



Vierte Deutsche Mundgesundheits- studie (DMS IV)

Kurzfassung

Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)
im Auftrag von Bundeszahnärztekammer und
Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung

Vierte Deutsche Mundgesundheits- studie (DMS IV)

Kurzfassung

Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)

im Auftrag von
Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher
Bundesvereinigung

November 2006

Inhalt

	Seite
Einführung	4
Die wichtigsten Ergebnisse aus der DMS IV	6
Karies	8
Kinder und Jugendliche	8
Erwachsene	9
Senioren	10
Erkrankungen des Zahnhalteapparates	11
Jugendliche	11
Erwachsene	11
Senioren	13
Zahnverlust und Zahnersatz	14
Erwachsene	14
Senioren	15
Sozialmedizinische Ergebnisse	16
Individuelle Zahnpflege	16
Zahnarztbesuch und Zahnarztbindung	16
Mundgesundheit und Lebensqualität	17
Soziale Faktoren für das Erkrankungsrisiko	18
Anhang	20
Zur Methodik der Studie	20
Zahlen zum internationalen Vergleich	21
Über das IDZ und die Autoren	28
Abkürzungen/Glossar	29
Impressum	32

Einführung

Wie gesund sind die Zähne der Deutschen? Wie häufig finden sich Karies und Parodontalerkrankungen in der Bevölkerung? Welche sozialen Faktoren beeinflussen die Mundgesundheit? Um diese Fragen zu klären, hat das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) im Auftrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Bundeszahnärztekammer im Jahr 2005 über 4500 Personen aus allen sozialen Schichten und Altersgruppen in einer repräsentativen Erhebung befragt und zahnmedizinisch untersucht.

Die Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV) zeigt nicht nur eine Momentaufnahme der Mundgesundheit der Deutschen. Als Wiederholungsuntersuchung zur DMS III aus dem Jahre 1997 gibt sie auch einen Überblick über die Entwicklung der Mundgesundheit während der letzten Dekade und liefert eine solide Datenbasis für die Gesundheitsberichterstattung und Versorgungsforschung.

Die vorliegende Broschüre fasst die zentralen Ergebnisse der rund 500 Seiten starken Studie in allgemein verständlicher Form zusammen. Sie zeigt auf, dass die Zahngesundheit der Deutschen dank erfolgreicher Prävention und guter zahnärztlicher Versorgung immer besser geworden ist. 70 Prozent der 12-Jährigen haben heute ein naturgesundes Gebiss. Erwachsene und Senioren behalten ihre eigenen Zähne immer länger und verbessern damit ihre Lebensqualität.

Eine nicht überraschende Konsequenz dieses Erfolges ist aber auch, dass Parodontalerkrankungen auf dem Vormarsch sind. Denn erhaltene Zähne führen zum Beispiel mit zunehmendem Lebensalter zu einem höheren Risiko für Erkrankungen des Zahnhalteapparates. So leiden fast 40 Prozent der Senioren unter einer schweren Form von Parodontitis. Daraus ergeben sich neue Herausforderungen für die zahnärztliche Versorgung. In diesem Sinne versteht sich die DMS IV auch als wissenschaftliche Grundlage für eine gesundheitspolitische Diskussion und für zukünftige Versorgungskonzepte in der Zahnmedizin.

Dr. Dr. Jürgen Weitkamp
Präsident der Bundeszahnärztekammer

Dr. Jürgen Fedderwitz
Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

Berlin/Köln, im November 2006

Die wichtigsten Ergebnisse aus der DMS IV

Karies

1. Kariesrückgang in allen Altersgruppen: Aus der DMS IV ergibt sich, dass Kinder (12-Jährige) im Durchschnitt 0,7 Zähne mit Karieserfahrung haben. Das bedeutet, dass statistisch betrachtet 0,7 Zähne kariös, gefüllt oder aufgrund einer Karies bereits verloren gegangen sind. Bei den Jugendlichen (15-Jährige) beträgt der Wert 1,8, bei den Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) 14,5 und bei den Senioren (65- bis 74-Jährige) 22,1 Zähne. 70,1 Prozent der Kinder und 46,1 Prozent der Jugendlichen haben ein Gebiss ganz ohne Karieserfahrung.

2. Bessere Kinderzähne durch Vorsorge: Im Vergleich zur DMS III aus dem Jahr 1997 ist für die Kinder ein deutlicher Rückgang der Karieserfahrung um 58,8 Prozent (von 1,7 auf 0,7 Zähne) festzustellen. Als wesentliche Ursachen für den Rückgang hat die DMS IV regelmäßige zahnärztliche Kontrolluntersuchungen und eine Zunahme der vorsorglichen Versiegelung der Kauflächen von Backenzähnen (Fissurenversiegelung) festgestellt.

3. Unterschiedliche Betroffenheit einzelner Bevölkerungsgruppen: Obwohl die positiven Veränderungen Angehörige aller Sozialschichten betreffen, sind weiterhin große Unterschiede in der Kariesverteilung (Kariespolarisation) festzustellen. Die Polarisation hat sich seit 1997 sogar verstärkt: 10,2 Prozent der untersuchten Kinder haben eine Karieserfahrung mit mehr als zwei befallenen Zähnen und vereinigen damit 61,1 Prozent der Karieserfahrung ihrer Altersgruppe auf sich. Bei den Jugendlichen konzentrieren sich 79,2 Prozent der Karieserfahrung auf 26,8 Prozent der Untersuchten.

4. Erstmaliger Kariesrückgang bei den Erwachsenen und Senioren: Bei Erwachsenen und Senioren ist erstmalig ein Rückgang der Karieserfahrung zu verzeichnen. Seit 1997 hat sich die Karieserfahrung bei den Erwachsenen aus den alten und den neuen Bundesländern deutlich angeglichen. Wesentlich weniger Zähne mussten aufgrund von Karies extrahiert, d. h. gezogen werden. Allerdings ist in beiden Altersgruppen das Vorkommen von Wurzelkaries stark angestiegen (bei Erwachsenen um 9,7 Prozentpunkte und bei Senioren um 29,5 Prozentpunkte), da erhaltene Zähne mit zunehmendem Alter ein wachsendes Risiko für Wurzelkaries aufweisen.

5. Hoher Kariessanierungsgrad in der Bevölkerung: Der Kariessanierungsgrad, der wesentlicher Indikator der Versorgung der Bevölkerung mit zahnärztlichen Dienstleistungen ist, liegt bei den Kindern und Jugendlichen auf hohem Niveau (zwischen 78,1 Prozent und 79,8 Prozent) und bei Erwachsenen und Senioren auf außerordentlich hohem Niveau (95,6 Prozent bzw. 94,8 Prozent).

Parodontalerkrankungen

6. Deutliche Zunahme von Parodontalerkrankungen: Mittelschwere und schwere Parodontalerkrankungen haben bei Erwachsenen und Senioren seit der letzten Erhebung 1997 um 26,9 Prozent-

punkte bzw. 23,7 Prozentpunkte zugenommen. Grund für die Negativentwicklung ist der positive Umstand, dass bei diesen Altersgruppen weniger Zähne durch Karies verloren gehen, die erhaltenen Zähne aber mit zunehmendem Lebensalter ein steigendes Risiko für parodontale Erkrankungen aufweisen.

7. Betroffenheit weiter Bevölkerungsteile: Parodontalerkrankungen sind weit verbreitet. Unter den Erwachsenen leiden 52,7 Prozent unter mittelschweren und 20,5 Prozent unter schweren Formen der Parodontitis. Bei den Senioren sind 48,0 Prozent von einer mittelschweren und 39,8 Prozent von einer schweren Erkrankung betroffen.

