundspülung. Lediglich ein knappes Prozent reinigt regelmäßig die Zunge. Drei Prozent der Befragten gaben an, ab und zu Fluoridgel zur Zahngesundheitsvorsorge zu verwenden.

Abbildung 3.2: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Mundhygieneprodukte nach der Häufigkeit ihrer Verwendung (in Prozent)



Quelle: ÖBIG

#### Professionelle Zahnreinigung (PZR)

Karies und Parodontitis können bei vollständiger Zahnbelagentfernung durch das zahnärztliche Team zum größten Teil verhindert werden. Es finden sich aber immer Nischen (eng stehende Zähne, Kronenränder, Zahnfleischtaschen, etc.) die selbst der geübteste Zahnputzer nicht genügend sauber halten kann. Durch eine regelmäßige (empfohlen wird mindestens 1x pro Jahr), professionelle Zahnreinigung beim Zahnarzt 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](http://www.zahnaerzte-nr.de/prof-reinigung.html) 2005).

Drei Viertel der Befragten (75,6 %) ließen schon mindestens einmal an ihren Zähnen eine professionelle Zahnreinigung durchführen. Von jenen Frauen und Männern, welche eine professionelle Zahnreinigung angaben, verfügte mehr als die Hälfte (58 %) noch über ein vollzähliges, eigenes Gebiss. 27 Prozent gaben ein versorgtes Lückengebiss an und 15 Prozent berichteten von einem unversorgten Lückengebiss. Die PZR wurde bei 40- bis 45-jährigen Probandinnen und Probanden (84 %) häufiger durchgeführt als bei 35- bis 40-Jährigen (67 %). Die unterschiedliche Inanspruchnahme war statistisch signifikant (Chi-Quadrat nach Pearson = 0,002).

### *Parodontalbehandlung*

Die Parodontalbehandlung (Zahnfleischbehandlung) ist bei bestehender Parodontitis und tiefen Zahnfleischtaschen gleichzeitig Therapie und Vorbeugung. Die Behandlung umfasst die Entfernung von tief liegendem Zahnstein und Bakterien aus der Zahnfleischtasche, sowie die Glättung der Zahnwurzeloberfläche. Das Ziel der Behandlung ist die Befreiung der Zahnwurzeloberfläche von bakteriellen Belägen und von Zahnstein, der sich unter dem Zahnfleisch befindet. Mit der Parodontalbehandlung ist es heutzutage möglich, Zähne zu retten, die noch vor ein paar Jahren als verloren galten ([www. zahnratgeber.de/rat](http://www.zahnratgeber.de/rat) 2005).

Mehr als drei Viertel (79%) der befragten Personen haben in ihrem Leben noch keine Parodontalbehandlung durchführen lassen. Optimistisch könnte man aus diesem Ergebnis den Schluss ziehen, dass das Zahnfleisch beim Großteil der 35- bis 44-Jährigen auch noch keine tiefen, behandlungsbedürftigen Zahnfleischtaschen aufweist und noch gesund ist. Wahrscheinlicher erscheint jedoch, dass die sehr wirksame, aber teure Parodontalbehandlung in Österreich noch nicht häufig eingesetzt wird. Parodontalbehandlungen werden in Österreich von den Krankenkassen auch nicht bezahlt. Die Parodontalbehandlung wurde bei 40- bis 45-jährigen Probandinnen und Probanden (28 %) häufiger durchgeführt als bei den 35- bis 40-Jährigen (12 %). Die unterschiedliche Inanspruchnahme nach dem Alter war statistisch hochsignifikant (Chi-Quadrat nach Pearson = 0,002).

## **3.4 Zahnärztliche Inanspruchnahme und -erfahrung**

### *Zahnärztliche Besuche*

17 Prozent der 35- bis 44-Jährigen (13 % Frauen und 20 % Männer) sagten, dass sie üblicherweise nur bei Schmerzen eine Zahnärztin- oder Zahnarztpraxis aufsuchen. Ein Prozent geht üblicherweise aus irgend einem anderen Grund zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt.

In der Zahnmedizin sind regelmäßige zahnärztliche Kontrolluntersuchungen (empfohlen wird mindestens einmal jährlich) erwünscht (Empfehlungen der Kommission für Zahnmedizin und Prophylaxe des OSR 2001).

Bei der überwiegenden Mehrheit der 35- bis 44-Jährigen ist die Empfehlung regelmäßiger zahnärztlicher Kontrollbesuche bekannt. 82 Prozent (86 % der Frauen und 78 % der Männer)

behaupteten, üblicherweise regelmäßig zur zahnärztlichen Kontrolle zu gehen. Dass dieser Besuch aber nicht immer nur der Kontrolle gilt, zeigt das folgende Ergebnis.

86 Prozent aller Befragten gaben an, in den letzten zwölf Monaten die Zahnärztin- oder Zahnarztpraxis mindestens einmal aufgesucht zu haben (49 % gingen einmal und 37 % mehrmals). Davon nannten aber nur 72 Prozent (70 % Frauen und 74 % Männer) die „regelmäßige Kontrolle“ als Grund für den letzten zahnärztlichen Besuch. 16 Prozent (20 % Frauen und 12 % Männer) gingen wegen Schmerzen und weitere sechs Prozent (5 % Frauen und 6 % Männer) waren das letzte Mal entweder im Rahmen einer umfangreichen Sanierung und zusätzliche sechs Prozent aus irgend einem anderen Grund beim Zahnarzt oder bei der Zahnärztin.

Einen statistisch wichtigen (hochsignifikanten) Zusammenhang gibt es zwischen dem Grund des letzten zahnärztlichen Besuches und dem Gebisszustand (Gebisskategorie). In der Probandengruppe der Gebisskategorie „Vollständiges eigenes Gebiss“ galt der letzte zahnärztliche Besuch viel häufiger nur der Kontrolle als in den Kategorien „Versorgtes Lückengebiss“ oder „Unversorgtes Lückengebiss.“ In der Gruppe „Unversorgtes Lückengebiss“ war der Anteil jener Personen, welche das letzte Mal wegen Schmerzen den Zahnarzt oder die Zahnärztin aufsuchten, im Vergleich zu den anderen Gebisskategorien am größten. Die Probandinnen und Probanden der Kategorie „Versorgtes Lückengebiss“ gingen das letzte Mal, logischerweise, sehr häufig wegen einer umfangreichen Sanierung zur Behandlung (vgl. Tabelle 3.6).

*Tabelle 3.6: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Grund für den letzten zahnärztlichen Besuch im Zusammenhang mit dem Gebissstatus*

Aus welchem Grund beim Zahnarzt...	Probandinnen und Probanden in Prozent mit		
	vollständigem eigenen Gebiss	versorgtem Lückengebiss	unversorgtem Lückengebiss
Wegen Beschwerden	14,9	15,6	22,0
Zur Kontrolle	77,0	60,9	66,0
Für umfangreichere Behandlung	2,0	18,8	0
Aus anderem Grund	6,1	4,7	12,0

Die Unterschiede nach Gebisskategorien sind statistisch hochsignifikant. Chi-Quadrat nach Pearson = 0,001.

Quelle: ÖBIG

#### *Zufriedenheit mit Zahnärztin oder Zahnarzt*

Der größte Teil der Befragten (72 %) gab an, mit dem behandelnden Zahnarzt oder der Zahnärztin sehr zufrieden zu sein. Weitere 22 Prozent sind zumindest zufrieden. Frauen sind häufiger „sehr zufrieden“ als Männer (vgl. Tabelle 3.7). Lediglich rund vier Prozent der Befragten sind mit ihren Zahnmedizinerinnen und -mediziner „weniger zufrieden“ bzw. „gar

nicht zufrieden“. Als vorrangige Gründe, warum die Probandinnen und die Probanden nicht so recht zufrieden sind, wurden *lange Wartezeiten auf einen Termin* (25 %), *unzureichende Aufklärung oder Behandlung* (je 25 %), *trotz Terminvereinbarung lange Wartezeiten auf die Behandlung* (7 %) sowie ganz persönliche Gründe (8 %) angegeben. Acht Prozent wollten sich zur Zufriedenheit mit der Zahnärztin oder dem Zahnarzt nicht äußern.

*Tabelle 3.7: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Antworthäufigkeiten (in Prozent der Befragten) zu „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Zahnarzt oder der Zahnärztin“*

<b>Mit dem Zahnarzt...</b>	<b>Frauen %</b>	<b>Männer %</b>	<b>Gesamt %</b>
Sehr zufrieden	79,5	65,2	72,2
Zufrieden	16,6	27,7	22,2
Weniger zufrieden	4,0	3,2	3,6
Gar nicht zufrieden	0	0,6	0,3
Keine Antwort	0	3,2	1,6

Die Unterschiede hinsichtlich der Zahnarztzufriedenheit nach dem Geschlecht sind statistisch signifikant. Chi-Quadrat nach Pearson = 0,014.

Quelle: ÖBIG

#### *Ausgaben für zahnärztliche Leistung*

Die Probandinnen und Probanden wurden auch nach den Privatausgaben für zahnärztliche Leistungen befragt.

Die befragten Frauen und Männer gaben nicht sehr häufig Geld für zahnärztliche Leistungen aus. Rund 88 Prozent sagten, dass sie im vergangenen Jahr überhaupt keine privaten zahnärztlichen Ausgaben hatten.

Für zahnärztliche Sanierungsarbeiten zahlten neun Prozent der Befragten bis 100 € aus der eigenen Tasche und weitere zehn Prozent zwischen 100 € und 999 €. Zusätzliche zwei Prozent zahlten im vergangenen Jahr für die Gebissanierung sogar mehr als 1.000 € (vgl. Tabelle 3.8).

Lediglich 14 Prozent der Frauen und Männer ließen sich wirksame zahnärztliche Vorsorge-maßnahmen (das wäre z. B. eine professionelle Zahnreinigung oder eine Parodontalbehandlung) etwas kosten. Davon zahlten sieben Prozent bis zu 100 €, weitere sechs Prozent gaben zwischen 100 € und 999 € und 0,3 Prozent sogar mehr als 1.000 € aus (vgl. Tabelle 3.9). Frauen gaben etwas häufiger Geld für Prophylaxeleistungen aus als Männer (nicht statistisch signifikant).

Tabelle 3.8: Mundgesundheits- und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Antworthäufigkeiten (in Prozent der Befragten) zu „Wie viel haben Sie in den letzten zwölf Monaten für die Gebissanierung ausgegeben“

Privatausgaben für Gebissanierung	Frauen %	Männer %	Gesamt %
0 €	77,6	78,8	78,2
Bis 100 €	7,9	10,9	9,4
100 bis 999 €	13,2	7,7	10,4
Mehr als 1.000 €	1,3	2,6	1,9

Quelle: ÖBIG

Tabelle 3.9: Mundgesundheits- und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Antworthäufigkeiten (in Prozent der Befragten) zu „Wie viel haben Sie in den letzten zwölf Monaten für Prophylaxeleistungen ausgegeben“

Privatausgaben für prophylaktische Leistungen	Frauen %	Männer %	Gesamt %
0 €	83,7	88,5	86,1
Bis 100 €	9,2	5,8	7,4
100 bis 999 €	7,2	5,1	6,1
Mehr als 1.000 €	0	0,6	0,3

Quelle: ÖBIG

„Trotz einsetzender Erfolge der Präventionsstrategien wird der Behandlungsbedarf in der zahnärztlichen Prothetik auch in den nächsten 20 Jahren auf gleichem Level bleiben. Wichtigste Ursache für prothetische Maßnahmen bleibt der Zahnverlust“. Diese Prognose gibt die Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Prothetik. Der Zahnverlust (Anzahl fehlender Zähne) ist die wichtigste Einflussgröße für die Bestimmung des Bedarfs an prothetischer Versorgung und stark vom Alter abhängig. Die Wissenschaft rechnet damit, dass die Menschen zukünftig mehr Geld für ihre Zähne ausgeben werden, weil die Ansprüche in Bezug auf die Optik und Qualität der zahnärztlichen Arbeiten gestiegen sind und auch das Interesse an präventiven Leistungen stetig wächst. Die Prothetik-Trends der Zukunft signalisieren: mehr festsitzender Ersatz, mehr Implantate bei Älteren, mehr ästhetische und adhäsive Zahnmedizin bei Jüngeren ([www.zahn-online.de/presse/presse2307.shtml](http://www.zahn-online.de/presse/presse2307.shtml) 2005).

### 3.5 Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ)

Im Folgenden wird auf Basis der Angaben der OHIP-G14-Fragen (Items) die subjektiv erlebte mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ) dargestellt. Zudem wird analysiert, inwieweit die soziodemografischen Merkmale der Befragten Einfluss auf die MLQ nehmen.



Schlechte Mundgesundheit führt in vielen Fällen zu einem Gefühl verminderter Lebensqualität. Diese verminderte Lebensqualität kann einerseits durch physische Schmerzen (z. B. Zahnschmerzen) bzw. körperliche Beeinträchtigungen entstehen (z. B. Schwierigkeiten beim Essen oder Sprechen, etc.), andererseits auch psychosoziale Dimensionen (wie geringes Selbstbewusstsein im Alltag, Minderwertigkeitsgefühle oder soziale Kontaktarmut, etc.) annehmen.

Die Fragen (Items) des OHIP-G beziehen sich auf die Symptome von Zahn- und Zahnfleischerkrankungen sowie auf das Wohlbefinden im Mundbereich: Körperliche, seelische und soziale Funktionsbeeinträchtigungen im Zusammenhang mit dem Kauorgan können mit dem OHIP-Fragebogen erhoben werden. Da sich alle Antworten im OHIP-G immer nur auf den Zeitraum des vergangenen Monats beziehen, umschreiben die angegebenen oral bedingten Beeinträchtigungen den gegenwärtigen Mundgesundheitszustand der Probandinnen und Probanden.

### 3.5.1 Prävalenz eingeschränkter MLQ

Anhand der OHIP-Antworten wird das Auftreten (Prävalenz) mundgesundheitsbezogener Beeinträchtigungen beschrieben.

Ein **Drittel** aller befragten 35- bis 44-Jährigen (33,2 %) gab **orale Beeinträchtigungen** an. Fünf Prozent waren mit mindestens einem oralen Problem „oft“ oder „sehr oft“ konfrontiert. Fehlende, nicht überbrückte Zähne bedingten einen Anstieg der Prävalenz mundgesundheitsbezogener Beeinträchtigungen: In der Personengruppe „Unversorgtes Lückengebiss“ berichteten 45 Prozent von Beeinträchtigungen, während ein vollständiges Gebiss bei 30 Prozent der Personen Probleme nach sich zog (die Unterschiede in der Prävalenz oraler Beeinträchtigungen in Abhängigkeit von der Gebissvollständigkeit sind statistisch hochsignifikant).

Am häufigsten litten die interviewten 35- bis 44-Jährigen unter „**funktionellen oralen Einschränkungen**“ oder „**Schmerzen im Mundbereich**“ (vgl. Tabelle 3.10). Schmerzen im Mundbereich können auf eine unbehandelte Karies oder auf Zahnfleischentzündungen oder wunde, offene Stellen an der Mundschleimhaut oder auf empfindliche Zahnhälse hindeuten. Das am häufigsten angegebene Problem war „*ein Zahn oder das Zahnfleisch sieht nicht gesund aus*“ (14,2 %). 13,6 Prozent gaben „*Schwierigkeiten beim Kauen*“ an, 13,3 Prozent hatten „*Schmerzen im Mundbereich*“ und 9,1 Prozent „*verspürten beim Essen bestimmter Nahrungsmittel ein unangenehmes Gefühl*“. Die befragten Frauen und Männer waren mit den angeführten oralen Problemen jedoch nicht „oft“ oder „sehr oft“ konfrontiert. Die Vorkommenshäufigkeit der einzelnen Probleme liegt hier grundsätzlich im Bereich zwischen ein und zwei Prozent (vgl. Tabelle 3.10). Oral bedingte physische, psychische oder soziale Beeinträchtigungen sowie allgemeine Behinderungen nannten die Befragten nicht sehr häufig (die Prävalenz liegt zwischen 2% und 5%, vgl. Tabelle 3.10). Aber immerhin vier Prozent der Befragten sagten, dass das Leben ganz allgemein aufgrund von oralen Problemen weniger zufriedenstellend war (vgl. Tabelle 3.10).

