



Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) – Kurzfassung

**Institut der Deutschen Zahnärzte
im Auftrag von Bundeszahnärztekammer
und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung**

Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) – Kurzfassung

**Institut der Deutschen Zahnärzte
im Auftrag von Bundeszahnärztekammer
und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung**



4	Vorwort	
6	DMS V kompakt	Ergebnisse im Fokus
8	Karies	Gesündere Zähne in allen Altersgruppen
14	Parodontalerkrankungen	Weiterer Handlungsbedarf
18	Zahnverluste und prothetische Versorgung	Zahnlosigkeit halbiert – Trend zu festsitzendem Zahnersatz
21	Menschen mit Pflegebedarf	Besondere Herausforderung für die zahnmedizinische Versorgung
24	Mundgesundheitsverhalten	Eigenverantwortung für gesunde Zähne unverzichtbar
27	Morbiditätskompression	Munderkrankungen verschieben sich immer mehr in das höhere Alter
30	Vergleiche	Deutschland weltweit in Spitzenpositionen
33	Vergleiche	Angleichung der Mundgesundheit in Ost- und Westdeutschland
36	Anhang	
36	Über die Methodik der Studie	
37	Autoren	
38	Über das IDZ	
39	Glossar und Abkürzungsverzeichnis	
44	Impressum	

Vorwort

Wie steht es um die Mundgesundheit in Deutschland? Wie entwickeln sich Karies und Parodontalerkrankungen? Zeigen sich Erfolge bisheriger Therapiekonzepte? Welche Einflüsse haben soziale Faktoren? Seit der ersten deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS I) im Jahr 1989 erforscht das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) im Auftrag von Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) die Mundgesundheit der Bevölkerung. In der mittlerweile fünften Auflage der DMS-Studien hat das IDZ von Oktober 2013 bis Juli 2014 in insgesamt 90 Untersuchungsgemeinden etwa 4.600 Menschen aus allen sozialen Schichten und Altersgruppen in einer repräsentativen Erhebung befragt und zahnmedizinisch-klinisch untersucht. Die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) ist damit die größte repräsentative Erhebung ihrer Art in Deutschland.

Seit fast 25 Jahren liefern die Deutschen Mundgesundheitsstudien regelmäßig wichtige Erkenntnisse für und über die zahnmedizinische Versorgung. Zugleich ist sie eine solide Datenbasis für evidenzbasierte Grundsatzenscheidungen in der gesundheitspolitischen Diskussion und für die Gestaltung künftiger Versorgungskonzepte.

Die vorliegende Broschüre fasst die zentralen Ergebnisse und die wichtigsten Aussagen der mehr als 600 Seiten umfassenden Studie zusammen. Erfreulich ist, dass sich die Zahn- und Mundgesundheit der Bevölkerung in allen Bereichen und über alle sozialen Schichten hinweg noch einmal verbessert hat, was für die zahnärztliche Prävention spricht. Auch im internationalen Vergleich ist die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland vorbildlich: Kinder freuen sich hierzulande über die gesündesten Zähne und deutsche Senioren leiden nur noch selten unter völliger Zahnlosigkeit – ein Ergebnis von verstärkter Prophylaxe, Aufklärung und verbesserter Mundhygiene. Die Prävalenz schwerer Parodontalerkrankungen hat sich zwischen 2005 (DMS IV) und 2014 (DMS V) praktisch

halbiert. Prognostisch ist jedoch aufgrund des demografischen Wandels zu vermuten, dass der Behandlungsbedarf künftig steigt.

Mit diesen und anderen Ergebnissen geht aber auch eine wichtige Erkenntnis einher: Infolge der demografischen Entwicklung verlagern sich Zahnerkrankungen ins hohe Alter und dabei hauptsächlich auf Menschen mit Pflegebedarf. Diese Verlagerung bringt unweigerlich neue Herausforderungen für zahnärztliche Therapie- und Versorgungskonzepte mit sich.



Dr. Peter Engel
Präsident der Bundeszahnärztekammer

Zugleich bestätigt diese Einsicht den bereits vor Jahren eingeschlagenen Weg der Zahnärzteschaft in diesen Bereichen. Der Berufsstand ist aufgefordert, sich weiter mit Nachdruck dem politischen, gesellschaftlichen und fachlichen Diskurs im Bereich der Pflege und Betreuung zu stellen. Nur so werden wir unserem Anspruch gerecht, die Mundgesundheit aller Menschen über den gesamten Lebensbogen hinweg zu fördern und zu verbessern.