8. Besondere Risikofaktoren: Schwere Formen der Parodontitis sind bei Männern häufiger als bei Frauen anzutreffen. Rauchen begünstigt Parodontalerkrankungen. Auch ein niedriger Bildungsstatus erhöht das Erkrankungsrisiko. In der Altersgruppe der Erwachsenen haben Raucher mit einfacher Schulbildung im Vergleich zum Durchschnitt der Altersgruppe ein um den Faktor 3,3 höheres Risiko, an einer schweren Parodontitis zu erkranken. Darüber hinaus ist ein Zusammenhang zwischen Übergewicht und dem Ausmaß einer Parodontitis festzustellen.

Zahnverlust und Zahnersatz

9. Rückläufigkeit von Zahnverlusten: Die Zahnverluste bei den Erwachsenen und Senioren sind seit 1997 deutlich zurückgegangen. Durchschnittlich fehlen einem Erwachsenen heute 2,7 Zähne. In der Erhebung von 1997 betrug der Wert noch 4,2. Bei der Seniorengruppe fehlen im Durchschnitt 14,2 Zähne gegenüber 17,6 in 1997. Die totale Zahnlosigkeit ist bei Senioren im gleichen Zeitraum von 24,8 Prozent auf 22,6 Prozent zurückgegangen. Die Zahl noch vorhandener Zähne hat sich damit bei den Erwachsenen und Senioren erstmals deutlich erhöht.

10. Trend zu hochwertiger Zahnersatzversorgung: Zahnverluste sind bei den Erwachsenen heute überwiegend durch festsitzenden Zahnersatz versorgt. Bei den Senioren überwiegen nach wie vor herausnehmbare Versorgung. Allerdings gibt es auch hier eine deutliche Tendenz zu festsitzendem Zahnersatz. Implantatgetragener Zahnersatz ist bei 1,4 Prozent der Erwachsenen (1997: 0,0 Prozent) und bei 2,6 Prozent der Senioren (1997: 0,7 Prozent) registriert worden.

Sozialmedizinische Ergebnisse

11. Positives Mundpflegeverhalten: Bei der Untersuchung der Zahnpflegegewohnheiten gaben 74,2 Prozent der Kinder, 73,4 Prozent der Jugendlichen, 72,8 Prozent der Erwachsenen und 60,6 Prozent der Senioren an, zweimal täglich die Zähne zu putzen. Mehr als zwei Drittel der Befragten in allen vier Altersgruppen sind dabei der Überzeugung, dass man selbst „sehr viel“ bzw. „viel“ tun könne, um seine Mundgesundheit zu erhalten.

12. Regelmäßiger Zahnarztbesuch: Der regelmäßige Zahnarztbesuch ist in allen Altersgruppen fester Bestandteil des Mundgesundheitsverhaltens. 76,0 Prozent der Kinder, 66,2 Prozent der Jugendlichen, 76,1 Prozent der Erwachsenen und 72,2 Prozent der Senioren gehen nach eigenen Angaben regelmäßig zur zahnärztlichen Kontrolluntersuchung. Dabei wird deutlich, dass die Zahnarztbindung außerordentlich stark ausgeprägt ist: Durchschnittlich 90 Prozent der Befragten gaben zu Protokoll, dass sie „immer zu demselben Zahnarzt“ gehen würden.

Karies

Die Verbreitung von Karies in der Bevölkerung wird nach einem international gebräuchlichen Kariesindex, dem so genannten DMFT-Index gemessen. DMFT steht für Decayed (kariös) – Missing (fehlend) – Filled (gefüllt) Teeth (Zähne). Dieser Index beschreibt die Karieserfahrung, also die Zahl der Zähne, die akut kariös sind oder aufgrund von Karies fehlen bzw. mit Füllungen versorgt sind.

Kinder und Jugendliche

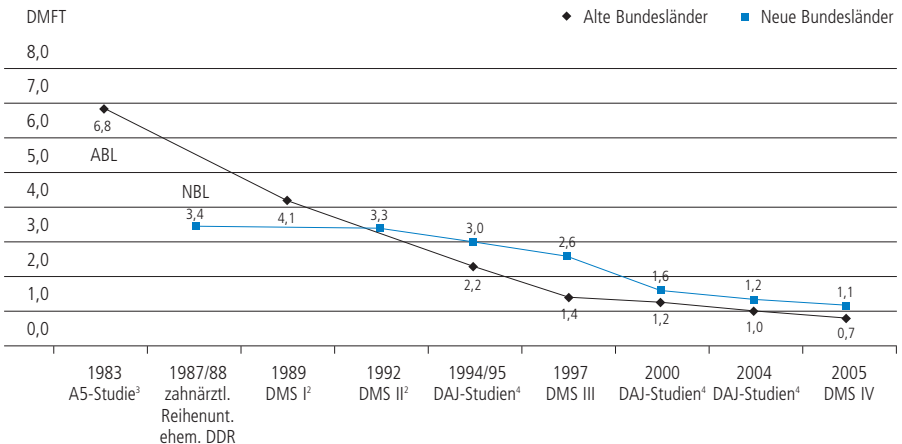
Im Vergleich zur DMS III aus dem Jahr 1997 ist bei Kindern ein deutlicher Rückgang der Karieserfahrung um 58,8 Prozent zu registrieren. 12-Jährige haben heute im Durchschnitt nur noch 0,7 Zähne mit Karieserfahrung. 1997 lag der Wert bei 1,7. 70,1 Prozent der Kinder und 46,1 Prozent der Jugendlichen haben ein völlig gesun-

des Gebiss ganz ohne Karies, Füllungen oder kariesbedingte Extraktionen.

Als Ursachen für den deutlichen Kariesrückgang hat die DMS IV regelmäßige Zahnarztbesuche und eine Ausweitung der Fissurenversiegelung (vorsorgliche Versiegelung der Kauflächen bleibender Backenzähne) im Rahmen der zahnärztlichen Individualprophylaxe identifiziert. Mindestens eine Fissurenversiegelung war bei 71,7 Prozent der Kinder und bei 74,8 Prozent der Jugendlichen vorhanden.

Die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen hat sich in allen Sozialschichten verbessert. Dennoch haben Angehörige der verschiedenen Sozialschichten weiterhin eine sehr unterschiedliche Karieserfahrung. Die Kariespolarisation (Schieflage in der Kariesverteilung) zeigt,

Entwicklung des Kariesindex (DMFT¹⁾ bei den 12-Jährigen von 1983 bis 2005

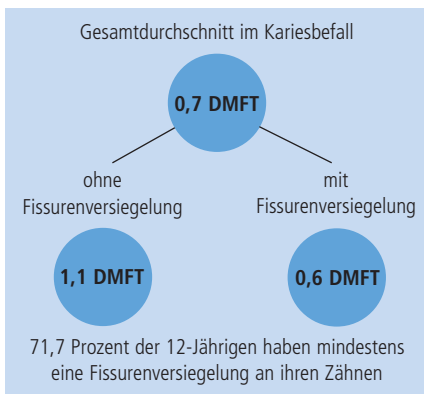


¹⁾ Decayed (kariöse), Missing (fehlende) und Filled (gefüllte) Teeth (Zähne)
²⁾ rechnerisch interpoliert, untersucht wurden die 8/9-jährigen Kinder und 13/14-jährigen Jugendlichen

³⁾ Bundesweite Patientenstudie der DGZMK von 1983
⁴⁾ Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege

dass bei 10,2 Prozent der untersuchten 12-Jährigen 61,1 Prozent der Gesamtkarieserfahrung der Altersgruppe liegt. Bei den Jugendlichen vereinigen 26,8 Prozent der untersuchten 15-Jährigen 79,2 Prozent der Karieserfahrung auf sich. Die zu den Risikogruppen gehörenden Kinder und Jugendlichen haben einen DMFT-Wert größer als Zwei. Vertiefende Analysen innerhalb der Risikogruppe der Kinder haben weitere Differenzierungen gezeigt: Das Risiko, an Karies zu erkranken, ist für Kinder mit der Merkmalskombination „Deutschland-Ost“ und „keine Fissurenversiegelung“ um den Faktor 7,2 höher als für Kinder mit der Merkmalskombination „Deutschland West“, „versiegelte Backenzähne“ und „Besuch von Gymnasium oder Realschule“.