Tabelle 3.10: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Angaben zu oralen Beeinträchtigungen im OHIP-G14 Fragebogen (in Prozent der Antwortenden)

Nr.	Fragen (Items)	Antwortmöglichkeiten				
		Nie 0*	Kaum 1*	Ab und zu 2*	Oft 3*	Sehr oft 4*
<b>Funktionelle Einschränkungen</b>						
1	Schwierigkeiten beim Kauen	86,4	7,1	6,5	0	0
2	Schwierigkeiten, bestimmte Worte auszusprechen	94,8	2,3	2,3	0,6	0
3	Geschmacksinn war beeinträchtigt	96,4	2,9	0,6	0	0
4	Zahn oder Zahnfleisch sieht nicht gut aus	85,8	6,5	5,8	1,9	0
<b>Schmerzen</b>						
5	Schmerzen im Mundbereich	86,8	5,8	6,5	0,6	0,3
6	Unangenehm, bestimmte Nahrungsmittel zu essen	90,9	4,5	4,2	0,3	0
<b>Psychisches Unwohlsein/Unbehagen</b>						
7	Gefühl der Unsicherheit	91,6	4,2	2,3	1,6	0,3
8	Sich angespannt gefühlt	93,9	2,9	2,6	0,6	0
<b>Physische Beeinträchtigung</b>						
9	Unbefriedigende Ernährung	95,2	1,9	2,6	0,3	0
10	Mahlzeit unterbrechen müssen	95,8	2,9	1,0	0,3	0
<b>Psychische Beeinträchtigung</b>						
11	Schwierigkeiten, sich zu entspannen	95,1	2,6	1,6	0,7	0
12	Sich ein wenig verlegen fühlen	97,1	1,3	1,3	0,3	0
<b>Soziale Beeinträchtigung</b>						
13	Anderen Menschen gegenüber reizbar sein	95,6	1,9	1,9	0,6	0
14	Schwer gefallen, den alltäglichen Beschäftigungen nachzugehen	97,0	2,0	0,7	0,3	0
<b>Benachteiligung/Behinderung</b>						
15	Das Leben ganz allgemein ist weniger zufriedenstellend	96,4	2,6	1,0	0	0
16	Vollkommen unfähig etwas zu tun	98,4	1,3	0,3	0	0

\* = Bewertungscode

Quelle: ÖBIG

Keines der insgesamt 16 Items des OHIP-G14 wurde von weiblichen gegenüber männlichen Befragten in einem statistisch relevanten Ausmaß häufiger genannt.

Zahnlücken bzw. Zahnlosigkeit führen zu Funktionsstörungen des Kauorgans (das Kauorgan oder stomatognathe System beinhaltet alle am Kauakt funktionell beteiligten anatomischen Strukturen wie z. B. Zähne, Zahnfleisch, Zunge, Kiefergelenke, Kaumuskeln usw. ). Hauptfunktionen des stomatognathen Systems sind Kauen, Schlucken, Sprechen und Aussehen. Bei längerem Bestehen von Störungen im stomatognathen System treten Schmerzen in den Kiefergelenken auf. Daneben kann es sogar zu Ohrensausen, vermindertem Gehör, Schwindel und diffusen Kopfschmerzen kommen (Borutta 1991).

Frauen und Männer mit einem unversorgten Lückengebiss waren erwartungsgemäß vorwiegend mit Beeinträchtigungen bei einer der zentralen Funktionen des stomatognathen Systems – dem Kauen – konfrontiert. Von „Schwierigkeiten beim Kauen“ berichteten 21,1 Prozent. 21,4 Prozent litten unter Schmerzen im Mundbereich. 20,7 Prozent war es unangenehm, bestimmte Nahrungsmittel zu essen (vgl. Tabelle 3.11). Die Probandinnen und Probanden mit den unversorgten Zahnlücken gaben auch im Vergleich zum Durchschnitt der Befragten wesentlich häufiger soziale Einschränkungen sowie allgemeine Behinderungen an (vgl. Tabelle 3.10 und Tabelle 3.11). Gegenüber den Probandinnen und Probanden mit einem vollzähligen eigenen Gebiss erhöhte sich die Prävalenz eingeschränkter MLQ um das Zwei- bis Dreifache, wenn das Gebiss unversorgte Zahnlücken aufwies (vgl. Tabelle 3.11). Rund neun Prozent der Probandinnen und Probanden mit einem unversorgten Lückengebiss sagten, dass das Leben ganz allgemein weniger zufriedenstellend war.

*Tabelle 3.11: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Angaben zur Prävalenz oraler Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit der Gebissvollständigkeit*

Nr.	Fragen (Items)	Probandinnen und Probanden mit einem			Alle Untersuchten
		vollständigen eigenen Gebiss %	versorgten Lückengebiss %	unversorgten Lückengebiss %	
<b>Funktionelle Einschränkungen</b>					
1	Schwierigkeiten beim Kauen	11,5	12,3	21,1	14,0
2	Schwierigkeiten, bestimmte Worte auszusprechen	4,0	4,1	7,1	5,2
3	Geschmacksinn war beeinträchtigt	2,9	2,7	5,3	3,9
4	Zahn oder Zahnfleisch sieht nicht gut aus	12,0	13,7	19,3	14,3
<b>Schmerzen</b>					
5	Schmerzen im Mundbereich*	10,8	12,3	21,4	13,3
6	Unangenehm, bestimmte Worte auszusprechen	6,3	6,8	20,7	9,7
<b>Psychisches Unwohlsein/Unbehagen</b>					
7	Gefühl der Unsicherheit	6,3	6,8	15,8	8,7
8	Sich angespannt gefühlt	3,4	4,1	14,3	6,2
<b>Physische Beeinträchtigung</b>					
9	Unbefriedigende Ernährung	2,9	6,8	7,0	4,6
10	Mahlzeit unterbrechen müssen	4,5	1,4	7,0	4,5

Nr.	Fragen (Items)	Probandinnen und Probanden mit einem			Alle Untersuchten
		vollständigen eigenen Gebiss %	versorgten Lücken- gebiss %	unversorgten Lücken- gebiss %	
<b>Psychische Beeinträchtigung</b>					
11	Schwierigkeiten, sich zu entspannen	2,9	4,1	10,7	4,9
12	<i>Sich ein wenig verlegen fühlen</i>	2,3	1,4	7,1	2,9
<b>Soziale Beeinträchtigung</b>					
13	<i>Anderen Menschen gegenüber reizbar sein</i>	2,3	4,1	12,3	4,5
14	<i>Schwer gefallen, den alltäglichen Beschäftigungen nachzugehen</i>	1,7	2,7	7,0	2,9
<b>Benachteiligung/Behinderung</b>					
15	<i>Das Leben ganz allgemein ist weniger zufriedenstellend</i>	1,7	4,1	8,8	3,6
16	<i>Vollkommen unfähig etwas zu tun</i>	1,7	1,8	1,4	1,6

\* Die Unterschiede in den Prävalenzraten der kursiv gedruckten Fragen sind statistisch nicht signifikant

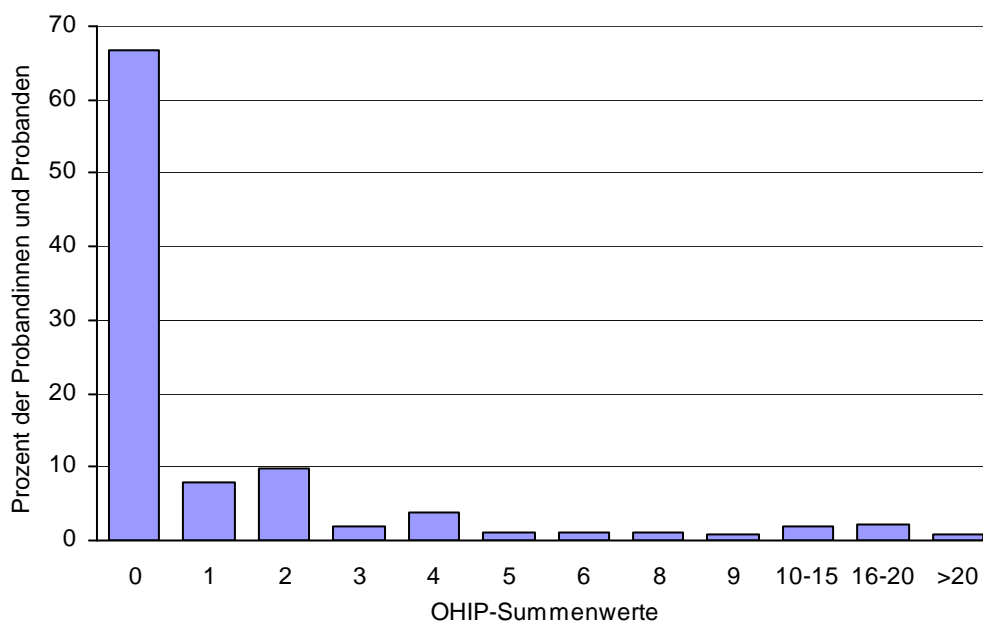
Quelle: ÖBIG

### 3.5.2 Individuelles Ausmaß eingeschränkter MLQ

Der im vorliegenden ÖBIG-Survey verwendete OHIP-Fragebogen enthielt insgesamt 16 Fragen (Items) zu Schmerzen sowie zu allgemeinen Beeinträchtigungen und Behinderungen, wobei die Antwortmöglichkeiten von „nie = 0 bis sehr oft = 4“ reichten (vgl. Punkt 2.2). Die Summe der Antwortcodes 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.

Die für die befragten 35- bis 44-jährigen Probandinnen und Probanden errechneten OHIP-Summenwerte reichten von null bis 21. 67 Prozent wiesen einen OHIP-Summenwert von null auf. Diese Personen hatten keine verminderte Lebensqualität. Die restlichen 33 Prozent gaben Beeinträchtigungen an. 28 Prozent wiesen einen OHIP-Summenwert zwischen eins und neun auf. Einen zweistelligen OHIP-Summenwert (zwischen 10 und 21) hatten lediglich rund fünf Prozent der Befragten (vgl. Abbildung 3.3). Bei drei Probandinnen und Probanden (1 % der Befragten) errechnete sich ein OHIP-Gesamtwert von 21.

Abbildung 3.3: Mundgesundheits- und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Verteilung der OHIP-Gesamtwerte auf Probandinnen und Probanden



Quelle: ÖBIG

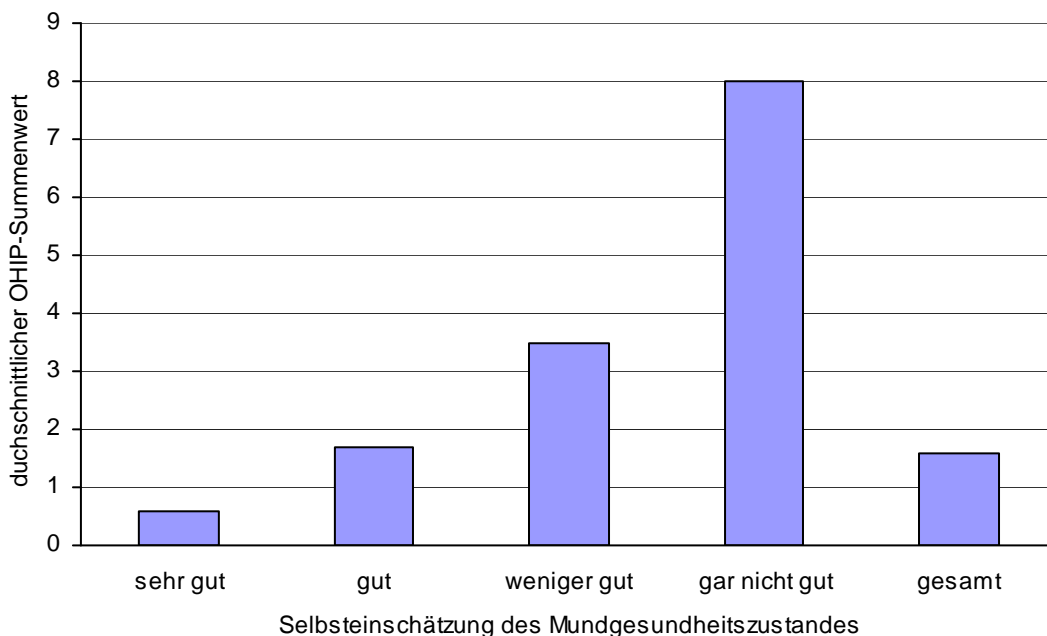
#### OHIP-Mittelwerte (durchschnittliche OHIP-Summenwerte)

Für die Gesamtheit der 35- bis 44-Jährigen errechnete sich ein durchschnittlicher OHIP-Summenwert von **1,6**. Dieser Wert zeigt an, in welchem Ausmaß die Lebensqualität beim Durchschnitt der befragten 35- bis 44-Jährigen vermindert war.

Probandinnen und Probanden, die ihrer Mundgesundheits eine „sehr wichtige“ Bedeutung gaben, wiesen einen durchschnittlichen OHIP-Gesamtwert von 1,4 auf, während für jene Befragten, welche sagten, dass die Mundgesundheits „wichtig“ ist, ein OHIP-Durchschnittswert von 2,2 berechnet wurde (der Unterschied ist statistisch signifikant).

Wie erwartet, lieferte jene Probandengruppe, die ihre Mundgesundheits als „sehr gut“ einschätzt die niedrigsten OHIP-Mittelwerte. Bei den Personen, die ihre Mundgesundheits als „weniger gut“ oder „gar nicht gut“ beurteilten, verminderte sich die Lebensqualität deutlich (die OHIP-Mittelwerte vervielfachten sich vgl. Abbildung 3.4). Der eingeschätzte Mundgesundheitszustand korrelierte mit dem Ausmaß der verminderten Lebensqualität. Mundgesundheits bedeutet somit zweifelsohne Lebensqualität.

Abbildung 3.4: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Durchschnittliche OHIP-Summenwerte (aller 16 Fragen) im Zusammenhang mit der Selbsteinschätzung des Mundgesundheitszustandes



Quelle: ÖBIG

Dass der Gebissstatus (Gebissvollständigkeit) die Lebensqualität beeinflusst, bekräftigt auch folgendes Ergebnis. Probandinnen und Probanden mit einem vollständigen eigenen Gebiss erfreuten sich einer höheren Lebensqualität (durchschnittlicher OHIP-Summenwert 1,1) als jene Befragten, welche über ein prothetisch versorgtes Lückengebiss verfügen (OHIP-Summenwert = 1,8) oder jene Personen mit einem unversorgten Lückengebiss (OHIP-Summenwert = 2,8). Die Unterschiede sind statistisch hochsignifikant (Chi-Quadrat nach Pearson = 0,000).

Wurzelbehandelte, devitale Zähne im Gebiss wirkten sich im statistisch hochsignifikanten Ausmaß (Chi-Quadrat = 0,000) negativ auf das allgemeine Wohlbefinden der befragten Personen aus. Für jene Frauen und Männer, welche mindestens einen wurzelbehandelten Zahn in ihren Gebissen angaben, errechnete sich ein vergleichsweise doppelt so hoher OHIP-Durchschnittswert (OHIP-Summenwert = 1,9) wie für jene Probandinnen und Probanden, die berichteten keine devitalen Zähne im Gebiss aufzuweisen (OHIP-Summenwert = 0,9). Devitale Zähne gelten in der Medizin als potenzielle Entzündungsherde, die regelmäßig zu kontrollieren sind.