Berlin/Köln, im August 2016



Dr. Wolfgang Eßer
*Vorsitzender des Vorstandes der
Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung*

DMS V kompakt

Ergebnisse im Fokus

Karies

- Acht von zehn der 12-jährigen Kinder (81 Prozent) sind heute kariesfrei. Die Zahl der kariesfreien Gebisse hat sich in den Jahren von 1997 bis 2014 verdoppelt.
- Bei den jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) ist die Anzahl der Zähne mit Karieserfahrung seit 1997 um 30 Prozent zurückgegangen (4,9 Zähne).
- Nur noch halb so viele jüngere Erwachsene (35- bis 44-Jährige) weisen im Vergleich zum Jahr 1997 noch eine Karieserkrankung der Zahnwurzel auf.

Parodontalerkrankungen

- Die schweren Parodontalerkrankungen haben sich bei den jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) halbiert.
- Bei den jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) gibt es einen rückläufigen Trend bei der Parodontitis trotz mehr erhaltener Zähne.
- Insgesamt steigt der Behandlungsbedarf bei der Parodontitis aufgrund der demografischen Entwicklung prognostisch an.

Zahnverluste und prothetische Versorgung

- Heute ist nur noch jeder achte jüngere Senior (65- bis 74-Jährige) zahnlos, im Jahr 1997 war es noch jeder vierte.
- Jüngere Senioren (65- bis 74-Jährige) besitzen im Durchschnitt fünf eigene Zähne mehr als noch im Jahr 1997.
- Weil immer mehr jüngere Senioren (65- bis 74-Jährige) ihre eigenen Zähne länger behalten, besteht für Zahnärztinnen und Zahnärzte häufiger die Möglichkeit, festsitzenden Zahnersatz zu verankern.

Menschen mit Pflegebedarf

- Ältere Menschen mit Pflegebedarf haben eine höhere Karieserfahrung, weniger eigene Zähne und häufiger herausnehmbaren Zahnersatz als die gesamte Altersgruppe der älteren Senioren (75- bis 100-Jährige).
- Knapp 30 Prozent der Menschen mit Pflegebedarf sind nicht mehr selbst in der Lage, ihre Zähne und Zahnprothesen eigenständig zu reinigen und zu pflegen. Sie benötigen Unterstützung bei der

täglichen Mundhygiene. Mit zunehmendem Pflegebedarf steigt dieser Anteil deutlich an.

- 60 Prozent der Menschen mit Pflegebedarf sind nicht mehr in der Lage, einen Zahnarzttermin zu organisieren und dann die Praxis auch aufzusuchen.

Mundgesundheitsverhalten

- Jedes zweite Kind (45 Prozent) und jeder dritte Erwachsene (31 Prozent) kennen die Empfehlungen zur Zahnpflege und geben ein gutes Zahnputzverhalten an.
- Im Vergleich zum Jahr 1997 geben dreimal mehr jüngere Senioren (65- bis 74-Jährige) an, eine gute Mundhygiene zu haben.

Morbiditätskompression

- Krankheitslasten verschieben sich in das höhere Lebensalter: Ältere Senioren (75- bis 100-Jährige) haben im Jahr 2014 einen Mundgesundheitszustand wie die jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) im Jahr 2005.

- Das bedeutet gleichzeitig mehr mundgesunde Lebensjahre: Jüngere Senioren (65- bis 74-Jährige) haben im Jahr 2014 eine bessere Mundgesundheit als ihre Altersgruppe im Jahr 2005.

Vergleiche

- Deutschland erreicht bei der Mundgesundheit in den Bereichen Karieserfahrung, Parodontitis und völlige Zahnlosigkeit im internationalen Vergleich Spitzenpositionen.
- Die Mundgesundheit sowohl von Kindern (12-Jährige) als auch jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) hat sich in Ost- und Westdeutschland in den vergangenen 25 Jahren angeglichen.