Durchschnittliche Karieserfahrung bei den 12-Jährigen in Abhängigkeit von der Fissurenversiegelung bei der DMS IV



Der DMFT-Index sagt zunächst nichts darüber aus, ob eine unbehandelte Karies vorliegt, oder ob die Zähne saniert, also zahnmedizinisch versorgt sind. Der so genannte Kariessanierungsgrad, der wesentlicher Indikator der Versorgung der Bevölkerung mit zahnärztlichen Dienstleistungen ist, liegt aber in beiden Altersgruppen auf hohem Niveau. Er beträgt bei den Kindern 78,1 Prozent und bei den Jugendlichen 79,8 Prozent.

Erwachsene

Bei den Erwachsenen ist erstmalig ein deutlicher Rückgang der Karieserfahrung zu verzeichnen: Der Kariesindex ist von 16,1 im Jahr 1997 auf 14,5 im Jahr 2005 gefallen. Das ist vor allem darauf zurückzuführen, dass heute deutlich weniger Zähne als früher wegen Karies extrahiert werden. Allerdings ist im Gegenzug das Vorkommen von Wurzelkaries um 9,7 Prozentpunkte angestiegen. 21,5 Prozent der Erwachsenen haben mindestens eine kariöse oder gefüllte Wurzelfläche. Die Häufigkeit von Karies hat sich in den alten und neuen Bundesländern seit 1997 stark angeglichen. Das individuelle Erkrankungsrisiko wird aber auch von sozialen Faktoren beeinflusst (Seite 18: Soziale Faktoren für das Erkrankungsrisiko).

Der Kariessanierungsgrad zeigt bei den Erwachsenen ein außerordentlich hohes Niveau. Durchschnittlich 95,6 Prozent der an Karies erkrankten Zähne sind in Gesamtdeutschland versorgt.

Entwicklung des Kariesindex (DMFT) bei 35- bis 44-jährigen Erwachsenen von 1989 bis 2005

	1989 DMS I	1992 DMS II	1997 DMS III	2005 DMS IV
Alte Bundesländer	16,7	–	16,1	14,4
Neue Bundesländer	–	13,4	16,0	15,0

Entwicklung des Kariessanierungsgrades bei 35- bis 44-jährigen Erwachsenen von 1989 bis 2005

	1989 DMS I	1992 DMS II	1997 DMS III	2005 DMS IV
Alte Bundesländer	82,8 %	–	92,8 %	96,9 %
Neue Bundesländer	–	87,0 %	90,8 %	94,3 %

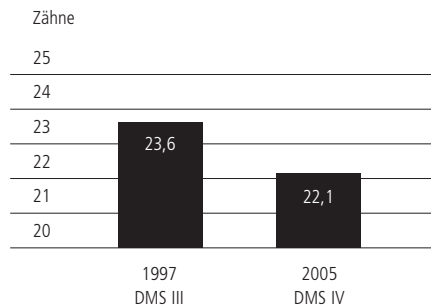
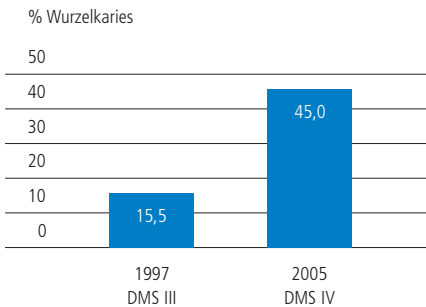
Senioren

Wie bei den Erwachsenen ist auch bei den Senioren der Kariesindex erstmalig gesunken: Während er im Jahr 1997 noch bei 23,6 lag, betrug er im Jahr 2005 22,1. Auch hier liegt die Ursache darin, dass heute deutlich weniger Zähne als früher wegen Karies extrahiert werden. Da immer mehr Zähne erhalten werden, ist

allerdings die Wurzelkaries als besondere Erkrankungsform stark um 29,5 Prozentpunkte angestiegen. Das heißt, dass 45 Prozent der untersuchten Senioren mindestens eine kariöse oder gefüllte Wurzelfläche haben.

Auch bei den Senioren zeigt der Kariessanierungsgrad ein außerordentlich hohes Niveau von 94,8 Prozent.

Entwicklung des Kariesindex (DMFT) und speziell der Wurzelkaries* bei 65- bis 74-jährigen Senioren von 1997 bis 2005



*kariöse oder gefüllte Wurzelflächen, Anteile bezogen auf die Anzahl untersuchter Personen

Erkrankungen des Zahnhalteapparates

Unter Erkrankungen des Zahnhalteapparates sind die Gingivitis (Zahnfleischentzündung) und die Parodontitis (Entzündung des Zahnhalteapparates mit Bildung von Zahnfleischtaschen und Knochenabbau) zu fassen. Parodontitis schädigt den Zahnhalteapparat und kann längerfristig zur Lockerung von Zähnen oder gar Zahnverlust führen. Der Schweregrad einer Parodontitiserkrankung wird in erster Linie mittels des sogenannten CPI-Indexes (Community Periodontal Index) gemessen. Von einer mittelschweren Parodontitis spricht man, wenn Zahnfleischtaschen von 4 bis 5 mm Tiefe vorliegen (CPI-Index Grad 3). Eine schwere Parodontitis liegt bei einer Taschentiefe von 6 mm oder mehr vor (CPI-Index Grad 4).

Jugendliche

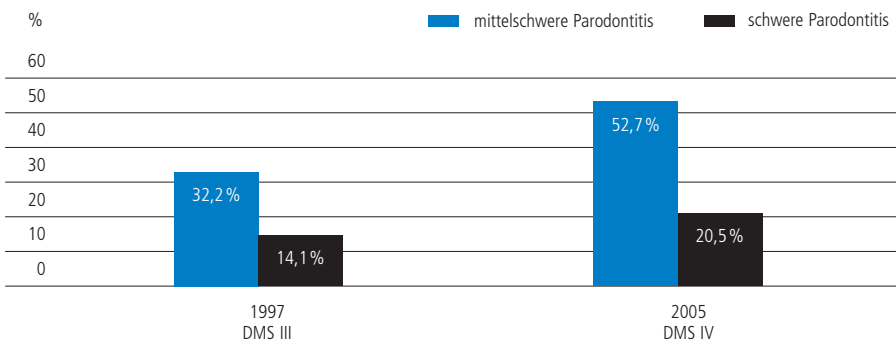
Das Risiko für Parodontalerkrankungen steigt mit dem Lebensalter. Die Erkrankungsrate ist bei Ju-

gendlichen daher deutlich niedriger als bei Erwachsenen. Gleichwohl leiden unter den 15-jährigen Jugendlichen immerhin 12,6 Prozent an einer mittelschweren und 0,8 Prozent an einer schweren Parodontitis.