Im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Inanspruchnahme wies jene Befragtengruppe (es sind 49 % der Befragten), welche in den letzten zwölf Monaten nur einmal in der Zahnärztin- oder Zahnarztpraxis war, den niedrigsten OHIP-Durchschnittswert auf (1,3). Diejenigen Probandinnen und Probanden, welche im vergangenen Jahr mehrmals zahnärztlich behandelt wurden, hatten einen durchschnittlichen OHIP-Summenwert von 1,8. Die höchsten

Durchschnittswerte (2,3) errechneten sich für jene Personen, welche im letzten Jahr die Zahnärztin- oder Zahnarztpraxis überhaupt nicht aufsuchten (diese Unterschiede waren aber statistisch nicht signifikant). Gegenüber den Schmerzpatientinnen und -patienten (OHIP-Summenwert = 2,9), die vermutlich aus Angst vor der zahnärztlichen Kontrolle eher verminderte Lebensqualität in Kauf nehmen, weist jene Personengruppe, welche regelmäßig zur Kontrolle geht, einen erheblich niedrigeren mittleren OHIP-Summenwert (1,1) auf.

Obwohl einige Studien zur mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität bereits einen bedeutsamen Einfluss soziodemografischer Merkmale auf das Ausmaß eingeschränkter Lebensqualität feststellten (McGrath 2002, John und Micheelis 2003), ergaben die erhobenen ÖBIG-Daten diesbezüglich keine bedeutenden Hinweise. Die Unterschiede in den OHIP-Mittelwerten in Abhängigkeit vom Geschlecht, der Wohnregion, der Wohnortgröße und dem höchsten Schulabschluss waren statistisch nicht signifikant.

### **3.6 Behandlungsbedarf**

19 Prozent der Befragten behaupteten, ein unversorgtes Lückengebiss zu haben und 0,3 Prozent der völlig Zahnlosen verfügten über keinen entsprechenden Zahnersatz (Totalprothesen). Mit den vorliegenden OHIP-Daten wird offenkundig, dass besonders häufig jene Personen, welche nicht über ein vollständiges, funktionstüchtiges Gebiss verfügten (Personen mit nicht ersetzten Zahnlücken und Zahnlose ohne Totalprothesen) an verminderter Lebensqualität litten. Daher ist hier noch ein größerer Aufwand an Prothetik gefordert.

## Zusammenfassung

### *Ergebnisse aus den ÖBIG-Fragen an die 35- bis 44-Jährigen*

- Von allen 35- bis 44-jährigen Probandinnen und Probanden war rund ein Prozent (0,6 %) völlig zahnlos, wobei nur die Hälfte dieser Personen (0,3 %) zur vollständigen Gebissfunktion Totalprothesen im Oberkiefer und im Unterkiefer trug.
- Mehr als die Hälfte (57 %) aller Befragten besaß ein lückenloses eigenes Gebiss (alle eigenen Zähne).
- 24 Prozent (ein knappes Viertel aller Befragten) verfügten über ein prothetisch vollständig versorgtes Lückengebiss (diese Menschen hatten zur Überbrückung ihrer Zahnlücken bzw. zur vollständigen Gebissfunktion einen festsitzenden oder abnehmbaren Zahnersatz).  
Demnach wiesen rund 81 Prozent aller Befragten ein lückenloses, voll funktionstüchtiges Gebiss auf (entweder durch eigene Zähne und/oder einen adäquaten Zahnersatz).
- Demgegenüber zeigten 18,7 Prozent aller Befragten nicht ersetzte Zahnlücken in ihren Gebissen auf und 0,3 Prozent der Zahnlosen benötigten noch Totalprothesen.  
Somit bestand bei rund 19 Prozent aller Befragten prothetische Behandlungsnotwendigkeit.
- In Bezug auf die Prothetik dominierte der festsitzende Zahnersatz. In der Probandengruppe „versorgtes Lückengebiss“ gaben 80 Prozent festsitzend ersetzte Zähne an (Brücken, Implantate) und 20 Prozent sagten, abnehmbare Teilprothesen zu besitzen.
- Regelmäßige, tägliche Mundhygiene ist Bestandteil des Alltags. Die 35- bis 44-Jährigen behaupteten, sich mindestens einmal am Tag die Zähne zu reinigen. 65 Prozent putzen zweimal täglich, ein Viertel reinigt öfter als zweimal und zehn Prozent putzen einmal täglich.
- Die Empfehlung zu regelmäßigen, jährlichen zahnärztlichen Kontrollbesuchen ist der Mehrheit der 35- bis 44-Jährigen bekannt. 82 Prozent nehmen sich vor, zur jährlichen Kontrolle zu gehen, 17 Prozent suchen die zahnärztliche Praxis nur bei Schmerzen auf und ein Prozent geht aus einem anderen Grund zur Untersuchung.
- Die Probandinnen und Probanden, welche im vergangenen Jahr zur zahnärztlichen Kontrolle gingen, wiesen überdurchschnittlich häufig noch ein vollständiges, eigenes Gebiss auf (61 %).
- Die große Mehrheit (94 %) der 35- bis 44-Jährigen ist mit ihren Zahnmedizinerinnen und -medizinern zufrieden.
- Rauchen stellt ein wesentliches Risiko für die Gebisserhaltung dar. Jene Probandinnen und Probanden, welche in ihrem Leben nie regelmäßig rauchten, besitzen überdurchschnittlich häufig ein vollzähliges natürliches Gebiss. Der negative Einfluss des Zigarettenkonsums auf die Gebissvollständigkeit ist statistisch hochsignifikant (Chi-Quadrat nach Pearson = 0,000).



### *Ergebnisse aus den OHIP-Fragen an die 35- bis 44-Jährigen*

- Ein gutes ein Drittel aller Befragten (33,6 %) berichtete von oralen Beeinträchtigungen. Rund fünf Prozent litten an mindestens einem oralen Problem „oft“ oder „sehr oft“. Am häufigsten sagten die Befragten, dass „ein Zahn oder das Zahnfleisch nicht gut aussieht“ (die Prävalenz beträgt 14 %). 14 Prozent berichteten über Schwierigkeiten beim Kauen und 13 Prozent litten unter Schmerzen im Mundbereich.
- Mit körperlichen (physischen), seelischen (psychischen) sowie sozialen Beeinträchtigungen oder allgemeinen Behinderungen waren die Befragten nicht häufig konfrontiert (Prävalenz 2 % und 5 %).
- Vier Prozent aller Befragten behaupteten, dass das Leben ganz allgemein aufgrund von Problemen mit den Zähnen weniger zufriedenstellend war.
- Der Durchschnitt der Befragten wies bereits ein erhebliches Ausmaß verminderter mundgesundheitsbezogener Lebensqualität auf. Der errechnete durchschnittliche OHIP-Summenwert beträgt bei den 35- bis 44-Jährigen **1,6**.
- Statistisch hochsignifikante Unterschiede in der Prävalenz mundgesundheitsbezogener Beeinträchtigungen bestanden vor allem in Abhängigkeit von der Gebissvollständigkeit. Am häufigsten waren Probandinnen und Probanden mit nicht ersetzten Zahnlücken von verminderter Lebensqualität betroffen. In der Probandengruppe „Unversorgtes Lückengebiss“ erhöhte sich gegenüber dem Durchschnitt der Befragten die Prävalenz oralbedingter Beeinträchtigungen um **12** Prozentpunkte.
- Einen sehr wichtigen (statistisch signifikanten) Einfluss auf die Lebensqualität hatte auch der Grad des Mundgesundheitsbewusstseins (Bedeutung der Mundgesundheit). Für die Befragten, die ihrer Mundgesundheit „sehr wichtige“ Bedeutung attestierten, errechnete sich ein niedrigerer durchschnittlicher OHIP-Wert (1,4) als für jene Frauen und Männer, die sagten, dass ihnen die Mundgesundheit „wichtig“ ist (OHIP-Wert = 2,2).
- Wurzelbehandelte, devitale Zähne im Gebiss beeinflussten das allgemeine Wohlbefinden in negativer Weise. Personen mit devitalen Zähnen berichteten häufiger von verminderter Lebensqualität, als jene Befragten, welche keine devitalen Zähne angaben (in statistisch hochsignifikantem Ausmaß).
- Ein statistisch signifikanter Einfluss soziodemografischer Faktoren (Geschlecht, Bildungsstatus, Wohnregion und Wohnortgröße) auf die subjektiv erlebte Mundgesundheit wurde anhand der vorliegenden ÖBIG-Daten nicht nachgewiesen.

## 4 Die 65- bis 74-Jährigen

Dieses Kapitel dokumentiert die Befragungsergebnisse der 65- bis 74-jährigen Probandinnen und Probanden und verschafft somit einen Überblick über die aktuelle orale Gesundheitssituation der österreichischen Seniorinnen und Senioren.

Die Darstellung der Ergebnisse basiert auf den Daten von 292 befragten Personen. Der Anteil der Frauen beträgt **56** Prozent. Die soziodemografischen Merkmale der Probandinnen und Probanden sind in Kapitel 2 dargestellt (vgl. Tabelle 2.3).

### 4.1 Selbsteinschätzung der Mundgesundheit

Wie schon die 35- bis 44-Jährigen beantworteten nun auch die 65- bis 74-Jährigen Fragen zu ihrer Mundgesundheit. Die Seniorinnen und Senioren sollten ihren Allgemein- bzw. ihren Mundgesundheitszustand selbst einschätzen. Fragen zur Gebissvollständigkeit bzw. zum Zahnersatz sowie zur Anzahl devitaler Zähne sollten auch beantwortet werden.

#### *Bedeutung der Mundgesundheit*

Die Mundgesundheit nimmt auch bei den älteren Menschen einen hohen Stellenwert ein. Weit mehr als die Hälfte der Befragten fand, dass die Mundgesundheit ein „sehr wichtiges Gut“ ist (vgl. Tabelle 4.1).

*Tabelle 4.1: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 65- bis 74-Jährigen – Antworthäufigkeiten (in Prozent der Befragten) zu „Welche Bedeutung hat für Sie Ihr Mundgesundheitszustand“*

Bedeutung von Mundgesundheit	Männer %	Frauen %	Gesamt %
Sehr wichtig	64,6	65,1	64,8
Wichtig	32,3	32,5	32,4
Weniger wichtig	3,1	1,2	2,1
Gar nicht wichtig	0	1,2	0,7

Die Geschlechtsunterschiede sind statistisch nicht signifikant. Chi-Quadrat nach Pearson = 0,422.

Quelle: ÖBIG

Alle Probandinnen und Probanden (100 %), die ein abgeschlossenes Universitätsstudium (höchster Schulabschluss) angaben, attestierten der Mundgesundheit sehr große Bedeu-

tung. Von jenen Befragten, welche ihre Schulbildung mit der Volksschule abschlossen, sagte etwas mehr als die Hälfte (57 %), dass ihnen ihre Mundgesundheit „sehr wichtig“ ist.

### *Rauchen*

Regelmäßiges Rauchen ist bei den Seniorinnen und Senioren kein weitverbreitetes Laster. Von den befragten 65- bis 74-Jährigen konsumieren rund zwölf Prozent regelmäßig Zigaretten (Frauen 10 % und Männer 13 %). Der Großteil (82 %) der Raucherinnen und Raucher konsumiert mehr als fünf Zigaretten am Tag. Von den Nichtraucherinnen und -rauchern hat mehr als ein Viertel (27 %) früher einmal regelmäßig geraucht. Von diesem Viertel gaben wiederum 24 Prozent an, seit mindestens fünf Jahren nicht mehr zu rauchen.

### *Angaben zum Allgemeingesundheitszustand*

Mehr als die Hälfte der Seniorinnen und Senioren fühlte sich körperlich noch sehr gesund. Wie erwartet kamen jedoch körperliche Beeinträchtigungen in dieser Altersgruppe schon etwas häufiger vor als bei den 35- bis 44-Jährigen (vgl. Tabelle 4.2 und Tabelle 3.2).

*Tabelle 4.2: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 65- bis 74-Jährigen – Antworthäufigkeiten (in Prozent der Befragten) zu „Wie würden Sie Ihren persönlichen Gesundheitszustand einschätzen“*

<b>Einschätzung des persönlichen Gesundheitszustandes</b>	<b>Männer %</b>	<b>Frauen %</b>	<b>Gesamt %</b>
Sehr gesund	58,5	57,1	57,7
Leichte chronische Erkrankung	23,8	25,8	24,9
Schwere chronische Erkrankung	10,0	9,8	9,9
Schwerste körperliche Beeinträchtigungen	7,7	6,7	7,2
Keine Angabe	0	0,6	0,3

Die Geschlechtsunterschiede sind statistisch nicht signifikant. Chi-Quadrat nach Pearson = 0,906

Quelle: ÖBIG

### *Selbsteinschätzung des Mundgesundheitszustandes*

Von den befragten älteren Personen stufte noch immerhin ein Viertel den eigenen Mundgesundheitszustand als „sehr gut“ ein. Mehr als die Hälfte (58 %) der 65- bis 74-Jährigen glaubte, über einen „guten“ Mundgesundheitszustand zu verfügen (vgl. Tabelle 4.3). Nur sehr wenige Seniorinnen und Senioren (1,4 %) bewerteten ihre Mundgesundheit als „gar nicht gut“.

*Tabelle 4.3: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 65- bis 74-Jährigen – Antworthäufigkeiten (in Prozent der Befragten) zu „Wie würden Sie Ihren Mundgesundheitszustand einschätzen“*

<b>Einschätzung des Mundgesundheitszustandes</b>	<b>Männer %</b>	<b>Frauen %</b>	<b>Gesamt %</b>
Sehr gut	27,1	23,5	25,1
Gut	58,1	58,0	58,1
Weniger gut	14,0	16,0	15,1
Gar nicht gut	0,8	1,9	1,4
Keine Angabe	0	0,6	0,3

Die Geschlechtsunterschiede sind statistisch nicht signifikant. Chi-Quadrat nach Pearson = 0,736

Quelle: ÖBIG

## **4.2 Gebissstatus**

Bei den 65- bis 74-Jährigen gewinnt das Problem der Zahnlosigkeit zunehmend an Gewicht (Borutta 1991, DMS II 1999, ÖBIG 2001).

Rund 21 Prozent der befragten Seniorinnen und Senioren behaupteten völlig zahnlos zu sein. Diese Personen trugen aber zur vollständigen Gebissfunktion Totalprothesen im Ober- und Unterkiefer (vgl. Tabelle 4.4). 17 Prozent berichteten von einem lückenlosen, eigenen Gebiss (sämtliche eigenen Zähne). Zusätzliche 46 Prozent gaben zwar Zahnlücken in den eigenen Gebissen an, diese waren jedoch durch festsitzenden Ersatz oder abnehmbare Teilprothesen vollständig überbrückt. Somit verfügten 84 Prozent der befragten Seniorinnen und Senioren über ein vollständiges, funktionsfähiges Gebiss (entweder alle eigenen Zähne oder ein entsprechender Zahnersatz, vgl. Tabelle 4.4).

Von den Frauen und Männern, die berichteten, dass all ihre Zahnlücken prothetisch versorgt sind, verfügt der größere Teil (54 %) über einen festsitzenden Zahnersatz (Brücken oder Implantate). Die restlichen 46 Prozent trugen abnehmbare Teilprothesen.

Insgesamt 16 Prozent der Probandinnen und Probanden gaben hingegen prothetisch nicht ersetzte Zähne an. Darunter waren jene Personen, welche ein unversorgtes Lückengebiss nannten (es sind dies 13,5 %) und auch jene völlig Zahnlosen, welche berichteten, keine Totalprothesen zu besitzen (es sind 2,4 %). Bei diesen Seniorinnen und Senioren bestand ein Bedarf an prothetischem Zahnersatz.