Karies

Gesündere Zähne in allen Altersgruppen

Karies ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen. Nach einem Ranking der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu den Behandlungskosten für chronische Erkrankungen steht die Karies weltweit an vierter Stelle. Die Verbreitung von Karies in der Bevölkerung wird nach dem international gebräuchlichen DMFT-Index gemessen. DMFT steht für die Anzahl der kariösen (Decayed), fehlenden (Missing) und gefüllten (Filled) Zähne (Teeth). Der Index beschreibt das Ausmaß der sogenannten Karieserfahrung, in dem akut kariös erkrankte Zähne und die möglichen Folgen (Zahnfüllungen, Zahnverluste) zusammengefasst werden.

Die Ergebnisse der DMS V zeigen – vom Kindesalter an bis zu den mobilen Senioren – eindrucksvoll die Erfolge eines grundlegenden Paradigmenwechsels („vorsorgen statt versorgen“) in der zahnmedizinischen Gesundheitsversorgung in Deutschland. Demnach konnte die Karieslast in der Bevölkerung zudem über alle sozialen Schichten hinweg gesenkt werden. Die Zahnärzteschaft hat damit einen wichtigen Grundstein gelegt, um mit Vorsorge möglichst alle sozialen Milieus zu erreichen. Insbesondere die gestie-

gene Zahl der gesunden, eigenen Zähne verdeutlicht diese Entwicklung und bringt einen Gewinn an Lebensqualität für alle Bevölkerungsgruppen mit sich.

Kinder

Die Mundgesundheit von Kindern hat sich im Vergleich zur DMS IV (2005) noch einmal weiter verbessert. Acht von zehn 12-jährigen Kindern (81,3 Prozent) sind heute vollkommen kariesfrei. Die Zahl der kariesfreien Gebisse hat sich damit in den Jahren 1997 bis 2014 praktisch verdoppelt. Die durchschnittliche Karieserfahrung beträgt in dieser Altersgruppe 0,5 DMFT-Zähne. Damit steht Deutschland an der Weltspitze.

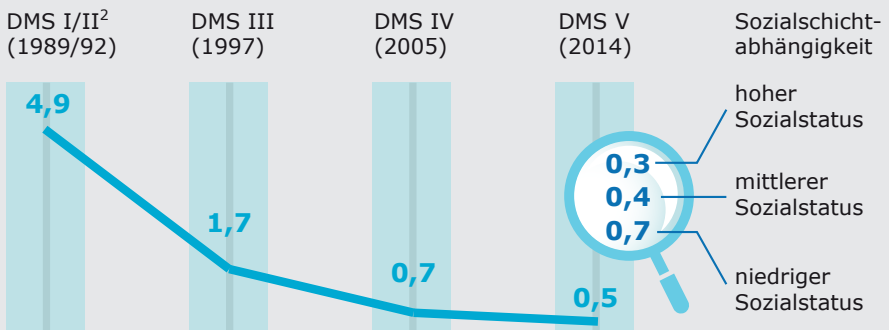
Als Ursachen für den weiteren Kariesrückgang können regelmäßige, kontrollorientierte Besuche in Zahnarztpraxen und die Versiegelung der Backenzähne ausgemacht werden: 70,3 Prozent der 12-Jährigen in Deutschland weisen Fissurenversiegelungen auf und Kinder ohne Fissurenversiegelungen haben eine dreifach erhöhte Karieserfahrung (0,3 vs. 0,9 DMFT-Zähne).

Besonders erfreulich ist, dass die Entwicklung über alle sozialen Schichten hinweg

positiv verläuft. Auch Kinder mit einem vergleichsweise niedrigen Sozialstatus haben heute wesentlich gesündere Zähne als noch vor 20 Jahren. Die Zahnmedizin zeigt damit beispielhaft, dass Prävention, die früh greift, gesundheitliche Ungleichheiten reduzieren kann. Die engmaschige Gruppen- und Individualprophylaxe erfasst auch benachteiligte

Kinder und andere Risikogruppen. Flächendeckende, früh einsetzende Präventionsmaßnahmen, solidarisch finanziert durch die gesetzlichen Krankenkassen, zahlen sich für alle Menschen aus, unabhängig von sozialen Schichten. Dennoch haben Angehörige der verschiedenen Sozialschichten weiterhin eine sehr unterschiedliche Karieserfahrung. Die