Erwachsene

Unter den 35- bis 44-Jährigen ist Parodontitis bereits sehr weit verbreitet. 52,7 Prozent der Altersgruppe leiden unter einer mittelschweren und 20,5 Prozent unter einer schweren Form der Erkrankung. Das bedeutet eine deutliche Zunahme um 26,9 Prozentpunkte seit 1997. Ein Grund für die Negativentwicklung ist der an sich sehr positive Umstand, dass bei Erwachsenen heute weniger Zähne durch Karies verloren gehen, die erhaltenen Zähne aber mit zunehmendem Lebensalter ein steigendes Risiko für parodontale Erkrankungen bedeuten.

Entwicklung der mittelschweren und schweren Parodontalerkrankungen bei 35- bis 44-jährigen Erwachsenen von 1997 bis 2005



Neben dem Lebensalter sind auch andere Faktoren für das Erkrankungsrisiko ausschlaggebend. So erkranken Männer häufiger als Frauen an schwerer Parodontitis. Auch Konsumgewohnheiten und Sozialstatus beeinflussen das Risiko. Ein Raucher mit einfacher Schulbildung hat ein

um den Faktor 3,3 erhöhtes Risiko, an einer schweren Parodontitis zu erkranken. Darüber hinaus ist ein Zusammenhang zwischen Übergewicht und dem Ausmaß einer Parodontitis festzustellen, dessen Ursachen wissenschaftlich aber noch nicht hinreichend geklärt sind.

Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontitis) bei 35- bis 44-jährigen Erwachsenen

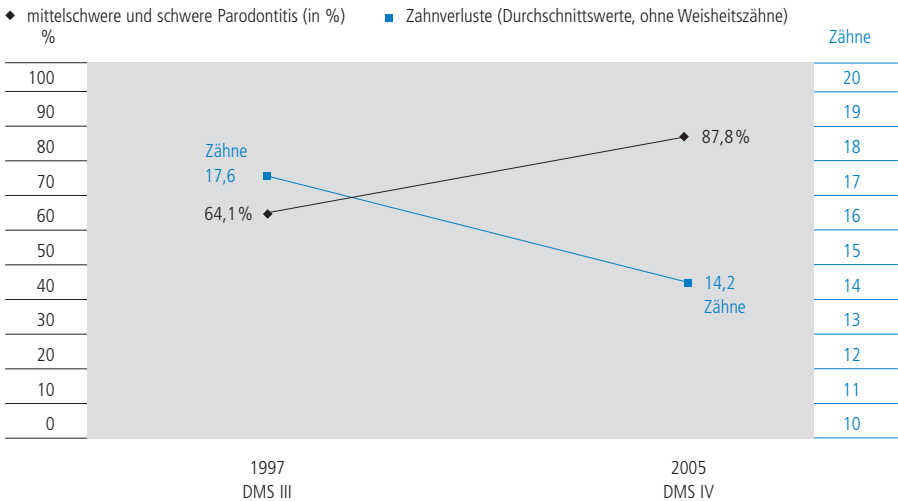
	Gesamt	Männer	Frauen	Raucher	Nichtraucher	Übergewichtige (Body-Mass-Index >25)
Mittelschwere Parodontitis	52,7%	57,2%	48,2%	53,2%	52,1%	55,4%
Schwere Parodontitis	20,5%	21,8%	19,1%	27,1%	17,1%	24,6%

Senioren

Unter den Senioren ist die Parodontitis am weitesten verbreitet. 48,0 Prozent dieser Altersgruppe sind von einer mittelschweren und 39,8 Prozent von einer schweren Ausprägung der Krank-

heit betroffen. Das entspricht einer Zunahme von 23,7 Prozentpunkten im Vergleich zur letzten Erhebung im Jahr 1997. In dieser Gruppe zeigt sich am deutlichsten der Zusammenhang zwischen dem Rückgang der Zahnverluste und der Zunahme von Parodontalerkrankungen.

Entwicklung von mittelschweren und schweren Parodontalerkrankungen sowie Zahnverlusten bei 65- bis 74-jährigen Senioren von 1997 bis 2005



Zusammenhang zwischen Anzahl eigener Zähne und Schweregrad der Parodontitis* bei den Senioren in der DMS IV

Schweregrad	Zahnzahl	Anzahl eigener Zähne im Mund		
		1 bis 9 Zähne %	10 bis 19 Zähne %	20 bis 28 Zähne %
Grad 0 - gesund		5,2	0,8	0,5
Grad 1 - Blutung		7,5	4,1	2,9
Grad 2 - Zahnstein		14,2	5,3	5,4
Grad 3 - Taschentiefe 4 bis 5 mm		42,5	50,3	48,4
Grad 4 - Taschentiefe ≥6 mm		30,6	39,5	42,8
Summe		100,0	100,0	100,0

* im CPI-Index (Maximalwert)

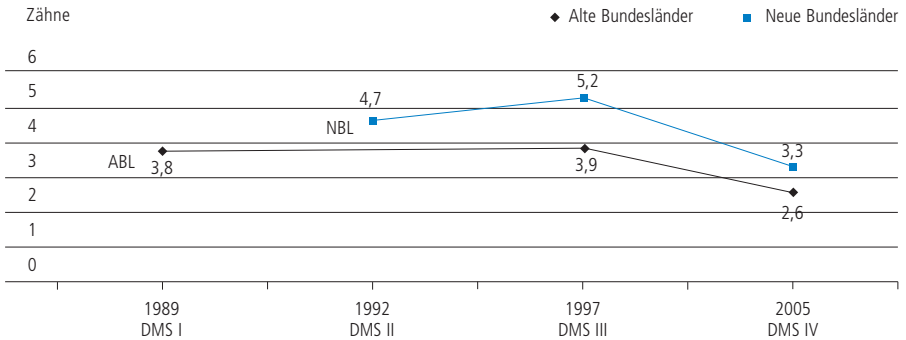
Zahnverlust und Zahnersatz

Erwachsene

35- bis 44-Jährige erleiden im Vergleich zu 1997 weniger Zahnverluste. Durchschnittlich fehlen einem Erwachsenen heute 2,7 Zähne. In der Erhebung von 1997 betrug der Wert noch 4,2. Die

Zahl noch vorhandener Zähne hat sich damit bei den Erwachsenen erstmals deutlich erhöht. Völlige Zahnlosigkeit (im Ober- und Unterkiefer) ist in der Altersgruppe bei 1 Prozent der Untersuchten festgestellt worden, die aber alle mit Zahnersatz versorgt waren.

Entwicklung der Zahnverluste bei 35- bis 44-jährigen Erwachsenen von 1989 bis 2005 (ohne Weisheitszähne)



Zahnverluste werden bei Erwachsenen heute überwiegend mit festsitzendem Zahnersatz wie Kronen, Brücken und Implantatkonstruktionen therapiert. Im Rahmen der DMS III war implantatgetragener Zahnersatz in dieser Altersgruppe noch keine statistisch messbare Größe. Im Jahr

2005 hatten bereits 1,4 Prozent der Erwachsenen wenigstens ein Implantat. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass nur 48,5 Prozent der verloren gegangenen Zähne überhaupt durch zahnprothetische Maßnahmen ersetzt worden waren.

Entwicklung der Zahnersatzversorgung (Leitversorgungen) bei Erwachsenen

	1997	2005
Anteil der Untersuchten mit		
Kronen	21,2%	33,9%
Brücken	38,1%	30,5%
Teilprothesen	9,1%	3,6%
Vollprothesen	2,1%	1,2%

Senioren

Die Zahl der durchschnittlich fehlenden Zähne ist bei Senioren von 17,6 Zähnen im Jahr 1997 auf 14,2 Zähne im Jahr 2005 gesunken. Im gleichen

Zeitraum ist die Zahl der Personen mit totaler Zahnlosigkeit von 24,8 Prozent auf 22,6 Prozent zurückgegangen. Fehlende Zähne wurden zu 88,7 Prozent prothetisch ersetzt.