Bezogen auf das Geschlecht gaben Männer etwas häufiger als der Durchschnitt der Befragten ein vollständiges, eigenes Gebiss an (17,7 %), während die Frauen hinsichtlich der natürlichen Gebissvollständigkeit (sämtliche eigenen Zähne) etwas unter dem Durchschnitt lagen (16 % weisen ein vollständiges, eigenes Gebiss auf, vgl. Tabelle 4.4). Bei den Frauen

stieg die völlige Zahnlosigkeit gegenüber den Männern um 14 Prozentpunkte an (15,4 % der Männer und 29,1 % der Frauen behaupteten völlig zahnlos zu sein). Jedoch bestand bei den Männern etwas häufiger als bei den Frauen prothetische Behandlungsnotwendigkeit. Eigene Zähne und nicht ersetzte Zahnlücken im Gebiss (unversorgtes Lückengebiss) gaben 15 Prozent der Männer und nur zwölf Prozent der Frauen an. Von den völlig zahnlosen Männern besaßen rund drei Prozent keine Totalprothesen und von den Frauen nur rund zwei Prozent. Der Einfluss des Geschlechts auf den Gebissstatus bzw. den prothetischen Versorgungsstatus ist statistisch signifikant.

*Tabelle 4.4: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 65- bis 74-Jährigen – Antworthäufigkeiten (in Prozent der Befragten) zur Gebissvollständigkeit*

<b>Gebissvollständigkeit</b>	<b>Männer %</b>	<b>Frauen %</b>	<b>Gesamt %</b>
Vollständiges, eigenes Gebiss <sup>*</sup>	17,7	16,0	16,9
Versorgtes Lückengebiss <sup>**</sup>	51,5	42,6	46,4
Unversorgtes Lückengebiss <sup>***</sup>	15,4	11,7	13,5
Zahnlos und Totalprothesen	12,3	27,2	20,5
Zahnlos und keine Totalprothesen	3,1	1,9	2,4
Keine Angabe	0	0,6	0,3

\* Vollständiges 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 die Zahnlücken mit feststehendem oder abnehmbarem Zahnersatz vollständig versorgt sind.

\*\*\* Das unversorgte Lückengebiss weist prothetisch nicht versorgte Zahnlücken auf.

Die Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern sind statistisch signifikant. Chi-Quadrat nach Pearson = 0,05.

Quelle: ÖBIG

In Hinblick auf das Alter der Probandinnen und Probanden gab es unter den 65- bis 70-Jährigen elf Prozent Zahnlose. Unter den 70- bis 75-Jährigen stieg die Zahnlosigkeit auf 36 Prozent an. 24 Prozent der 65- bis 70-Jährigen sagten, über ein vollständiges eigenes Gebiss zu verfügen, bei den 70- bis 75-Jährigen waren es nur mehr neun Prozent. Die Lückengebisse der 65- bis 70-Jährigen sind im Vergleich zu den etwas älteren Seniorinnen und Senioren häufiger vollständig prothetisch ersetzt (von den 65- bis 70-Jährigen verfügten 50 % über ein vollständig versorgtes Lückengebiss, in der Altersgruppe der 70- bis 75-Jährigen waren es 42 %). Die Unterschiede in der Gebissvollständigkeit nach dem Alter erwiesen sich statistisch als bedeutend (Chi-Quadrat nach Pearson = 0,000). Keine statistisch eindeutigen Zusammenhänge mit der Gebissvollständigkeit ergaben sich für die soziale Schichtzugehörigkeit (höchster Schulabschluss) und NUTS I-Region (Ost-, West- und Südösterreich, vgl. Tabelle 2.1).

Statistisch bedeutend ist aber der Zusammenhang zwischen dem Gebissstatus der Befragten und dem Wohngebiet (Einwohnerzahl < 5.000 = ländliches Lebensgebiet; Einwohnerzahl

> 5.000 = städtisches Lebensgebiet). In ländlichen Wohngebieten war der Anteil an Personen mit einem vollständigen eigenen Gebiss gegenüber städtischen Regionen erhöht (vgl. Tabelle 4.5). Dies könnte mit der unterschiedlichen Ernährung in früheren Jahren in Beziehung gebracht werden (aufgrund des geringeren Einkommens der ländlichen Bevölkerung hat sich diese mehr mit Milchprodukten, Getreide, Gemüse und Obst ernährt). Anzuführen ist an dieser Stelle auch der überdurchschnittlich hohe Anteil an Personen mit vollständig ersetzten Zahnlücken in städtischen Gebieten (vgl. Tabelle 4.5). Dieses Resultat könnte mit der besseren zahnmedizinischen Versorgung (höhere Zahnarztichte) sowie mit dem höheren Einkommen in den Städten direkt zusammenhängen. Hinzuzufügen ist noch der regionale Unterschied in Bezug auf die völlige Zahnlosigkeit (vgl. Tabelle 4.5). Die Ursache für die überdurchschnittlich hohe Zahnlosigkeit in ländlichen Lebensräumen (27,2 % gegenüber 17,3 % in Städten) könnte darin liegen, dass am Land ältere Personen mit einem stark reduzierten Restbestand an eigenen Zähnen eher der einfacheren und kostengünstigeren prothetischen Therapie der Totalextraktion und Vollprothesen den Vorzug geben.

*Tabelle 4.5: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 65- bis 74-Jährigen – Antworthäufigkeiten (in Prozent der Befragten) zur Gebissvollständigkeit nach ländlichen und städtischen Wohngebieten*

<b>Gebissvollständigkeit</b>	<b>Ländliche Region %</b>	<b>Städtische Region %</b>	<b>Gesamt %</b>
Vollständiges, eigenes Gebiss <sup>*</sup>	18,9	14,2	16,9
Versorgtes Lückengebiss <sup>**</sup>	40,5	54,1	46,4
Unversorgtes Lückengebiss <sup>***</sup>	13,4	13,7	13,5
Zahnlos und Totalprothesen	26,6	12,8	20,5
Zahnlos und keine Totalprothesen	0,6	4,5	2,4
Keine Angabe	0	0,7	0,3

\* Vollständiges 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 die Zahnlücken mit feststehendem oder abnehmbarem Zahnersatz vollständig versorgt sind.

\*\*\* Das unversorgte Lückengebiss weist prothetisch nicht versorgte Zahnlücken auf.

Die Unterschiede nach Wohnortgröße sind statistisch signifikant. Chi-Quadrat nach Pearson = 0,029.

Quelle: ÖBIG

### *Devitale Zähne*

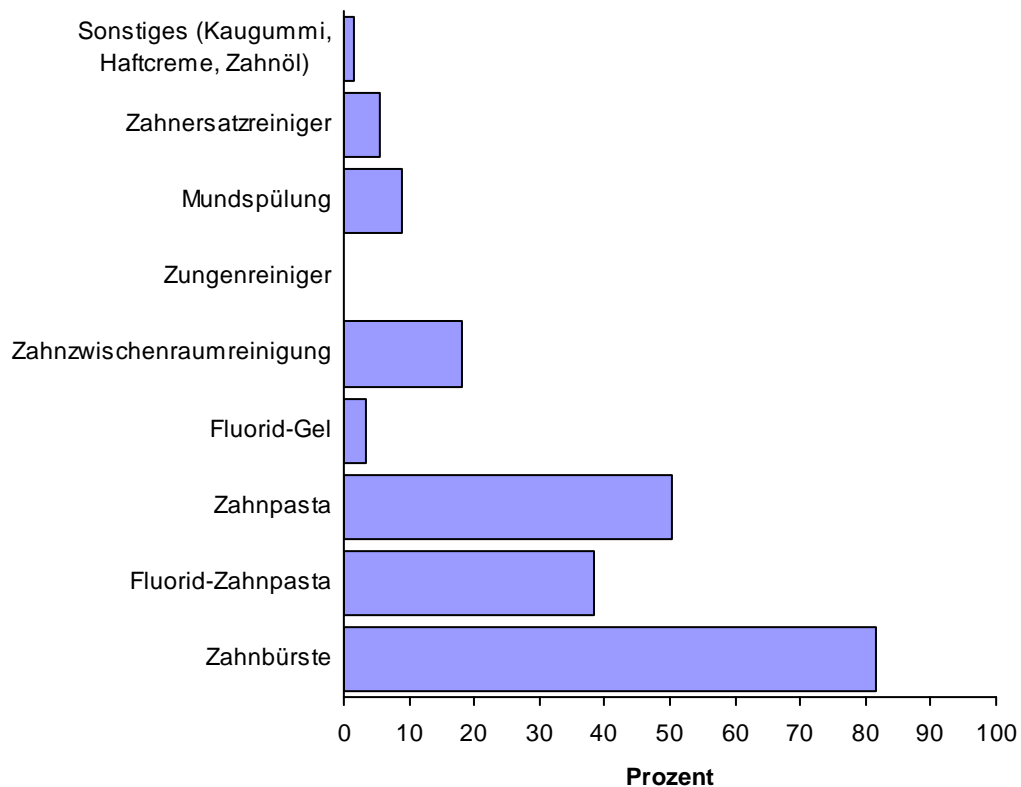
Drei Viertel (75 %) der befragten Seniorinnen und Senioren gaben an, mindestens einen wurzelbehandelten, devitalen Zahn im Gebiss aufzuweisen. Internationale epidemiologische Daten zu den Wurzelbehandlungen zeigen, dass auch weltweit der Großteil der über 60-Jährigen (mehr als die Hälfte) an devitalen Zähnen leidet (Eriksen 1998).

### 4.3 Mundhygienegewohnheiten

Tägliches Zähneputzen scheint auch bei den Seniorinnen und Senioren Bestandteil des Alltags geworden zu sein. Die Meisten (97 %) reinigen ihre Zähne täglich. Mehr als die Hälfte (55 %) der Befragten putzt zweimal täglich und 22 Prozent sogar öfter als zweimal täglich. Zusätzliche 20 Prozent putzen einmal am Tag. Lediglich zwei Prozent gaben an (6 % der Seniorinnen und 1 % der Senioren), die Zähne nicht jeden Tag zu reinigen und zwei Personen (1 %) behaupteten, sich nie die Zähne zu putzen. Frauen gaben etwas häufiger als Männer an, sich die Zähne regelmäßig zu putzen (nicht statistisch signifikant).

Die Angaben der Befragten bezüglich der von ihnen verwendeten Mundpflegemittel decken Wissensdefizite hinsichtlich einer vorsorgenden „modernen“ Mundpflege auf (vgl. Abbildung 4.1). Die meisten Befragten verwenden zwar eine Zahnbürste (81 %) und eine Zahnpasta (89 %). Wirkungsvolle fluoridhaltige Zahnpasten scheinen die Seniorinnen und Senioren nicht sehr häufig zu verwenden (nur 39 % gaben fluoridierte Zahnpasta an). Eine Zahnzwischenraumreinigung führen nur 18 Prozent der 65- bis 74-Jährigen durch. Zur Verminderung zahnschädigender Bakterien in der Mundhöhle ist auch die tägliche Reinigung der Zunge zu empfehlen. Diese Vorsorgemaßnahme ist den Seniorinnen und Senioren offenbar überhaupt noch nicht bekannt (0 %).

Abbildung 4.1: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 65- bis 74-Jährigen – Mundhygieneprodukte nach der Häufigkeit ihrer Verwendung (in Prozent)



Quelle:ÖBIG

Die Zahlen der ÖBIG-Erhebung 2000 sprechen für eine hohe Prävalenz von Zahnbetterkrankungen bei der älteren Bevölkerung. 95 Prozent der österreichischen Seniorinnen und Senioren leiden an Zahnfleischerkrankungen. Beinahe die Hälfte weist Zahnfleischtaschen auf (ÖBIG 2000). Orale Vorsorgemaßnahmen wie die professionelle Zahnreinigung und die Parodontalbehandlung sind deshalb den Seniorinnen und Senioren besonders zu empfehlen.

64 Prozent der Befragten sagten, dass an ihren Zähnen schon einmal eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt wurde (es waren 71 % der unter 70-Jährigen und 57 % der über 70-Jährigen). Eine spezielle Behandlung des Zahnfleisches durch den Zahnarzt oder die Zahnärztin haben nur 30 Prozent der Seniorinnen und Senioren erhalten (ein Drittel der unter 70-Jährigen und ein Viertel der über 70-Jährigen). Die Unterschiede nach dem Alter sind statistisch bedeutend. Das heißt, dass in Österreich sowohl die professionelle Zahnreinigung als auch die Parodontalbehandlung eher von jüngeren Pensionistinnen und Pensionisten nachgefragt werden. Für den Erhalt der „Restzähne“ ist jedenfalls größter Einsatz erforderlich, da diese häufig zur Verankerung von Prothesen dienen, welche wiederum von älteren Seniorinnen und Senioren benötigt werden.

Ein statistisch eindeutiger Zusammenhang besteht zwischen der Inanspruchnahme professioneller Prophylaxeleistungen und dem Bildungsstatus der befragten älteren Personen. Während von jenen Befragten, die mit der Volksschule ihre Schulbildung abgeschlossen hatten, nur die Hälfte eine professionelle Zahnreinigung in Anspruch nahm, waren es bei den Hochschulabsolventen drei Viertel. Dieses Ergebnis dürfte zu einem sehr großen Teil auch in den hohen Kosten der Behandlung begründet sein. Die professionelle Zahnreinigung und auch die Parodontalbehandlung müssen in Österreich von den Patientinnen und Patienten selbst bezahlt werden.

## **4.4 Zahnärztliche Inanspruchnahme und -erfahrung**

### *Zahnärztliche Besuche*

Mehr als die Hälfte (62 %) der Seniorinnen und Senioren behauptete, üblicherweise zur jährlichen zahnärztlichen Kontrolle zu gehen. Ein gutes Viertel (27 %) geht normalerweise nur bei Schmerzen und sechs Prozent gehen üblicherweise nie zum Zahnarzt oder der Zahnärztin. Vier Prozent besuchen die zahnärztliche Praxis aus einem anderen Grund. Ein Prozent der Seniorinnen und der Senioren wollte sich zur Frage nach dem Grund des zahnärztlichen Besuches nicht äußern.

Tatsächlich war im Laufe der vergangenen zwölf Monate mehr als ein Drittel (37 %) der älteren Menschen nicht bei Zahnarzt oder Zahnärztin. 38 Prozent gingen einmal und weitere 25 Prozent suchten mehrmals die zahnärztliche Praxis auf.

Von den Personen, die behaupteten im letzten Jahr mindestens einmal beim Zahnarzt oder der Zahnärztin gewesen zu sein, gaben die Meisten als Grund für den letzten zahnärztlichen Besuch einen Kontrolltermin an (63 %). Ein knappes Viertel (23 %) ging wegen Schmerzen



und sechs Prozent im Rahmen einer umfangreicheren Behandlung. Acht Prozent nannten einen anderen Grund für den letzten zahnärztlichen Besuch.

Dass das Wissen zur Notwendigkeit regelmäßiger, jährlicher zahnärztlicher Besuche auch bei den Seniorinnen und Senioren grundsätzlich vorhanden ist, in der Praxis dann aber nicht immer umgesetzt wird, zeigen die Zahlen in den Tabellen 4.6 und 4.7. In der Kategorie „vollständiges, eigenes Gebiss“ gaben mehr als drei Viertel an, üblicherweise zur jährlichen, zahnärztlichen Kontrolle zu gehen (vgl. Tabelle 4.7). Tatsächlich waren aber nur 67 Prozent dieser Personen im letzten Jahr beim Zahnarzt oder der Zahnärztin (vgl. Tabelle 4.6). Die Zahlen der Tabelle 4.7 weisen auch darauf hin, dass Menschen mit einem guten Gebissstatus sich häufiger vornehmen, zur regelmäßigen zahnärztlichen Kontrolle zu gehen.