Entwicklung der Karieserfahrung (DMFT)¹ bei Kindern



¹ DMFT: Anzahl der kariösen (Decayed), fehlenden (Missing) und gefüllten (Filled) Zähne (Teeth)

² 13-/14-Jährige

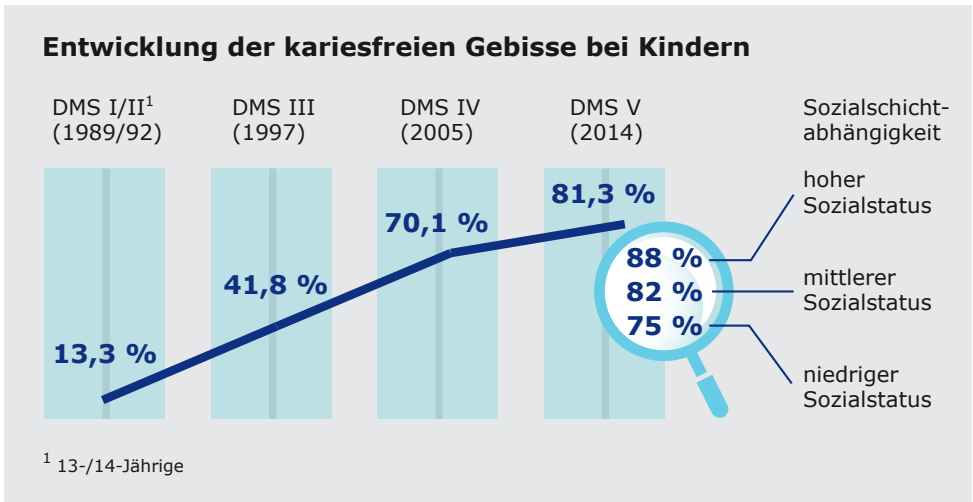
Sinkende Karieserfahrung bei Kindern (12-Jährige): Sozialschichtabhängigkeit der Karieserfahrung, aber alle sozialen Schichten haben von der Prävention profitiert

Kariespolarisation (Schieflage der Kariesverteilung) zeigt, dass das Drittel mit der höchsten Karieserfahrung dreimal mehr erkrankte Zähne aufweist (1,4 DMFT-Zähne).

Jüngere Erwachsene

Auch bei den jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) zeigen sich die positiven Effekte

der zahnärztlichen Prävention. In der DMS IV aus dem Jahr 2005 wurde bei dieser Altersgruppe erstmalig ein Rückgang der Karieserfahrung festgestellt. Dieser Trend hat sich nun verstärkt, sodass heute durchschnittlich 11,2 Zähne eine Karieserfahrung aufweisen. Im Jahr 1997 (DMS III) waren dies noch 16,1 Zähne. Außerdem hat sich der Anteil



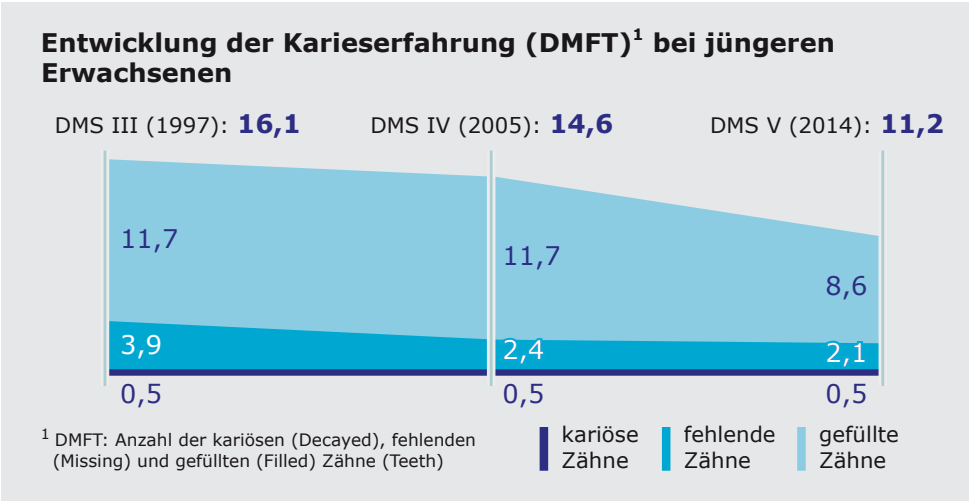
Zunahme kariesfreier Gebisse bei Kindern (12-Jährige): Sozialschichtabhängigkeit der Karieserfahrung, aber alle sozialen Schichten haben von der Prävention profitiert