Zahnverlust und totale Zahnlosigkeit bei Senioren im Vergleich von 1997 und 2005

	1997	2005
Durchschnittliche Zahl der fehlenden Zähne	17,6	14,2
Anteil der Senioren mit totaler Zahnlosigkeit	24,8%	22,6%

Nach wie vor überwiegen bei Senioren herausnehmbare Formen von Zahnersatz, also Teil- oder Vollprothesen. Allerdings gibt es auch in dieser Altersgruppe einen klaren Trend zu feststehendem Zahnersatz. Besonders auffällig ist, dass die Zahl

von Implantatversorgungen seit 1997 auf mehr als das Dreifache angestiegen ist. Während damals nur 0,7 Prozent der Untersuchten Implantatkonstruktionen trugen, waren es im Jahr 2005 bereits 2,6 Prozent.

Entwicklung der Zahnersatzversorgung (Leitversorgungen) bei 65- bis 74-jährigen Senioren

	1997	2005
Anteil der Untersuchten mit		
Kronen	4,2%	6,5%
Brücken	16,6%	29,1%
Teilprothesen	30,3%	28,1%
Vollprothesen	44,2%	30,5%

Sozialmedizinische Ergebnisse

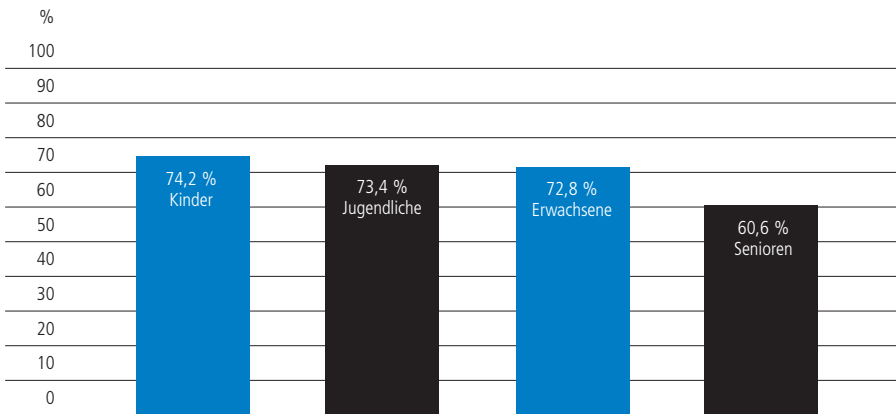
In den letzten Jahren ist ein gesteigertes Bewusstsein weiter Bevölkerungskreise für den Wert gesunder und schöner Zähne festzustellen. Entsprechend zeigt die DMS IV eine deutliche Verbesserung des Zahn- und Mundhygieneverhaltens im Vergleich zur letzten Untersuchung 1997.

Individuelle Zahnpflege

Bei der Untersuchung der Zahnpflegegewohnheiten gaben 74,2 Prozent der Kinder und 73,4 Prozent der Jugendlichen an, zweimal täglich die

Zähne zu putzen. Unter den Erwachsenen liegt der Wert bei 72,8 Prozent, in der Seniorengruppe bei 60,6 Prozent. Dabei kommen neben der Zahnbürste (manuell oder elektrisch) und der Zahnpasta vor allem zusätzlich der zuckerfreie Kaugummi (nicht bei den Senioren), das Mundwasser/Mundspüllösungen und teilweise (insbesondere in der Erwachsenenengruppe) die Zahnseide zum Einsatz. Mehr als zwei Drittel der Befragten in allen vier Altersgruppen sind dabei der Überzeugung, dass man selbst „sehr viel“ bzw. „viel“ tun könne, um seine Mundgesundheit zu erhalten.

Anteil der Befragten, die zweimal täglich Mundpflege betreiben*



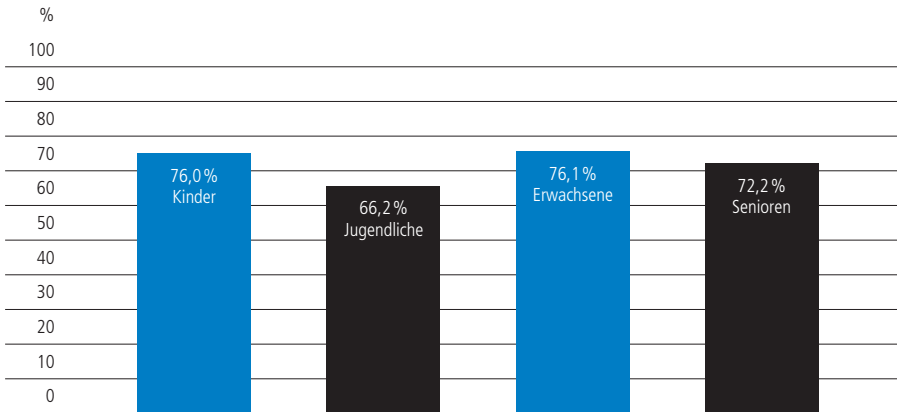
* einschließlich Prothesenreinigung

Zahnarztbesuch und Zahnarztbindung

Der regelmäßige Zahnarztbesuch (mindestens einmal pro Jahr) ist in allen Altersgruppen fester Bestandteil des Mundgesundheitsver-

haltens. 76,0 Prozent der Kinder und 66,2 Prozent der Jugendlichen gehen nach eigenen Angaben regelmäßig zur zahnärztlichen Kontrolluntersuchung. Bei den Erwachsenen sind es 76,1 und bei den Senioren 72,2 Prozent.

Anteil der Befragten, die angeben, regelmäßig* zum Zahnarzt zu gehen



* Zahnarztbesuche erfolgen mindestens einmal jährlich zur Kontrolle der eigenen Gebissituation

Dabei wird deutlich, dass die Zahnarztbindung außerordentlich stark ausgeprägt ist: Durchschnittlich 90 Prozent der Befragten gaben zu Protokoll, dass sie „immer zu demselben Zahnarzt“ gehen würden. Lediglich 7,5 Prozent der Kinder und 10,4 Prozent der Jugendlichen führten im Fragebogen aus, dass sie entweder keinen festen Zahnarzt oder überhaupt keinen Zahnarzt haben. Unter den Erwachsenen gaben dies 9,2 Prozent und bei den Senioren 6,0 Prozent an.

Mundgesundheit und Lebensqualität

Messungen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität sind heutzutage ein fester Bestandteil der medizinischen Ergebnisbetrachtung. Die Zahnmedizin konzentriert sich dabei auf die orale Lebensqualität, die das subjektive Erleben der Mundgesundheit durch den Patienten selbst beschreibt. Als international anerkanntes Erhebungsinstrument steht hier das Oral Health Impact Profile (OHIP) zur Verfügung.

Im Rahmen der DMS IV haben Erwachsene und Senioren einen Fragebogen zur oralen Lebensqualität bearbeitet. Die Auswertung hat gezeigt, dass Mundgesundheitsprobleme insgesamt nur schwach ausgeprägt sind. Am häufigsten waren die Angaben „unangenehm, bestimmte Nahrungsmittel zu essen“ und „Schmerzen im Mundbereich“. Diese Probleme wurden von vier bis fünf Prozent der Erwachsenen und Senioren mit „oft“ oder „sehr oft“ zu Protokoll gegeben.