*Tabelle 4.6: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 65- bis 74-Jährigen – Zahnärztinanspruchnahme im Zusammenhang mit Gebissvollständigkeit (Gebisskategorie)*

Waren Sie in den letzten 12 Monaten beim Zahnarzt ...	Probandinnen und Probanden mit einem/r			
	vollständigen eigenen Gebiss %	versorgten Lückengebiss %	unversorgten Lückengebiss %	Totalprothese %
Einmal	51,0	37,5	53,8	15,3
Mehrmals	16,3	35,3	15,4	18,6
Nie	32,7	27,2	30,8	66,1

Quelle: ÖBIG

*Tabelle 4.7: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 65- bis 74-Jährigen – Gründe für den Zahnarztbesuch in Zusammenhang mit der Gebissvollständigkeit*

Aus welchem Grund gehen Sie üblicherweise zum Zahnarzt ...	Personen mit einem/r			
	vollständigen eigenen Gebiss %	versorgten Lückengebiss %	unversorgten Lückengebiss %	Totalprothese %
Bei Schmerzen	20,4	29,2	28,2	28,8
Zur Kontrolle	75,5	63,5	66,7	44,1
Anderer Grund	0	2,2	2,6	10,2
Gehe nie zum Zahnarzt	4,1	4,4	2,5	15,3
Keine Angabe	0	0,7	0	1,6

Die Unterschiede sind statistisch hochsignifikant, Chi-Quadrat nach Pearson = 0,004

Quelle: ÖBIG

Auf eine mit zunehmendem Alter der Patientinnen und Patienten abnehmende zahnärztliche Inanspruchnahme weist folgendes Ergebnis hin. Während von den 65- bis 70-Jährigen 69 Prozent angaben, in den letzten zwölf Monaten eine Zahnärztin- und Zahnarztpraxis aufgesucht zu haben, sind es unter den 70- bis 75-Jährigen 56 Prozent, die berichteten im letzten Jahr bei der Zahnärztin oder dem Zahnarzt gewesen zu sein (die Unterschiede in der Zahnärztinanspruchnahme nach dem Alter sind statistisch signifikant).

#### *Zahnärztin- oder Zahnarztzufriedenheit*

96 Prozent der Seniorinnen und Senioren sind mit ihrem Zahnarzt oder ihrer Zahnärztin entweder sehr zufrieden (70 %) oder zufrieden (26 %). Weniger zufrieden oder überhaupt nicht zufrieden war lediglich ein Prozent der Befragten. Als Grund für ihre Unzufriedenheit wurden „unzureichende Erklärung zur bevorstehenden Behandlung“ (1 Nennung), „unzureichende Behandlung“ (1 Nennung) oder „sonstiger Grund“ (1 Nennung) angegeben. Drei Prozent der Befragten äußerten sich nicht zur „Zahnarztzufriedenheit“.

#### *Ausgaben für zahnärztliche Leistungen*

Mehr als ein Drittel (36 %) der befragten älteren Frauen und Männer wollte sich zu den privaten Zahnarzausgaben nicht äußern. 53 Prozent sagten, in den letzten zwölf Monaten überhaupt kein Geld für zahnärztliche Leistungen ausgegeben zu haben. Vier Prozent der Befragten zahlten dem Zahnarzt oder der Zahnärztin im letzten Jahr 100 € aus der eigenen Tasche, weitere fünf Prozent gaben zwischen 100 € und 999 € aus und zwei Prozent zahlten im letzten Jahr mehr als 1.000 € für Zahnbehandlungen.

Bei rund 16 Prozent der Seniorinnen und Senioren besteht derzeit ein Bedarf an prothetischem Zahnersatz (13,2 % weisen nicht ersetzte Zahnlücken auf und 2,4 % sind zahnlos und besitzen keine Totalprothesen vgl. Tabelle 4.4). Prothetische Arbeiten sind sehr kostenintensiv und werden in Österreich von den Krankenkassen auch nicht zur Gänze bezahlt. Für einen hochwertigen, festsitzenden Zahnersatz gibt es von Seiten der Sozialversicherungen überhaupt keinen finanziellen Zuschuss. Daraus ist abzuleiten, dass die Seniorinnen und Senioren, um Lebensqualität zu erlangen, für prothetische Arbeiten mehr Geld ausgeben müssen.

Für individualprophylaktische zahnärztliche Leistungen gaben nur drei Prozent der Befragten im Laufe des vergangenen Jahres Geld aus. Dass oralpräventive Aktivitäten die Mundgesundheit verbessern, haben die Zahnstuserhebungen bei den Kindern und den Heranwachsenden schon bewiesen (ÖBIG 2001 bis 2003). Wissenschaftliche Arbeiten zeigen, dass der Erhalt von Zahngesundheit über alle Altersgruppen hinweg ein entscheidendes Angebot von Individualprophylaxemaßnahmen, aber auch dessen Inanspruchnahme voraussetzt (Bastendorf 2000 und 2004). Eine Erfolgsmöglichkeit für eine häufigere Inanspruchnahme individualprophylaktischer Maßnahmen wäre der verbesserte Zugang durch die Aufnahme in den Katalog der Krankenkassen.

## 4.5 Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ)

Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ) bekommt im Seniorenalter besondere Bedeutung. International werden die meisten MLQ-Messungen in Stichproben älterer Menschen durchgeführt. Bei den älteren Personen ist auch bereits ein erhebliches Maß eingeschränkter Lebensqualität zu erwarten, das weit über das in der Allgemeinbevölkerung durchschnittlich vorhandene Maß hinausgehen dürfte (Borutta und McGrath, EADPH-Kongress 2004).

Die folgenden Abschnitte beschreiben die orale (und allgemeine) Lebensqualität der österreichischen Seniorinnen und Senioren, die im vorliegenden Survey mit dem OHIP-G14 gemessen wurde.

### 4.5.1 Prävalenz eingeschränkter MLQ

Knapp die  **Hälfte (46 %)**  der befragten Seniorinnen und Senioren berichtete von  **eingeschränkter Lebensqualität**  aufgrund von Problemen mit ihren Zähnen. Zehn Prozent der älteren Menschen sagten sogar bei mindestens einem oralen Problem (Item), dass dieses im vergangenen Monat „oft“ oder „sehr oft“ aufgetreten sei.

Am häufigsten nannten die Seniorinnen und Senioren funktionelle „Kauprobleme“ und „orale Schmerzen“ (vgl. Tabelle 4.8). 22 Prozent der befragten älteren Frauen und Männer hatten im Laufe des vergangenen Monats „*Schwierigkeiten beim Kauen*“. 21 Prozent der Untersuchten verspürten *beim Essen bestimmter Nahrungsmittel ein unangenehmes Gefühl* im Mund und 21 Prozent litten unter *Schmerzen im Mundbereich*. Diese am häufigsten genannten oralen Probleme kamen bei den Befragten aber nur selten „oft“ oder „sehr oft“ vor (die Prävalenz liegt hier unter 3 %).

„Schwierigkeiten mit der Gebissfunktion“ erwies sich bei den älteren Menschen als die vordringlichste orale Problematik. Schwierigkeiten mit der Gebissfunktion deuten auch darauf hin, dass der Zahnersatz unzureichend ist (alt, sitzt nicht mehr gut). In weiterer Folge können schmerzhaft Druckstellen an der Mundschleimhaut entstehen. Bei längerem Bestehen von Störungen der Kaufunktion treten Schmerzen in den Kiefergelenken auf und es kann zu Ohrensausen, vermindertem Gehör, Schwindel und diffusen Kopfschmerzen kommen (Borutta 1991).

„Ein Zahn oder das Zahnfleisch sieht nicht gut aus“ zeigte eine Vorkommenshäufigkeit von 19 Prozent. Dieses Item gibt als Einziges einen direkten Hinweis auf eine mögliche Zahnfleischerkrankung.

Verglichen mit der Untersuchungsgruppe der 35- bis 44-Jährigen stieg bei den Seniorinnen und Senioren auch die Prävalenz von oralbedingten physischen, psychischen oder sozialen Beeinträchtigungen deutlich an (vergleiche Tabelle 3.10 und 4.8). Die älteren Menschen

fühlten sich z. B. viel häufiger unsicher oder angespannt aufgrund von Problemen mit ihren Zähnen (die Prävalenz beträgt ca. 13 %).

„Schwierigkeiten bestimmte Worte auszusprechen“ war bei den Seniorinnen und Senioren das einzige Item, das stark (statistisch signifikant) mit dem Gebissstatus (Gebissvollständigkeit) zusammenhing. Am häufigsten litten Probandinnen und Probanden mit nicht ersetzten Zahnlücken an diesem Problem (13 %). Im Vergleich zur Kategorie „versorgtes Lückengebiss“ stieg die Vorkommenshäufigkeit des Items „Schwierigkeiten bestimmte Worte auszusprechen“ um acht Prozentpunkte an (von 5 % auf 13 %), wenn das Gebiss unversorgte Zahnlücken aufwies. Eine überdurchschnittlich hohe Prävalenz errechnete sich diesbezüglich auch bei den Totalprothesenträgern und –trägerinnen (10 %). Für ein problemloses Sprechen, ist es daher ganz wichtig, dass der vordere Bereich (Frontbereich) der Zahnreihen keine größeren Lücken oder gröbere Zahnfehlstellungen aufweist oder dass die Bisslage der Kiefer (Okklusion) im Frontbereich stimmt oder der angefertigte Zahnersatz richtig und fest sitzt. Andernfalls kann es zu Schwierigkeiten z. B. beim Aussprechen bestimmter Worte (besonders von Zischlauten) kommen.

*Tabelle 4.8: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 65- bis 74-Jährigen – Angaben zu oralen Beeinträchtigungen im OHIP-G14 Fragebogen (in Prozent der Antwortenden)*

Nr.	Fragen (Items)	Antwortmöglichkeiten				
		Nie	Kaum	Ab und zu	Oft	Sehr oft
		1*	2*	3*	4*	5*
<b>Funktionelle Einschränkungen</b>						
1	Schwierigkeiten beim Kauen	77,7	7,9	11,3	2,4	0,7
2	Schwierigkeiten, bestimmte Worte auszusprechen	90,1	5,8	3,1	0,7	0,3
3	Geschmacksinn war beeinträchtigt	89,4	6,2	3,1	1,0	0,3
4	Zahn oder Zahnfleisch sieht nicht gut aus	81,0	7,6	8,3	2,4	0,7
<b>Schmerzen</b>						
5	Schmerzen im Mundbereich	79,5	8,9	8,9	2,4	0,3
6	Unangenehm, bestimmte Nahrungsmittel zu essen	79,1	9,3	8,2	2,7	0,7
<b>Psychisches Unwohlsein/Unbehagen</b>						
7	Gefühl der Unsicherheit	86,5	7,6	3,8	2,1	0
8	Sich angespannt gefühlt	87,7	7,2	3,1	2,0	0
<b>Physische Beeinträchtigung</b>						
9	Unbefriedigende Ernährung	90,1	6,8	2,1	0,7	0,3
10	Mahlzeit unterbrechen müssen	93,1	4,8	1,4	0,7	0
<b>Psychische Beeinträchtigung</b>						
11	Schwierigkeiten, sich zu entspannen	91,7	5,5	1,4	1,4	0
12	Sich ein wenig verlegen fühlen	89,8	6,5	2,7	1,0	0
<b>Soziale Beeinträchtigung</b>						
13	Anderen Menschen gegenüber reizbar sein	93,5	4,9	1,0	0,3	0,3
14	Schwer gefallen, den alltäglichen Beschäftigungen nachzugehen	94,5	4,1	1,4	0	0

Nr.	Fragen (Items)	Antwortmöglichkeiten				
		Nie	Kaum	Ab und zu	Oft	Sehr oft
		1*	2*	3*	4*	5*
<b>Benachteiligung/Behinderung</b>						
15	Das Leben ganz allgemein ist weniger zufriedenstellend	93,8	4,5	1,4	0,3	0
16	Vollkommen unfähig etwas zu tun	95,2	4,5	0	0,3	0

\* = Bewertungscodes

Quelle: ÖBIG

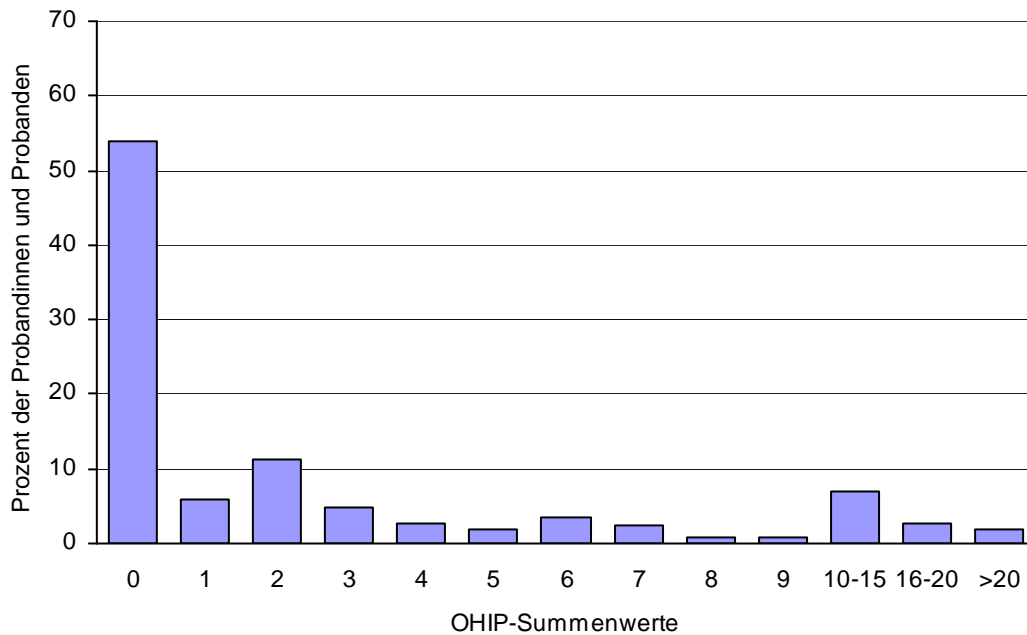
Der Vergleich der Geschlechter ergab kaum Unterschiede im Vorkommen von oral bedingten Einschränkungen. Es konnten auch keine bedeutenden direkten Einflüsse der Wohnregion oder des Bildungsstatus auf die Prävalenz mundgesundheitsbezogener Beeinträchtigungen herausgefunden werden.

#### 4.5.2 Individuelles Ausmaß eingeschränkter MLQ

Der errechnete OHIP-Summenwert (Gesamtwert) pro Person, zeigt das individuelle Ausmaß der eingeschränkten mundgesundheitsbezogenen 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. Punkt 3. 5. 2).

Die für die erhobenen älteren Menschen errechneten OHIP-Summenwerte reichten von 0 bis 48 (erreichte Maximalwert). Gut die Hälfte (54 %) der Seniorinnen und Senioren berichtete über keinerlei Einschränkungen. Diese Personen wiesen einen OHIP-Summenwert von null auf. Bei mehr als einem Viertel (27 %) errechnete sich ein OHIP-Summenwert zwischen eins und fünf. Bei zusätzlichen sieben Prozent betrug der OHIP-Gesamtwert zwischen sechs und neun. Für zwölf Prozent ergab sich allerdings bereits ein zweistelliger OHIP-Wert (ab 10). In welche soziale Schicht (repräsentiert durch den höchsten Schulabschluss) jene Menschen mit den höchsten OHIP-Gesamtwerten fallen, kann die vorliegende Untersuchung nicht eindeutig beantworten. Es wurden keine statistisch bedeutenden Korrelationen zwischen dem OHIP-Gesamtwert und dem höchsten Schulabschluss festgestellt.