Die DMS IV hat überdies ergeben, dass sich Personen mit unterschiedlichen Kariesschweregraden nur recht wenig und Personen mit unterschiedlichen Parodontitisschweregraden im Wesentlichen gar nicht in der Wahrnehmung ihrer oralen Lebensqualität unterscheiden. Eine deutlich andere Ergebnislage zeigt sich allerdings im Bereich der zahnprothetischen Versorgung, wo sich die OHIP-Werte sehr stark nach der Art des eingegliederten Zahnersatzes unterscheiden. Hier hat die Versorgungsform einen wesentlichen Einfluss auf die orale Lebensqualität.

Soziale Faktoren für das Erkrankungsrisiko

Von dem generellen Trend zur Verbesserung der Mundgesundheit profitieren alle Bevölkerungsgruppen, auch solche mit niedrigem Sozialstatus. Dennoch steht das individuelle Erkrankungsrisiko weiterhin in engem Zusammenhang mit der sozialen Schichtung. Die Verteilung der Zahnerkrankungen auf verschiedene Bevölkerungsgruppen weist sogar eine stärkere Polarisierung als 1997 auf: Personen mit einem niedrigeren Bildungsstatus (als Indikator sozialer Schichtzugehörigkeit) verhalten sich weniger gesundheitsorientiert und leiden in höherem Maße an Erkrankungen.

Exemplarisch läßt sich das anhand der Karies bei Kindern aufzeigen. 1997 waren 61 Prozent aller Karieserkrankungen auf rund 22 Prozent der Kinder verteilt. (Zu dieser Risikogruppe gehören alle 12-Jährigen mit mehr als zwei kariösen, gefüllten oder wegen Karies fehlenden Zähnen.) In 2005 konzentrierte sich die gleiche Karieslast auf nur noch 10,2 Prozent der Kinder. Die Risikogruppe ist also deutlich kleiner geworden, innerhalb der Risikogruppe ist das Ausmaß der Karies aber im Gegensatz zum Durchschnitt der Altersgruppe seit 1997 nicht nennenswert zurückgegangen. Die Kariespolarisierung hat sich demnach verschärft.

Karieserkrankung und -sanierung bei 12-jährigen Kindern in Abhängigkeit vom Bildungsstatus der Eltern

	Schulbildung der Eltern					
	niedrig		mittel		hoch	
	1997	2005	1997	2005	1997	2005
Kariesindex (DMFT)	1,6 Zähne	0,8 Zähne	2,0 Zähne	0,7 Zähne	1,4 Zähne	0,5 Zähne
Kariessanierungsgrad	78,6%	73,9%	80,2%	79,1%	80,5%	82,7%

Auch in der Erwachsenenengruppe wird sichtbar, dass das Risiko für Karieserkrankungen bei Personen mit niedrigem Bildungsstatus wesentlich höher ist. Noch augenfälliger zeigt sich die Polarisierung allerdings bei schweren Parodontal-

erkrankungen. Erwachsene mit niedrigem Bildungsstatus erkranken fast 2,5-mal so häufig an einer schweren Parodontitis wie solche mit hohem Bildungsstatus.

Zahnerkrankungen und Kariessanierungsgrad bei 35- bis 44-jährigen Erwachsenen in Abhängigkeit vom Bildungsstatus

	niedrig		Schulbildung mittel		hoch	
	1997	2005	1997	2005	1997	2005
Kariesindex (DMFT)	16,6 Zähne	15,6 Zähne	15,7 Zähne	15,1 Zähne	16,1 Zähne	12,9 Zähne
Kariessanierungsgrad	88,0%	93,9%	92,6%	95,4%	96,8%	96,9%
Schwere Parodontitis	10,7%	32,9%	17,3%	19,1%	13,3%	13,4%
Durchschnittliche Anzahl fehlender Zähne (ohne Weisheitszähne)	5,7	4,0	4,0	3,0	3,0	1,5

In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen wird die Abhängigkeit der Mundgesundheit von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Bildungsschicht am deutlichsten bei der Anzahl der fehlenden Zähne.

Senioren mit niedriger Schulbildung fehlen durchschnittlich 16,0 Zähne (ohne Weisheitszähne), während es bei Untersuchten mit hohem Bildungsstatus nur 8,6 Zähne sind.

Zahnerkrankungen und Kariessanierungsgrad bei 65- bis 74-jährigen Senioren in Abhängigkeit vom Bildungsstatus

	niedrig		Schulbildung mittel		hoch	
	1997	2005	1997	2005	1997	2005
Kariesindex (DMFT)	24,0 Zähne	23,0 Zähne	22,7 Zähne	20,6 Zähne	21,7 Zähne	19,3 Zähne
Kariessanierungsgrad	91,9%	94,2%	96,5%	95,3%	97,0%	96,4%
Schwere Parodontitis	23,1%	39,1%	25,4%	36,6%	30,8%	44,9%
Durchschnittliche Anzahl fehlender Zähne (ohne Weisheitszähne)	18,7	16,0	15,0	11,1	13,5	8,6

Anhang

Zur Methodik der Studie

Die DMS IV ist eine repräsentative Querschnittsstudie, für die zwischen Februar und September 2005 insgesamt 4631 Personen aus vier Altersgruppen befragt und zahnmedizinisch untersucht wurden. Die Teilnehmer wurden mittels Zufallsstichproben über die Einwohnermeldeämter ermittelt und von mobilen Teams in 90 Gemeinden der Bundesrepublik aufgesucht. Die Gruppeneinteilung in Kinder (12-Jährige), Jugendliche (15-Jährige), Erwachsene (35- bis 44-Jährige) und Senioren (65- bis 74-Jährige) entspricht den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die Gruppe der 15-Jährigen wurde erstmalig aufgenommen, um einen tieferen Einblick in die Gebissituation nach dem Zahnwechsel zu erhalten. Für die übrigen Altersgruppen war die DMS IV eine Wiederholungsuntersuchung der acht Jahre zuvor durchgeführten Dritten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS III).

Bei den Befragten handelt es sich um Personen deutscher Staatsangehörigkeit. Auf die Einbeziehung von Migranten ist aufgrund von Sprachbarrieren im Rahmen der Fragebogenbeantwortung verzichtet worden.

Für die klinische Befundung und die Befragung wurden insgesamt drei Projektteams eingesetzt, die jeweils aus einer kalibrierten Zahnärztin, einer Interviewerin und einem sog. Vorbegeher bestanden. Die Kalibrierung erfolgte zentral über 1½ Tage an einer Zahnklinik unter Anweisung durch einen zahnmedizinischen Expertenkreis (Kariologie/Parodontologie/Prothetik) zur fachlichen Begleitung der Studie.