Abbildung 4.2: Mundgesundheits- und Lebensqualität 2005 bei 65- bis 74-Jährigen – Prozentuelle Verteilung der OHIP-Summenwerte auf die befragten Personen



Quelle: ÖBIG

Für alle befragten Seniorinnen und Senioren errechnete sich ein durchschnittlicher OHIP-Summenwert (Mittelwert) von drei. Im Vergleich zu den erhobenen 35- bis 44-Jährigen weisen somit die älteren Menschen bereits ein deutlich höheres Ausmaß eingeschränkter Lebensqualität auf. Der OHIP-Mittelwert verdoppelte sich bei den befragten Seniorinnen und Senioren beinahe (vgl. Punkt 3.5.2).

Auch bei den Seniorinnen und Senioren korrelierte der selbst eingeschätzte Mundgesundheitszustand mit der Höhe des durchschnittlichen OHIP-Summenwertes. Jene Frauen und Männer, welche ihre Mundgesundheit als „sehr gut“ einschätzten, wiesen den niedrigsten OHIP-Gesamtwert (1,5) auf. In der Probandengruppe, die sich mundgesundheitslich „gar nicht gut“ fühlte, verminderte sich auch die Lebensqualität sehr deutlich (OHIP-Wert = 13).

## 4.6 Behandlungsbedarf

In Hinblick auf den Gebissstatus gaben in der Personengruppe „Vollständiges, eigenes Gebiss“ 36 Prozent Beeinträchtigungen an. In der Gebisskategorie „Unversorgtes Lückengebiss“ stieg die Prävalenz von oralbedingten Beeinträchtigungen auf 42 Prozent. Von den Personen, die angaben, ein prothetisch versorgtes Lückengebiss zu haben, berichteten bereits 47 Prozent von einer eingeschränkten Lebensqualität. Die höchsten Prävalenzraten

an mundgesundheitsbezogenen Beeinträchtigungen wiesen jene Personen mit Totalprothesen auf (56 %).

Der maximale beobachtete OHIP-Gesamtwert beträgt in der Probandengruppe „Vollständiges, eigenes Gebiss“ und „Unversorgtes Lückengebiss“ 16 (dieser Wert ergab sich bei 4 % der Menschen mit einem vollständigen Gebiss und bei 5 % der Personen mit unversorgten Zahnlücken). In der Kategorie „Zahnlos und Totalprothesen“ wiesen zwei Prozent eine OHIP-Gesamtwert von 30 auf und in der Personengruppe „Versorgtes Lückengebiss“ wurde sogar ein Maximalwert von 48 erreicht (1%).

Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass der angefertigte Zahnersatz den Seniorinnen und Senioren häufig Probleme macht und daher diesbezüglich Handlungsbedarf (Reparaturbedarf) besteht. Alle Angaben im Fragebogen beziehen sich auf das letzte Monat und decken damit aktuelle Zahnprobleme und zahnmedizinischen Handlungsbedarf auf.

## Zusammenfassung

### *Ergebnisse aus den ÖBIG-Fragen an die 65- bis 74-Jährigen*

- Von allen befragten Seniorinnen und Senioren waren rund **23 Prozent** völlig **zahnlos**. (2,4 besaßen keine Totalprothesen, 20,5 % trugen zur vollständigen Gebissfunktion Totalprothesen im Ober- und Unterkiefer).
- 17 Prozent wiesen ein lückenloses, natürliches Gebiss auf (alle eigenen Zähne).
- 46 Prozent verfügten über ein prothetisch vollständig versorgtes Lückengebiss. Mehr als die Hälfte dieser Personen (53 %) verfügte über einen festsitzenden Zahnersatz. Der Rest (47 %) trug abnehmbare Teilprothesen.

Demnach verfügten rund 84 Prozent über ein völlig funktionstüchtiges Gebiss.

- Hingegen zeigten 13,3 Prozent neben den eigenen Zähnen noch nicht ersetzte Zahnlücken in den Gebissen (unversorgtes Lückengebiss).

Jene völlig Zahnlosen, welche keine Totalprothesen besaßen (2,4%) plus jene mit unversorgten Zahnlücken (13,3 %) – in Summe also rund 16 Prozent aller befragten Seniorinnen und Senioren – benötigten noch prothetischen Zahnersatz, um mehr Lebensqualität zu erlangen.

- Männer (18 %) verfügten häufiger über ein vollständiges eigenes Gebiss als Frauen (17 %). Die völlige Zahnlosigkeit stieg bei den Frauen gegenüber den Männern stark an (von 15,4 % auf 29,1 %). Jedoch wiesen Frauen häufiger als Männer prothetisch vollständig ersetzte Gebisse auf (diese Unterschiede erwiesen sich als statistisch signifikant).
- Die Zahnlosigkeit stieg bei den 70- bis 75-Jährigen gegenüber der gesamten Seniorengruppe um 13 Prozentpunkte an (36 % der 70- bis 75-Jährigen sind zahnlos).
- Die Gebisse der 65- bis 70-Jährigen waren gegenüber den 70- bis 75-Jährigen häufiger prothetisch vollständig saniert. Von den 65- bis 70-Jährigen verfügte die Hälfte über ein vollständig saniertes Lückengebiss, in der Altersgruppe der 70- bis 75-Jährigen waren es 43 Prozent.
- Statistisch wichtig ist der Zusammenhang zwischen der Gebissvollständigkeit und der Wohnregion. Ländliche Lebensräume weisen einen überdurchschnittlich hohen Anteil an älteren Personen mit vollständigen eigenen Gebissen auf. Demgegenüber sind ältere Menschen mit einem Lückengebiss in städtischen Regionen überdurchschnittlich häufig prothetisch vollständig saniert (vgl. Tabelle 4.5).
- Die große Mehrheit (97 %) der Seniorinnen und Senioren reinigt sich täglich, mindestens einmal die Zähne.



- Weit mehr als die Hälfte (63 %) der Befragten besuchte innerhalb der vergangenen zwölf Monate mindestens einmal eine zahnärztliche Praxis. Die Zahnarztinanspruchnahme sinkt jedoch mit zunehmendem Patientenalter.
- Mehr als ein Viertel der älteren Menschen sucht nur bei Schmerzen eine zahnärztliche Praxis auf. 62 Prozent behaupteten zur jährlichen zahnärztlichen Kontrolle zu gehen. Sechs Prozent gehen nie zur zahnärztlichen Untersuchung. Seniorinnen und Senioren mit einem guten Gebissstatus (vollständiges natürliches Gebiss) gaben am häufigsten an, zur jährlichen Kontrolle zu gehen.
- 99 Prozent der Befragten sind mit ihren Zahnmedizinerinnen und -medizinern zufrieden.
- Eine Parodontalbehandlung nehmen überwiegend jüngere Seniorinnen und Senioren (65- bis 70-Jährige) in Anspruch.

#### *Ergebnisse aus den ÖHIP-Fragen an die 65- bis 74-Jährigen*

- 46 Prozent der Seniorinnen und Senioren gaben orale Beeinträchtigungen an.
- Zehn Prozent waren mit mindestens einem oralen Problem „oft“ oder sogar „sehr oft“ konfrontiert.
- Die häufigsten oralen Probleme der Seniorinnen und Senioren sind funktionelle Einschränkungen und Schmerzen. 22 Prozent hatten Schwierigkeiten beim Kauen. 21 Prozent verspürten beim Essen bestimmter Nahrungsmittel ein unangenehmes Gefühl und wiederum 21 Prozent litten unter Schmerzen im Mundbereich.
- Bei rund sechs Prozent der Seniorinnen und Senioren war das Leben ganz allgemein aufgrund von Problemen mit den Zähnen weniger zufriedenstellend.
- Mit Schwierigkeiten bestimmte Worte auszusprechen, waren vorwiegend jene Probandinnen und Probanden mit unversorgten Zahnlücken (13 %) sowie Totalprothesenträger konfrontiert. Dieses Problem korrelierte sehr stark mit dem Gebissstatus.
- Personen mit Teilersatz sowie Totalprothesenträger und -trägerinnen waren insgesamt häufiger mit oralen Beeinträchtigungen konfrontiert als jene Personen, welche ausschließlich natürliche, eigene Zähne im Gebiss hatten.
- Gegenüber den 35- bis 44-Jährigen, die einen durchschnittlichen OHIP-Summenwert von 1,6 aufweisen, verdoppelte sich dieser auf drei bei den befragten Seniorinnen und Senioren, die damit unter einer höheren Beeinträchtigung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität leiden.
- Statistisch bedeutende (signifikante) Unterschiede in der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität nach den erhobenen soziodemografischen Merkmalen (höchste Schulbildung, NUTS I-Region) wurden in der vorliegenden Studie nicht nachgewiesen.

## 5 Vergleich der Erhebungen aus den Jahren 2000 und 2005

Die Aussagekraft des vorliegenden Vergleichs ist aufgrund der unterschiedlichen Untersuchungskonzepte (Designs) und dem daraus resultierenden Mangel an vergleichbaren Daten stark limitiert. Trotz eingeschränkter Möglichkeiten kann der Vergleich Veränderungstendenzen hinsichtlich des Gebissstatus, des oralpräventiven Verhaltens und der zahnmedizinischen Versorgung in den erwachsenen Altersgruppen aufzeigen.

### 5.1 Die 35- bis 44-Jährigen im Vergleich

#### *Subjektive Mundgesundheit*

Immer mehr Frauen und Männer erfreuen sich eines sehr guten bzw. guten oralen Gesundheitszustandes. Während im Jahre 2000 ein Drittel der Untersuchten den Mundgesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ beschrieb, sind es im Jahr 2005 bereits 85 Prozent der Befragten (vgl. Tabelle 5.1). Im Jahre 2005 gab nur mehr ein Prozent der Probandinnen und Probanden einen „gar nicht guten“ oralen Zustand an.

*Tabelle 5.1: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Selbsteinschätzung der Mundgesundheit im Vergleich 2000 und 2005*

<b>Selbsteinschätzung des Mundgesundheitszustandes</b>	<b>Untersuchte 2000 %</b>	<b>Befragte 2005 %</b>
Sehr gut	3	32
Gut	31	53
Zufriedenstellend	41	0
Weniger gut	20	14
Gar nicht gut	5	1

Quelle: ÖBIG

#### *Gebissvollständigkeit – prothetischer Behandlungsbedarf*

Der Anteil der Personen mit einem vollständigen eigenen Gebiss ist um 17 Prozentpunkte gestiegen. Eine weitere, ganz wesentliche Verbesserung liegt in der Reduktion des Bedarfs an prothetischen Teilversorgungen. Während im Jahre 2000 noch 60 Prozent der 35- bis 44-Jährigen eine prothetische Teilversorgung des Gebisses benötigten, sind es 2005 nur mehr 19 Prozent. Die positive Entwicklung hinsichtlich des Bedarfs an prothetischem Ersatz ist jedoch mit Vorbehalt zu sehen, da die Daten des Zahnstatus 2000 durch eine klinische Untersuchung (klinische Indizes) belegt sind, während die Daten 2005 lediglich aus den

persönlichen Angaben der Befragten (nicht fachkundig) resultieren. Insofern sind die beschriebenen Verbesserungen lediglich als erstes Signal einer zukünftigen Entwicklung zu sehen.

Im Jahre 2005 nahm jedoch die Zahnlosigkeit geringfügig zu (vgl. Tabelle 5.2). Da die zahngesundheitliche, klinische Untersuchung im Jahr 2000 nur bei Freiwilligen durchgeführt wurde, könnte es zu einer positiven Selektion von Probandinnen und Probanden mit besonderem Interesse an der Mundgesundheit gekommen sein. Daher könnten die Ergebnisse aus 2000 eine leichte „Positivverzerrung“ beinhalten.

*Tabelle 5.2: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – Gebissstatus im Vergleich 2000 und 2005*

<b>Gebissstatus</b>	<b>Untersuchte 2000 %</b>	<b>Befragte 2005 %</b>
Alle eigenen Zähne	40	57
Zahnlos	0	0,6
Festsitzender Zahnersatz	9	20
Abnehmbarer Zahnersatz (z. B. einfache Teilprothese)	3	6
Bedarf an Teilversorgung	60	19

Quelle: ÖBIG

Eindeutig angestiegen ist die Zahl derjenigen, die dem hochwertigen festsitzenden Zahnersatz den Vorzug geben (vgl. Tabelle 5.2).

### *Mundhygiene*

Während im Jahre 2000 noch zwei Prozent angaben, sich die Zähne nicht jeden Tag zu reinigen, sagten nun alle Befragten, dass sie sich zumindest einmal am Tag die Zähne putzen.

### *Zahnärztliche Inanspruchnahme*

Die Empfehlung der Zahnwissenschaftler sich regelmäßig, mindestens einmal jährlich zahngesundheitlich kontrollieren zu lassen, findet bei den 35- bis 44-Jährigen zunehmende Beachtung. 86 Prozent sagten, dass sie üblicherweise zur zahnärztlichen Kontrolle gehen (2000 waren es 83 %). Tatsächlich praktizieren auch immer mehr Leute diesen guten Vorsatz. Im Jahre 2005 gingen immerhin schon 72 Prozent zur zahnärztlichen Kontrolle, 2000 waren es 53 Prozent, die für den letzten Zahnarztbesuch, die Kontrolle als Grund angaben. Auch der Bekanntheitsgrad der professionellen Zahnreinigung, als sehr wirksame individualprophylaktische Maßnahme, nahm zu.

## 5.2 Die 65- bis 74-Jährigen im Vergleich

### *Gebissvollständigkeit*

Nach den in Tabelle 5.3 angeführten Daten stieg die Zahnlosigkeit auch bei den Seniorinnen und Senioren um drei Prozentpunkte an. Dieses Ergebnis hängt wiederum mit dem nicht repräsentativen Stichprobensample im Jahre 2000 zusammen (die 65- bis 74-Jährigen wurden ausschließlich in den Zahnambulatorien der Krankenkassen erhoben). Personen, die nur äußerst selten oder gar nie eine Zahnärztin- oder Zahnarztpraxis besuchten, waren daher aus der Untersuchung 2000 ausgeschlossen. Die Daten des Survey 2005 weisen darauf hin, dass mehr als zwei Fünftel (44 %) der völlig zahnlosen Seniorinnen und Senioren entweder nur bei Beschwerden (29 %) oder überhaupt nie (15 %) zahnärztliche Praxis aufsuchen (vgl. Tabelle 4.7). Aus diesem Grunde dürfte der tatsächliche Anteil zahnloser österreichischer Seniorinnen und Senioren im Jahre 2000 höher gewesen sein.

Eine sehr positive Entwicklung liegt in der deutlichen Abnahme des Bedarfs an prothetischer Versorgung. Während im Jahr 2000 noch rund 38 Prozent der untersuchten älteren Menschen eines prothetischen Ersatzes (Teilprothese oder Totalprothese) bedurften, sind es im Jahre 2005 nur mehr rund 16 Prozent (vgl. Tabelle 5.3).

*Tabelle 5.3: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 65- bis 74-Jährigen – Gebissstatus im Vergleich 2000 und 2005*

<b>Gebissstatus</b>	<b>Untersuchte 2000 %</b>	<b>Befragte 2005 %</b>
Alle eigenen Zähne	0,7	17
Zahnlos	20	23
Festsitzender Zahnersatz (Teilversorgung)	5	26
Abnehmbarer Zahnersatz (Teilversorgung)	50	22
Abnehmbar und festsitzend (Teilversorgung)	7	n. v. <sup>1</sup>
Bedarf an Teilversorgung	37	13
Bedarf an Totalversorgung	0,6	2,4

<sup>1</sup> n. v. = Daten nicht verfügbar

Quelle: ÖBIG

Auch die älteren Menschen tragen zunehmend häufiger den ästhetisch und funktionell hochwertigen, festsitzenden Teilersatz. In der Untersuchung 2000 verfügten nur fünf Prozent über einen festsitzenden Zahnersatz, während im Survey 2005 bereits ein gutes Viertel der Seniorinnen und Senioren festsitzend ersetzte Zähne angaben (vgl. Tabelle 5.3).