Zahlen zum internationalen Vergleich

Internationaler Vergleich zur Karieserfahrung (DMFT-Index) bei 12-jährigen Kindern

Land	Jahr	DMFT
Australien	2000	0,8
Belgien	2001	1,1
Belize	1999	0,6
Brasilien	1996	3,1
China	1995/1996	1,0
Dänemark	2003	0,9
Deutschland (DMS IV)	2005	0,7
Estland	1998	2,7
Finnland	2000	1,2
Frankreich	1998	1,9
Griechenland	2000	2,2
Großbritannien (England und Wales)	2000–2001	0,9
Irland	2002	1,1/1,3 ¹⁾
Island	1996	1,5
Israel	2002	1,7
Italien ²⁾	2003	1,2
Japan	1999	2,4
Kroatien	1999	3,5
Kuba	1998	1,4
Lettland	2002	3,5
Litauen	2001	3,6
Niederlande (Den Haag)	2002	0,8
Norwegen	2000	1,5
Österreich	2002	1,0
Polen	2000	3,8
Portugal	1999	1,5
Russland	1985–1995	3,7
Schweden	2002	1,1
Schweiz (Kanton Zürich)	2000	0,9

Fortsetzung

Land	Jahr	DMFT
Slowenien	1998	1,8
Spanien	2000	1,1
Südafrika	1999–2002	1,1
Tschechien	2002	2,5
Ungarn	1996	3,8
USA ³⁾	1999–2002	1,8

Quelle: WHO, Global Oral Data Bank, 2006, und eigene Dateien

¹⁾ fluoridiertes Trinkwasser/nichtfluoridiertes Trinkwasser

²⁾ 11-Jährige

³⁾ 12- bis 15-Jährige

Internationaler Vergleich zur Karieserfahrung (DMFT-Index) bei 15-jährigen Jugendlichen

Land	Jahr	DMFT
Australien	2000	1,9
China	1995/1996	1,4
Dänemark	2003	2,1
Deutschland (DMS IV)	2005	1,8
Finnland	1991	3,0
Frankreich	1991	4,9
Irland	2002	2,1/3,2 ¹⁾
Island	1996	3,1
Japan	1993	6,6
Lettland	1993	8,1
Litauen	2001	5,1
Schweiz (Kanton Zürich)	2000	1,6
Slowenien	1998	4,3
Südafrika	1999–2002	1,9
Tschechien	1998	5,0
USA	1992–1994 1999–2002	2,6 1,8 ²⁾

Quelle: WHO, Global Oral Data Bank, 2006, und eigene Dateien

¹⁾ fluoridiertes Trinkwasser/nichtfluoridiertes Trinkwasser

²⁾ 12- bis 15-Jährige

Internationaler Vergleich zur Karieserfahrung (DMFT-Index) bei 35- bis 44-jährigen Erwachsenen

Land	Jahr	DMFT
Australien	1987/1988	17,3
Brasilien	1996	22,0
China	1995/1996	3,1
Dänemark	2000/2001	16,7
Deutschland (DMS IV)	2005	14,5
Frankreich (Region Rhône-Alpen)	1994	14,6
Großbritannien	1998	16,6
Israel	1994	12,1 ¹⁾
Italien	1995	9,4
Japan	1999	15,2 ²⁾ 15,6 ³⁾
Lettland	1993	18,5
Litauen	1997/1998	17,4
Österreich	2000	14,7
Polen	1993	19,3
Slowenien	1998	14,7
Spanien	1993	10,9
Ungarn	2000	15,7
USA	1988–1991	13,3

Quelle: WHO, Global Oral Data Bank, 2006, und eigene Dateien

¹⁾ Militärangehörige

²⁾ 35- bis 39-Jährige

³⁾ 40- bis 44-Jährige

Internationaler Vergleich zur Karieserfahrung (DMFT-Index) bei 65- bis 74-jährigen Senioren

Land	Jahr	DMFT
China	1995/1996	12,4
USA ¹⁾	1999–2002	17,5
Australien ²⁾	2001/2002	17,8
Deutschland (DMS IV)	2005	22,1
Frankreich ³⁾	1995	23,3
Litauen	1997/1998	23,3
Österreich	2000	23,3
Ungarn	2000	23,3
Großbritannien ²⁾	1998	23,5
Dänemark	2000/2001	24,8
Lettland	1993	24,9
Tschechien	2002	25,5
Island	1992	26,2
Italien ³⁾	1993	26,3
Schweiz	1988	27,4
Norwegen ⁴⁾	1996–1999	24,5

Quelle: WHO, Global Oral Data Bank, 2006, und eigene Dateien

¹⁾ Altersgruppe ab 60 Jahre

²⁾ Altersgruppe ab 65 Jahre

³⁾ Regionale Daten

⁴⁾ 67- bis 74-Jährige

Internationaler Vergleich zu mittelschweren und schweren Parodontalerkrankungen bei 35- bis 44-jährigen Erwachsenen

Land	mittelschwere Parodontalerkrankung (CPI 3) %	schwere Parodontalerkrankung (CPI 4) %
Australien	24	13
Belgien	34	30
Dänemark	29	6
Deutschland (DMS IV)	53	20
Finnland	29	6
Frankreich	13	10
Griechenland	20	6
Irland	13	2
Italien	36	12
Japan	48	8
Niederlande	48	7
Norwegen	57	8
Polen	19	6
Russland	54	29
Spanien	13	1
Türkei	29	6
Ungarn	22	3
USA	38	20
Vereinigtes Königreich	62	13

Quelle: WHO, Global Oral Data Bank, 2006, und eigene Dateien

Internationaler Vergleich zu mittelschweren und schweren Parodontalerkrankungen bei 65- bis 74-Jährigen Senioren

Land	mittelschwere Parodontalerkrankung (CPI 3) %	schwere Parodontalerkrankung (CPI 4) %
Dänemark	46	20
Deutschland (DMS IV)	48	40
Finnland	32	27
Frankreich	29	3
Niederlande	42	15
Spanien	20	4
Ungarn	16	3
USA	31	32
Vereinigtes Königreich	60	17

Quelle: WHO, Global Oral Data Bank, 2006, und eigene Dateien

Internationaler Vergleich zu Zahnverlust und Zahnlosigkeit bei Erwachsenen (35 bis 44 Jahre) und Senioren (65 bis 74 Jahre)

Land	Anzahl fehlender Zähne		Totale Zahnlosigkeit	
	35 bis 44 Jahre %	65 bis 74 Jahre %	35 bis 44 Jahre %	65 bis 74 Jahre %
Dänemark (2000–2001)	3,9	12,0	3,9	27,0
Deutschland/West (2005) DMS IV	2,6	13,8	0,9	22,6
Deutschland/Ost (2005) DMS IV	3,3	15,6	1,4	22,9
Deutschland gesamt (2005) DMS IV	2,7	14,2	1,0	22,6
Finnland (1978–1980; 1994–1998)	14,0	–	3,6	41,0
Frankreich (1995)	–	16,9	–	16,3
Griechenland (1998)	–	–	–	25,0 ¹⁾
Irland (1990; 1989)	6,8	–	4,1	48,3
Italien (1995; 1993)	1,5 ²⁾	18,8	–	12,8
Niederlande (1986)	4,6	13,9	3,3	65,2-65,6
Norwegen (1996–1999; 2000)	–	13,5	–	40,0 ³⁾
Österreich (2000; 1992)	2,2	18,1	–	14,9
Polen (1993; 1991)	10,9	25,4	–	35,5
Slowenien (1998)	5,2	19,2	–	16,0 ⁴⁾
Schweiz (1988; 1999)	3,7 ²⁾	17,6	–	15,0 ³⁾
USA (1999–2002; 1995–1997)	2,6 ⁶⁾	13,8	–	22,9
USA (1999–2002)	4,0 ⁷⁾	–	–	–
USA (1999–2002)	7,9 ⁸⁾	–	–	–
Vereinigtes Königreich (1998)	5,3	14,7	1,0	46,0 ⁴⁾

Quelle: WHO, Global Oral Data Bank, 2006, und eigene Dateien

¹⁾ 65-Jährige

²⁾ 30- bis 39-Jährige

³⁾ 67- bis 74-Jährige

⁴⁾ 65-Jährige und Ältere

⁵⁾ 70- bis 79-Jährige

⁶⁾ 30- bis 34-Jährige

⁷⁾ 35- bis 39-Jährige

⁸⁾ 40- bis 44-Jährige

Über das IDZ und die Autoren

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) ist eine gemeinsame Forschungseinrichtung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV). Seine Arbeitsschwerpunkte liegen in der sozial-epidemiologischen und gesundheitsökonomischen Forschung und in der wissenschaftlichen Beratung der Trägerorganisationen.