*Tabelle 5.4: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 65- bis 74-Jährigen – Grund für den letzten Zahnarztbesuch im Vergleich 2000 und 2005*

<b>Grund für den letzten Zahnarztbesuch</b>	<b>Untersuchte 2000 %</b>	<b>Befragte 2005 %</b>
Schmerzen	48	23
Kontrolle	22	63
Im Rahmen einer länger dauernden Sanierung	13	6
Anderer Grund	17	8

Quelle: ÖBIG

Auch bei den Seniorinnen und Senioren ist eine Stärkung der oralhygienischen und zahnmedizinischen Selbstverantwortung ablesbar. Der Anteil der Personen, die sich regelmäßig, täglich mindestens einmal die Zähne reinigen, stieg von 91 Prozent auf 97 Prozent an. Gleichfalls erhöhte sich der Anteil der Seniorinnen und Senioren, die angaben, üblicherweise regelmäßig zur zahnärztlichen Kontrolle zu gehen von 44 Prozent auf 62 Prozent. Tatsächlich waren die älteren Leute im Jahre 2005 auch häufiger aus Kontrollgründen in der zahnärztlichen Praxis (vgl. Tabelle 5.4). Der Anteil der Personen, die wegen Schmerzen gingen, sank von 44 Prozent auf 23 Prozent. Die älteren Menschen sind auch zunehmend häufiger mit ihren Zahnmedizinerinnen und -medizinern zufrieden (die Zahnarztunzufriedenheit reduzierte sich von 6 % auf 1 %). Die Inanspruchnahme von Parodontalbehandlungen erhöhte sich geringfügig (von 25 auf 30 Prozent).

Insgesamt lässt der Vergleich 2000 und 2005 den Schluss zu, dass die moderne, präventiv orientierte Zahnheilkunde sowohl bei den 35- bis 44-Jährigen als auch bei den 65- bis 74-Jährigen mehr Anhängerinnen und Anhänger findet. Allerdings geben die aktuell verfügbaren Daten derzeit keinen direkten Hinweis dafür, dass sich die beachtliche Verbesserung der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen mittelfristig auch in das Erwachsenenalter übertragen lässt.

## 6 Die Erwachsenen im internationalen Vergleich

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

Die Internetsuche zeigte, dass bevölkerungsrepräsentative zahngesundheitliche Untersuchungen bei den Erwachsenen auch in anderen europäischen Ländern aufgrund des großen Aufwandes nicht oft durchgeführt werden (vgl. Tabellen 6.1 und 6.2).

Die unterschiedlichen Untersuchungsdesigns und die verschiedenen Erhebungsjahre setzen der internationalen Vergleichbarkeit enge Grenzen. Vergleiche zwischen den Nationen sind daher sehr problematisch und mit großem Vorbehalt zu betrachten.

Die Anzahl fehlender Zähne (Gebissvollständigkeit), der prothetische Status (Versorgung und Bedarf) sowie der Anteil völlig zahnloser Personen gelten bei den Erwachsenen international als Leitindikatoren des Mundgesundheitszustandes.

### 6.1 Die 35- bis 44-Jährigen

Für den vorliegenden internationalen Vergleich wurden die Ergebnisse der Dritten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS III 1999) und die WHO-Datenbank herangezogen.

Der durchschnittliche DMFT-Wert (Anzahl der kariösen, der wegen Karies fehlenden und gefüllten Zähne) in der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen liegt in den Ländern der europäischen Union (EU) nach dem Jahre 1998 zwischen 13,8 und 20,8 (WHO 2003). Mit einem DMFT-Mittelwert von 14,7 (im Jahr 2000) befindet sich Österreich im „guten“ europäischen Durchschnittsbereich. Weltweit gesehen ist aber ein DMFT von 14 hoch. In Niger z. B. beträgt der DMFT 5,7 und in China sogar nur 2,1 (WHO World Oral Health Report, WHO 2003).

57 Prozent der 35- bis 44-jährigen Österreicherinnen und Österreicher besitzen noch ein vollständiges, eigenes Gebiss. In Deutschland verfügen in dieser Altersgruppe 44 Prozent noch über sämtliche natürliche Zähne. Die etwas schlechteren Ergebnisse für Deutschland sind vermutlich darauf zurückzuführen, dass die DMS III bereits sieben Jahre zurückliegt.

Der Anteil der gefüllten Zähne an den kariösen plus gefüllten Zähnen ( $FT \text{ dividiert durch } DFT \times 100$ ) von 98 Prozent im Jahr 2000 deutet darauf hin, dass bei den 35- bis 44-jährigen Österreicherinnen und Österreichern ein hoher Sanierungsgrad vorliegt und daher kaum konservierender Behandlungsbedarf besteht. Der Sanierungsgrad in der Dritten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS III) betrug im Vergleich dazu 92,5 Prozent (DMS III 1999).

Die durchschnittliche Anzahl fehlender Zähne und die Zahnlosigkeit sind epidemiologische Größen, die den Grad der Gebissdestruktion charakterisieren und mit deren Hilfe die Notwendigkeit der prothetischen Therapie eingeschätzt werden kann.

In Österreich benötigten im Untersuchungsjahr 2000 noch 60 Prozent der 35- bis 44-Jährigen eine prothetische Teilversorgung. Im Survey 2005 gaben nur mehr 18,5 Prozent der Befragten prothetisch nicht ersetzte Zähne im Gebiss an. In Deutschland waren im Jahre 1999 35 Prozent der 35- bis 44-Jährigen prothetisch unterversorgt (nicht ersetzte Zahnlücken). Vergleichszahlen zum gegenwärtigen prothetischen Bedarf in Deutschland wird die Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV), die im März 2005 startete, liefern. Während in Deutschland bereits im Jahre 1999 die Anwendungshäufigkeit totaler Prothesen mit den Angaben zur Zahnlosigkeit identisch war, kann in Österreich noch kein hundertprozentiger Versorgungsgrad zahnloser Menschen bestätigt werden. Ein ganz geringer Anteil (0,3 %) der Zahnlosen sagte, keine eigenen Totalprothesen zu besitzen.

Die Tabelle 6.1 präsentiert die bei der Internetsuche identifizierten oralen Daten in der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen. Beim Vergleich dieser Zahlen gilt es jedoch zu bedenken, dass nicht alle Länder über bevölkerungsrepräsentative Datensätze verfügen (die ÖBIG- Zahnstaterhebung 2000 erfüllte z. B. nicht das Kriterium einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe vgl. Abschnitt 2.1). Des Weiteren ist ein Vergleich der DMFT-Werte von Erwachsenen aus verschiedenen Ländern auch problematisch, weil in vielen Untersuchungen nicht angegeben ist, ob sich der Index auf die Befundung von 28 oder 32 Zähnen bezieht bzw. ob Wurzelkaries inkludiert wurde, etc.

Völlige Zahnlosigkeit findet man in der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen in Europa selten. Sie liegt derzeit in den meisten Ländern zwischen null und einem Prozent (vgl. Tabelle 6.1). Insofern ist das WHO-Subziel 2020, das eine Zahnlosigkeit unter zwei Prozent vorgibt, für Europa nicht sehr hoch angesetzt. Die meisten westlichen Industriestaaten haben diese Vorgabe bereits erreicht.

Im mittleren Erwachsenenalter unterliegt das natürliche Gebiss in vielen Fällen einem Gestaltwandel, der infolge karies- und parodontitisbedingter Zahnzerstörung in der Lückenbildung seinen Ausdruck findet (vgl. MT-Werte = durchschnittliche Anzahl fehlender Zähne siehe Tabelle 6.1). Die verfügbaren Daten zeigen, dass Österreich mit einer durchschnittlichen Anzahl von 2,2 fehlenden Zähnen (MT) im europäischen Rahmen deutlich hervorsticht und die Zahnverluste in den anderen Ländern höher liegen (vgl. MT-Werte in Tabelle 6.1). Dies kann als Interesse der Österreicher am Erhalt ihrer Zähne und auch als Kennzeichen einer modernen Zahnheilkunde („Zahnerhalt vor Reißen“) interpretiert werden.

Tabelle 6.1: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 35- bis 44-Jährigen – DMFT-Werte, durchschnittliche Anzahl fehlender Zähne, Anteil der zahnlosen Personen in europäischen Ländern (ab 1997)

Land	Jahr	35- bis-44-Jährige			Quelle, Anmerkungen
		DMFT	Durchschnittliche Anzahl fehlender Zähne (MT)	Anteil zahnloser Personen in Prozent	
Bosnien Herzegowina	2001	n. v.	n. v.	12	Kobaslija S.
Dänemark	2001	16,7	3,9	0	Krustrup U.
Deutschland	1997	16,1	3,9	1	Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)
Lithauen	1998	17,4	6,2	n. v.	Aleksejuniene J.
<b>Österreich</b>	2000	<b>14,7</b>	<b>2,2</b>	<b>0</b>	ÖBIG
<b>Österreich</b>	2005	n.v.	n. v.	<b>1</b>	ÖBIG
Slowenien	1998	14,7	5,2	n.v.	Vrbic V.
Schweiz	1998	n.v.	3,7	n.v.	Marthaler T.
Vereinigtes Königreich	1998	n. v.	5,3	1,0	Office of National Statistics

n.v. = Daten nicht verfügbar

DMFT = durchschnittliche Anzahl kariöser, fehlender und gefüllter Zähne

Quellen: WHO-Datenbank, CECDO (Council of European Chief Dental Officers) - Website im Internet

## 6.2 Die 65- bis 74-Jährigen

Für den internationalen Vergleich werden wiederum Ergebnisse der DMS III und die WHO-Datenbank herangezogen.

In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen gilt international der Anteil zahnloser Personen als epidemiologischer Leitindikator des Mundgesundheitszustandes. In der Tabelle 6.2 sind die in der Internetsuche identifizierten oralen Daten europäischer Länder dargestellt. Vergleiche dieser Daten sind aus in Abschnitt 6.1 genannten Gründen wiederum nur bedingt möglich.

Die Prävalenzraten, die sich auf die Zahnlosigkeit beziehen, reichen innerhalb Europas von acht Prozent (Schweiz) bis 78 Prozent (Bosnien Herzegowina, Portugal 70 %). Österreich liegt mit einem Anteil zahnloser Personen von 23 Prozent im vorderen europäischen Mittelfeld, noch vor Deutschland und Dänemark (vgl. Tabelle 6.2). Die niedrigste Zahnlosigkeit weisen die Schweiz (8% bis 15 %), Slowenien (16 %) und wider Erwarten auch Weißrußland (13,5 %) auf (die anderen osteuropäischen Länder verzeichnen einen hohen Anteil an Zahnlosen).



Tabelle 6.2: Mundgesundheit und Lebensqualität 2005 bei 65- bis 74-Jährigen – DMFT-Werte, durchschnittliche Anzahl fehlender Zähne, Anteil der zahnlosen Personen in europäischen Ländern (ab 1997)

Land	Jahr	65- bis-74-Jährige			Quelle, Anmerkungen
		DMFT	Durchschnittliche Anzahl fehlender Zähne (MT)	Anteil zahnloser Personen in Prozent	
Belgien	1998	n.v.	n.v.	41	CDO
Bosnien Herzegowina	1998	n.v.	n.v.	78	CDO
Bulgarien	2000	n.v.	n.v.	56	CDO
Dänemark	2001	24,8	12,0	27	Krustrup U.
Deutschland	1997	23,6	17,6	24,8	Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)
Finnland	1998	n.v.	n.v.	41	CDO
Frankreich	2000	n.v.	n.v.	15,5	CDO
Griechenland	1998	n.v.	n.v.	25	CDO
Litauen	1998	23,3	18,5	39	CDO
Niederlande	1998	n.v.	n.v.	61	CDO
Norwegen	1999	24,5	13,5	40	CDO
<b>Österreich</b>	<b>2000</b>	<b>23,3</b>	<b>18,1</b>	<b>20</b>	ÖBIG
<b>Österreich</b>	<b>2005</b>	n.v.	n.v.	<b>23</b>	ÖBIG
Polen	1999	n.v.	n.v.	35	CDO
Portugal	2000	n.v.	n.v.	70	CDO
Slowenien	1998	30,0	19,2	16	Vrbic V.
Schweiz	1999	n.v.	n.v.	8	60- bis 69-Jährige, Marthaler T.
Schweiz	1999	n.v.	n.v.	15	70 – bis 79-Jährige; Marthaler T.
Tschechien	2002	25,5	n.v.	33,6	Broukal Z.
Ungarn	1998	n.v.	27,7	55	CDO
Vereinigtes Königreich	1998	n.v.	14,7	46	65 Jahre +; Office of National Statistics
Weißrußland	2000	22,5	18,2	13,5	Borisenko L.

n.v. = Daten nicht verfügbar

DMFT = durchschnittliche Anzahl kariöser, fehlender und gefüllter Zähne

Quellen: WHO-Datenbank, CECD0 (Council of European Chief Dental Officers) - Website im Internet

Da sich die während einzelner Lebensabschnitte entstandenen Zahnschäden und Restaurationen an den Zähnen für den DMFT-Index aufsummieren, stellt sich demzufolge bei den Seniorinnen und Senioren ein Index mit besonders hohen Werten dar (vg. Tabelle 6.2). In der Seniorenaltersgruppe sind – entgegen der Kinder- und Jugendaltersgruppen – auch keine so großen Unterschiede mehr in den DMFT-Werten zwischen den Ländern vorhanden.

Die durchschnittliche Anzahl fehlender Zähne liegt bei den älteren Menschen in den europäischen Ländern zwischen zwölf und 19 (Ausnahme ist Ungarn mit durchschnittlich 27,7 fehlenden Zähnen). Österreich befindet sich auch hier wiederum mit durchschnittlich 18 fehlenden Zähnen im europäischen Mittelbereich. In den nordischen Ländern Dänemark und Norwegen ist die Anzahl an restlichen eigenen Zähnen in den Seniorinnen- und Seniorengelassen am höchsten (niedrigste Anzahl fehlender Zähne vgl. Tabelle 6.2).

Zwischen Deutschland und Österreich gibt es in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen kaum Unterschiede im Mundgesundheitszustand (vgl. Tabelle 6.2). Mit 95 Prozent (Österreich) bzw. 93 Prozent (Deutschland) ist in diesen Ländern auch ein außerordentlich hoher Sanierungsgrad erreicht (auf die Karies bezogen). Fehlende Zähne waren in der deutschen Studienpopulation zu etwa 90 Prozent ersetzt. Es wurde damit schon im Jahre 1999 ein quantitativ sehr hoher prothetischer Versorgungsstatus erreicht (DMS III 1999). Gegenwärtig haben in Österreich 78 Prozent der Seniorinnen und Senioren mit teilbezahnten Gebissen ihre Zahnlücken prothetisch vollständig versorgt. 2,4 Prozent der völlig Zahnlosen besitzen keine Totalprothesen. Das bedeutet, dass diesbezüglich in Österreich Nachholbedarf besteht.

Insgesamt offenbart der europäische Vergleich, dass sich die Mundgesundheit der österreichischen Erwachsenen auf einem mit den anderen westlichen Industrienationen vergleichbaren Niveau befindet. Europaweit ist ersichtlich, dass mittelfristig ein drastisches Minimieren des altersabhängigen Zahnverlustes nicht erreicht werden wird.

Im vorliegenden ÖBIG-Survey wurden auch die Auswirkungen oraler Verhältnisse auf die allgemeine Lebensqualität mit einem international vergleichbaren Untersuchungsinstrument (OHIP-G14) gemessen. Aus dem Jahre 2003 existiert eine vergleichbare Studie aus einer repräsentativen deutschen Stichprobe (John und Micheelis 2003). Die deutschen Ergebnisse lassen sich aufgrund der zusammengefassten Altersgruppen (Personen im Altersbereich zwischen 16 und 79 Jahren) jedoch nur qualitativ mit den vorliegenden ÖBIG-Resultaten vergleichen.