Institut der Deutschen Zahnärzte
Universitätsstr. 73, 50931 Köln
www.idz-koeln.de

An der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV) haben folgende Autoren mitgewirkt:

Professor Dr. med. dent. Thomas Hoffmann
Abteilung Parodontologie des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Technischen Universität Dresden

Privatdozent Dr. med. dent. Mike John, MPH, PhD
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde – Klinische Prothetik
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Leipzig

Professor Dr. med. dent. Thomas Kerschbaum
Abteilung Vorklinische Zahnheilkunde des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität zu Köln

Dr. disc. pol. Wolfgang Micheelis, Dipl.-Sozw.
Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Köln

Dr. phil. Peter Potthoff, Dipl.-Psych.
TNS Healthcare Gesundheitsforschung, München

Professor Dr. med. dent. Elmar Reich
Niedergelassener Zahnarzt in eigener Praxis,
Biberach a. d. Riss

Ursula Reis, Dipl.-Pol.
TNS Healthcare Gesundheitsforschung, München

Florian Reiter, M.A.
TNS Healthcare Gesundheitsforschung, München

Professor Dr. med. dent. Ulrich Schiffner
Poliklinik für Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Universität Hamburg

Ernst Schroeder, Dipl.-Vw., Dipl.-Ing.
TNS Healthcare Gesundheitsforschung, München

Abkürzungen/Glossar

CPI

Community Periodontal Index. Ein von der Weltgesundheitsorganisation für epidemiologische Reihenuntersuchungen empfohlener Index zur Feststellung von Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Gingivitis, Parodontitis). Der in europäischen Zahnarztpraxen gebräuchliche sog. Parodontale Screening Index (PSI) entspricht inhaltlich dem CPI und dient dem Zahnarzt zur Früherkennung von Parodontitis bei seinen Patienten.

DMFT-Index

International gebräuchlicher Index zur Feststellung des Kariesbefalls der Bevölkerung. Der Index gibt die Summe der kariösen (D = **D**ecayed), fehlenden (M = **M**issing) und gefüllten (F = **F**illed) Zähne (T = **T**eeth) pro Person an. Der maximal mögliche Wert des Indexes ist 28, da Weisheitszähne üblicherweise nicht berücksichtigt werden. Frühformen des Kariesgeschehens werden beim DMFT-Index in internationalen Vergleichen nicht mitgezählt, da bei diesem Stadium eine Ausheilung noch möglich ist.

DMS-Studien

Deutsche Mundgesundheitsstudien des Instituts der Deutschen Zahnärzte im Auftrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Bundeszahnärztekammer. Werden seit 1989 regelmäßig durchgeführt: DMS I (1989), DMS II (1992), DMS III (1997).

Fissurenversiegelung

Prophylaktische Maßnahme, um die Zähne vor Karies zu schützen. Tiefe Rillen (Fissuren) oder Grübchen in den Kauflächen erhalten einen dünnen Kunststoffüberzug, der das Eindringen von Bakterien und damit die Entstehung von Karies verhindert. Wegen ihrer effektiven Wirkung gehört die Fissurenversiegelung von Backenzähnen bei Kindern und Jugendlichen zu den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Karieserfahrung

Bezieht sich auf Zähne, die von Karies betroffen sind. Dabei ist unerheblich, in welchem Stadium sich die Karies befindet: ob sie am Entwicklungsanfang steht oder schon tiefer in den Zahn eingedrungen ist, ob sie bereits zahnärztlich behandelt wurde (Zähne z. B. mit Füllungen versehen) oder ob sie soweit fortgeschritten ist, dass Wurzelkanalbehandlungen notwendig waren oder die Zähne sogar gezogen werden mussten. Im Rahmen der DMS-Studien wurde untersucht, wie viele Zähne pro Patient Karieserfahrung hatten.

Kariesindex:

Siehe DMFT-Index

Kariespolarisation

Kariespolarisation/Kariespolarisierung – statistische Bezeichnung für ein spezielles Verteilungsmuster des Kariesbefalls in einer Bevölkerungsgruppe. Gemeint ist hier eine so genannte Schiefelage in der Verteilung, bei der wenige Personen eine überdurchschnittliche Menge der beobachteten Karieswerte auf sich vereinigen.

Kariessanierungsgrad

Errechnet sich aus dem Verhältnis der gefüllten Zähne zur Gesamtzahl der kariösen plus gefüllten Zähne. Der in Prozent ausgedrückte Wert gibt Aufschluss darüber, wie hoch der Anteil der erkrankten Zähne ist, der bereits zahnmedizinisch versorgt wurde.

Leitversorgung

Da die im Rahmen der DMS IV untersuchten Personen teilweise mit mehreren unterschiedliche Zahnersatzarten versorgt waren, wurden die erhobenen zahnprothetischen Befunde für die statistische Auswertung nach dem Gesichtspunkt von Leitversorgungen abgegrenzt. Jedem Probanden, der Zahnersatz aufwies, wurde dazu eine der folgenden Leitversorgungen zugewiesen:

- Leitversorgung Krone: Der Proband weist mindestens eine Kronenversorgung auf. Es können (unversorgte) Lücken bestehen, Implantate, Brücken oder Prothesen sind aber noch nicht vorhanden.
- Leitversorgung Brücke: Es ist bereits mindestens eine Brücke eingegliedert (festsitzende Versorgung). Krone(n), Implantat(e), Lücke(n) sind möglich, aber keine herausnehmbare Teilprothese oder Totalprothese.
- Leitversorgung Teilprothese: Der Proband hat eine herausnehmbare Teilprothese in mindestens einem Kiefer. Krone(n), Implantat(e), Lücke(n) sind möglich, aber keine Totalprothese.
- Leitversorgung Vollprothese: Der Proband trägt eine Totalprothese in mindestens einem Kiefer. Krone(n), Implantat(e), Lücke(n), herausnehmbare Teilprothese sind möglich.

Parodontalerkrankung

Sammelbezeichnung für alle Krankheiten des Zahnhalteapparates (Parodontium). Im Rahmen der DMS-Studien wurden die zwei Haupterkrankungen des Parodontiums ausgewertet: Zahnfleischentzündung (Gingivitis) und die sich daraus entwickelnde entzündliche Zerstörung des Zahnhalteapparates (Parodontitis). Im Unterschied zur Gingivitis löst sich bei der Parodontitis das Zahnfleisch vom Zahn ab und es bildet sich eine Zahnfleischtasche, die im ungünstigsten Fall zum Verlust des Zahnes führen kann.

Wurzelkaries

Kariesbefall der Zahnwurzeln. Kann nur entstehen, wenn die Zahnwurzeloberflächen frei liegen, sich also Zahnfleisch zurückgebildet hat. Längere Lebenserwartung und zunehmend langfristiger Zahnerhalt gehen häufig einher mit Veränderungen im Zahnfleischbereich und erhöhen so das Risiko, an einer Wurzelkaries zu erkranken.

Impressum:

Herausgeber:

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
Bundeszahnärztekammer

Redaktion:

Dr. Reiner Kern (KZBV)
Jette Krämer (BZÄK)
Dr. Wolfgang Micheelis (IDZ)

Layout:

Reiner Wolfgardt, Köln

Druck:

Druckhaus Boeken, Leverkusen, 2006

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Universitätsstraße 73, 50931 Köln

Telefon 0221-4001-0

www.kzbv.de

Bundeszahnärztekammer

Chausseestraße 13, 10115 Berlin

Telefon 030-40005-0

www.bzaek.de