Anhand von Items (Fragen vgl. Abschnitt 2.2 und Tabelle 2.1), die sich auf die Symptome oraler Erkrankungen im Zusammenhang mit dem allgemeinen Wohlbefinden beziehen, weisen sowohl die 65- bis 74-Jährigen als auch die 35- bis 44-Jährigen erhebliche oral bedingte Beeinträchtigungen der Lebensqualität auf. In der deutschen Stichprobe (im Altersbereich zwischen 16 und 79 Jahren) gaben zwischen **13 Prozent** und **46 Prozent** eine verminderte Lebensqualität aufgrund oraler Probleme an. Im ÖBIG-Survey nannten **ein Drittel** (33 %) der 35- bis 44-Jährigen und **46 Prozent** der Seniorinnen und Senioren orale Einschränkungen. „Oft „ oder sogar „sehr oft“ fühlten sich in beiden Studien nur sehr wenige befragte Menschen beeinträchtigt. Die Prävalenz liegt hier zwischen fünf Prozent und zehn Prozent. Am häufigsten nannten die Befragten Kauschwierigkeiten und Schmerzen im Mundbereich (das können Zahnschmerzen, Zahnfleischschmerzen, wund Stellen und empfindliche Zähne sein). Psychosoziale Auswirkungen oraler Erkrankungen sind nicht so häufig vertreten (die Prävalenz liegt zwischen 3 % und 13 %). Dass das Leben ganz allgemein, aufgrund von Problemen mit den Zähnen, weniger zufriedenstellend war, sagten in Deutschland immerhin 27 Prozent. In der österreichischen Stichprobe sagten zwischen vier

und sechs Prozent der Befragten, dass das Leben aufgrund oraler Probleme weniger zufriedenstellend war.

Die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität erwies sich als stark altersabhängig (Senioren und Senioren hatten einen beinahe doppelt so hohen OHIP-Gesamtwert gegenüber den 35- bis 44-Jährigen (siehe Abschnitt 3.5.2 und 4.6.2). Zudem besteht eine starke Korrelation zwischen dem Gebissstatus (Gebissvollständigkeit) und dem individuellen Ausmaß verminderter Lebensqualität (OHIP-Gesamtwert). Im Besonderen litten jene Befragten mit Zahnlücken in den Gebissen unter oralbedingten Beeinträchtigungen der Lebensqualität. Diese Zusammenhänge werden von der deutschen Mundgesundheitsstudie auch bestätigt.

Die Untersuchungen mit dem OHIP-G14 zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen Mundgesundheit und Lebensqualität. Ein einmaliger OHIP-Befund ist jedoch nur von eingeschränkter Aussagekraft, da das Vergleichskriterium fehlt, ob dieser Befund nun als allgemein hoch oder niedrig einzustufen ist. Daher müssen in Zukunft noch Referenzwerte (Normwerte), die sich aus der Allgemeinbevölkerung ableiten, bereitgestellt werden.

## 7 Resümee

Das natürliche Gebiss der europäischen Durchschnittsbevölkerung ist in der Lebensphase zwischen dem 40.- und dem 65. Lebensjahr durch zunehmende Zahnverluste (infolge von Karies und Parodontitis) gekennzeichnet. Umfangreiche Zahnlücken bis hin zur völligen Zahnlosigkeit charakterisieren den Mundgesundheitszustand des alten Menschen und beeinträchtigen sein körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden.

In den kommenden Jahren wird der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung zunehmen. Diese demografische Entwicklung stellt die Zahnmedizin vor neue Herausforderungen: die Forschung und Praxis mit den fachspezifischen Problemen der „Alten-Generation“ (Gerostomatologie) gewinnt an Bedeutung. Grundlage bedarfsorientierter, oraler Gesundheitsprogramme für Erwachsene sind epidemiologische Daten zu ihrem Mundgesundheitszustand.

Zahnstatuserhebungen nach WHO-Design (mit klinischer Untersuchung) in den erwachsenen Altersgruppen erfordern jedoch großen Kosten- und Zeitaufwand. Die Probandinnen und Probanden können nicht – wie die Kinder- und Jugendaltersgruppen – in öffentlichen Institutionen (wie z. B. Schulen) aufgefunden werden. Daher ist es besonders schwierig ein bevölkerungsrepräsentatives Sample zu erhalten. Zahnstatuserhebungen in den erwachsenen Indexaltersgruppen werden international in wesentlich größeren Intervallen durchgeführt (nur alle 10 Jahre).

Die Anzahl fehlender Zähne (MT-Wert) sowie der Anteil völlig zahnloser Personen und der prothetische Status (Versorgung und Bedarf) gelten bei den Erwachsenen als Leitindikatoren zur Beschreibung des Mundgesundheitszustandes.

In Österreich sind die diesbezüglichen epidemiologischen Fakten anhand der ÖBIG-Daten der Zahnstatuserhebung 2000 und der vorliegenden mundgesundheitlichen Befragung dokumentiert. Es wurde festgestellt, dass die völlige Zahnlosigkeit in der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen kein Problem ist (liegt bei 0,6 %) und erst in der fortgeschrittenen Lebensphase zunehmend an Bedeutung gewinnt (zwischen dem 65.- und 75. Lebensjahr stieg der Anteil an völlig zahnlosen Menschen von 11 % auf 36 % an). Den 35- bis 44-jährigen Österreicherinnen und Österreichern fehlen durchschnittlich 2,2 natürliche Zähne. Damit liegen sie im internationalen Vergleich ganz deutlich unter dem europäischen Durchschnitt (die durchschnittliche europäische Zahnverlustrate beträgt in diesem Alter derzeit 4,3 Zähne). Dies kann als großes Interesse der Österreicherinnen und Österreicher am Erhalt der eigenen Zähne und auch als Kennzeichen einer modernen Zahnheilkunde („Zahnerhalt vor Reißen“) interpretiert werden. Bei den älteren Menschen hingegen hat sich dieser Gedanke noch nicht durchgesetzt. Personen im Alter von 65- bis 74-Jahren haben in Österreich durchschnittlich bereits 18,1 Zähne verloren (der Durchschnittseuropäerin und dem Durchschnittseuropäer fehlen in diesem Lebensalter durchschnittlich 14,4 Zähne). Das bedeutet, dass in Österreich älteren Menschen prognostisch fragwürdige Restzähne eher gezogen als erhalten werden. Unterstützt wird diese Interpretation noch durch den überdurchschnittlich hohen Anteil an zahnlosen Seniorinnen und Senioren in den ländlichen Gebieten (27 %), wo

die (ältere) Bevölkerung gegenüber den modernen Behandlungsweisen noch weniger abgeschlossen zu sein scheint, weshalb bei älteren Personen mit einem bereits deutlich reduzierten Zahnbestand noch immer der einfacheren und kostengünstigeren Therapie (Extraktion aller Restzähne und Ersatz durch Totalprothesen) der Vorzug gegeben wird. Der überdurchschnittlich hohe Anteil an Totalprothesenträgerinnen und -trägern (27 %) in ländlichen Gebieten bekräftigt diese Einschätzung noch.

In Bezug auf den prothetischen Versorgungsstatus ergab sich in der Altersklasse der 35- bis 44-Jährigen eine höhere Behandlungsnotwendigkeit (19 % benötigen einen Zahnersatz) als in der Seniorenaltersgruppe (16 % haben Bedarf an Zahnprothesen). Dieses Resultat könnte zu einem großen Teil in der geringen Zahnverlustrate (MT = 2,2 bei den 35- bis 44-Jährigen) begründet sein. Einzelne Zahnlücken sind bei vielen Patientinnen und Patienten noch mit einer gewissen Sorglosigkeit verbunden, weshalb auf eine prothetische Lückenversorgung vorerst noch verzichtet wird. Diese falsche Einschätzung der Situation kann aber schwere Folgen haben. Nachbarzähne kippen in die Lücke hinein und auch der gegenüberliegende Zahn wächst aus seinem Zahnbett heraus – weiterer Zahnverlust droht, wodurch die Kosten für eine prothetische Gebissanierung steigen. Deshalb ist es besonders wichtig, dass die Zahnärzteschaft ihre Patientinnen und Patienten viel häufiger über solche Risiken aufklärt.

Aus wissenschaftlicher Sicht weiß man, dass bei den Erwachsenen Parodontitis (Zahnfleischentzündung) der häufigste Grund für den Zahnverlust ist. Regelmäßiges Rauchen begünstigt das Entstehen und den chronischen Verlauf von Parodontitis. Deshalb sollte eine Raucherberatung zukünftig Bestandteil der zahnärztlichen Individualprophylaxe sein. Einen ersten Hinweis auf die Prävalenz von Zahnbetterkrankungen in Österreich liefern die Daten des Zahnstatus 2000, wonach 20 Prozent der 35- bis 44-Jährigen und 40 Prozent der 65- bis 74-Jährigen behandlungsbedürftige seichte oder tiefe Zahnfleischtaschen aufweisen. Die Dunkelziffer dürften jedoch weit höher liegen, da das Studiensample nicht bevölkerungsrepräsentativ war (siehe Punkt 2. 2. 1). Um hier den aktuellen Behandlungsbedarf auch richtig einzuschätzen, sind diesbezüglich weitere repräsentative Daten notwendig. Ein erster wichtiger Schritt den Zahnverlust in Österreich zu minimieren, wurde mit der neu geplanten Aufnahme der parodontalen Grunduntersuchung (PGU) in das allgemeine Vorsorgeprogramm bereits gesetzt.

Im Jahr 2005 erfragte das ÖBIG zum erstenmal in Österreich auch die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ) nach internationalem Maßstab (mit dem Oral Health Impact Profile, OHIP-G14). Fehlender und unzureichender oder alter Zahnersatz verminderte die Lebensqualität (Probandinnen und Probanden mit unversorgten Zahnlücken (OHIP = 2,8) oder Personen mit Zahnersatz (OHIP = 1,8) weisen höhere OHIP-Werte auf als der Durchschnitt der Befragten (OHIP = 1,1), weil bei ihnen die Kaufähigkeit eingeschränkt und/oder die Aussprache und/oder die Physiognomie verändert waren. Daher ist noch ein größerer Einsatz an Prothetik gefordert.

Der Vergleich der Untersuchungen aus den Jahren 2000 und 2005 weist eine deutliche Stärkung der oralhygienischen Selbstverantwortung nach. Immer mehr Österreicherinnen und Österreicher attestieren der Mundgesundheit „sehr große“ Bedeutung. Die tägliche Zahnhygiene ist bereits Bestandteil des Alltags und auch die zahnärztliche Inanspruchnahme ist zunehmend kontrollorientiert. In Bezug auf den Zahnersatz zeichnet sich ein verstärkter

Trend zu hochwertigem festsitzenden Zahnersatz ab. Das zahnmedizinische Qualitätsbewusstsein ist in den fünf Jahren gestiegen.

Die Möglichkeit der Prävention in der zahnärztlichen Praxis (professionelle Zahnreinigung, Parodontalbehandlung) wird in Österreich noch zuwenig genutzt. Diese Leistungen müssen auch zur Gänze privat bezahlt werden. Eine Erfolgsmöglichkeit zur häufigeren Inanspruchnahme liegt beispielsweise in der Aufnahme präventiver Leistungen in den zahnärztlichen Honorarkatalog.

Aus wissenschaftlichen Arbeiten weiß man, dass Prävention auch im Erwachsenenalter nicht nur sinnvoll, sondern auch erfolgreich sein kann (Bastendorf 2000 und 2004). Orale Vorsorge bedeutet regelmäßige (2 x täglich) häusliche Mundhygiene, regelmäßige zahnärztliche Kontrollen (2 x jährlich), regelmäßige professionelle Zahnreinigung (ein- bis zweimal jährlich), zahngesunde Ernährung (wenig Zucker) und das Rauchen vermeiden.

„Prävention statt Prothetik“ ist das Ziel, will man die Mundgesundheit der Erwachsenen verbessern und den alten Menschen Lebensqualität ermöglichen. Ist dieses Ziel nicht zu erreichen, etwa bei Personen mit deutlich reduziertem Zahnbestand, so sollte der erforderliche Zahnersatz in Hinblick auf weitere Prävention geeignete Gestalt aufweisen (d. h. hochwertiger kombinierter Zahnersatz statt Totalprothesen). Auch hier besteht die Notwendigkeit, den zahnärztlichen Honorarkatalog unter dem Aspekt „mehr Lebensqualität“ zu überarbeiten.

## Literaturverzeichnis

- Axelsson, P.: On the prevention of caries and periodontal disease, Results of a 15-year longitudinal study in adults. Clin. Periodont 18 (1991), S.: 182-189
- Bastendorf, K.: Prophylaxe in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen. Prophylaxeimpuls, 4. Jahrgang (2000), S.: 182-187
- Bastendorf, K.: Professionelle Prophylaxe in Praxis – Bewährung eines Konzeptes. Prophylaxeimpuls, 8. Jahrgang (2004), S. 6-14
- Böckler, D.: Ergebnisse zahnärztlicher Schuluntersuchungen im Berliner Bezirk Mitte. Volk und Gesundheit, Berlin 1995
- Borutta, A.: Dringliche Mundgesundheitsprobleme der Bevölkerung im vereinten Deutschland. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Köln 1991
- Borutta, A.: The 1991 German section of the WHO II ICS. WHO Collaborative Centre, Erfurt 1995
- Department of Biostatistics, Havard School of Public Health, Boston: Tooth loss and dietary intake. Journal of the American Dental Association, 134 (2003), S. 1185-1192
- Eriksen, H.: Epidemiology of apical paradontitis. In Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology 96, Nr. 1, 2003, S.: 81-90
- Hetzer, G.: Zur Entwicklung des Kariesbefalls bei 2- bis 16-Jährigen Dresdner Kindern und Jugendlichen. In Oralprophylaxe 17 (1995), S.: 142-146
- Institut der Deutschen Zahnärzte – IDZ (Hrsg.): Dringliche Mundgesundheitsprobleme der Bevölkerung im vereinten Deutschland. Köln 1991
- Institut der Deutschen Zahnärzte – IDZ (Hrsg.): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Köln 1999
- John, M., Micheelis, W.: Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität in der Bevölkerung: Grundlagen und Ergebnisse des Oral Health Impact Profile (OHIP) aus einer repräsentativen Stichprobe in Deutschland. IDZ-Information Nr. 1/2003, Köln 2003
- Künzel, W.: Caries decline in Deutschland. Huthig Verlag, Heidelberg 1997
- Künzel, W.: Kariesanstieg im Milchgebiss gruppenpräventiv betreuter Chemnitzer Kinder im neunten Jahr nach Einstellung der Trinkwasserfluoridierung, Prophylaxeimpuls, Köln 2002
- Mc Grath, C.: Population based norming of the UK oral health related quality of life measure (OHQoL-UK). British Dental Journal 193 (2002), S. 138-143

ÖBIG (Hrsg.): Zahnstatuserhebung 2000 in Österreich bei 35- bis 44- sowie 65- bis 74-Jährigen. Im Auftrag des BMSG, Wien 2001

ÖBIG (Hrsg.): Zahnstatuserhebung 2002 bei Zwölfjährigen. Im Auftrag des BMGF, Wien 2003

ÖBIG (Hrsg.): Kariesprophylaxe in Österreich 2003. Im Auftrag des BMGF, Wien 2004

WHO (Hrsg.): Oral health global indicator for 2000. Genf 1984

WHO (Hrsg.): Oral Health Surveys. Basis Methods. 4<sup>th</sup> ed. Genf, 1997

WHO: Oral Health Report 2003, Genf 2004

WHO-CAPP: WHO Oral Health Country/Area Profil Programm im Internet:  
<http://www.whocollab.od.mah.se>