der kariesfreien jüngeren Erwachsenen seit 1997 verdreifacht.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass diese jetzt untersuchte Altersgruppe erstmalig in ihrer Kindheit und im Jugendalter nachhaltig in die Gruppen- und Individualprophylaxe eingebunden war. Dabei ist bemerkenswert, dass der Rückgang

bei der Karieslast sowohl durch weniger Füllungen als auch durch einen Rückgang von Zahnverlusten bedingt ist.

Der Kariessanierungsgrad zeigt bei jüngeren Erwachsenen ein außerordentlich hohes Niveau. Durchschnittlich 93,7 Prozent der an Karies erkrankten Zähne sind in Deutschland zahnmedizinisch versorgt. Damit verfügen



Sinkende Karieserfahrung bei jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige)

die jüngeren Erwachsenen über 23,6 primär gesunde oder restaurierte, funktionstüchtige eigene Zähne.

Die Erhebungen zur Mundgesundheit der jüngeren Erwachsenen belegen zudem, dass die Prävention alle sozialen Schichten erreicht. Die 35- bis 44-Jährigen haben heute über alle Schichten hinweg eine deutlich geringere Karieserfahrung.

Erfreulich ist darüber hinaus, dass die Karieserkrankungen der Zahnwurzel um die Hälfte zurückgegangen sind – von 22,1 Prozent der Altersgruppe im Jahr 1997 (DMS III) auf 11,8 Prozent.

Jüngere Senioren

Wie in den anderen Altersgruppen verstetigt sich der Kariesrückgang auch bei den jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige): Während der Kariesindex im Jahr 1997 noch bei 23,6 Zähnen lag, beträgt er nun 17,7 Zähne. Hier liegt die Ursache vor allem darin, dass heute deutlich weniger Zähne wegen Karies verloren gehen und somit die zahnerhaltenden professionellen Maßnahmen greifen: In den Jahren 1997 bis 2014 ist eine deutliche Zunahme eigener Zähne um mehr als sechs Zähne zu verzeichnen. Diese Steigerung der Mundgesundheit kann über alle sozialen Schichten hinweg festgestellt werden.

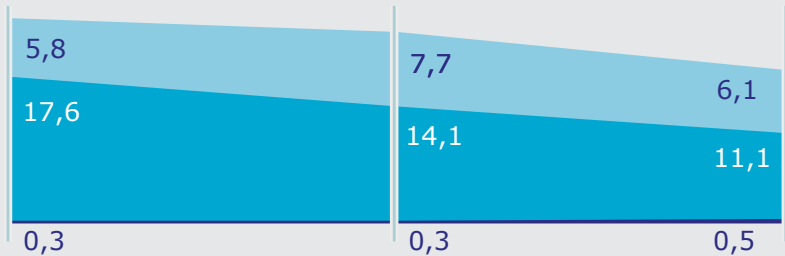
Bei den jüngeren Senioren zeigt sich ebenfalls ein sehr hoher Kariessanierungsgrad von 90,6 Prozent. Sie verfügen über 16,4 primär gesunde oder restaurierte eigene Zähne. Trotz mehr erhaltener Zähne ist der Anteil in der Bevölkerung mit einer Wurzelkaries im Vergleich zur DMS IV (2005) wieder stark rückläufig und liegt nun bei 28,0 Prozent.

Entwicklung der Karieserfahrung (DMFT)¹ bei jüngeren Senioren

DMS III (1997): **23,6**

DMS IV (2005): **22,1**

DMS V (2014): **17,7**



¹ DMFT: Anzahl der kariösen (Decayed), fehlenden (Missing) und gefüllten (Filled) Zähne (Teeth)

■ kariöse Zähne ■ fehlende Zähne ■ gefüllte Zähne

Sinkende Karieserfahrung bei jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige)

Parodontalerkrankungen

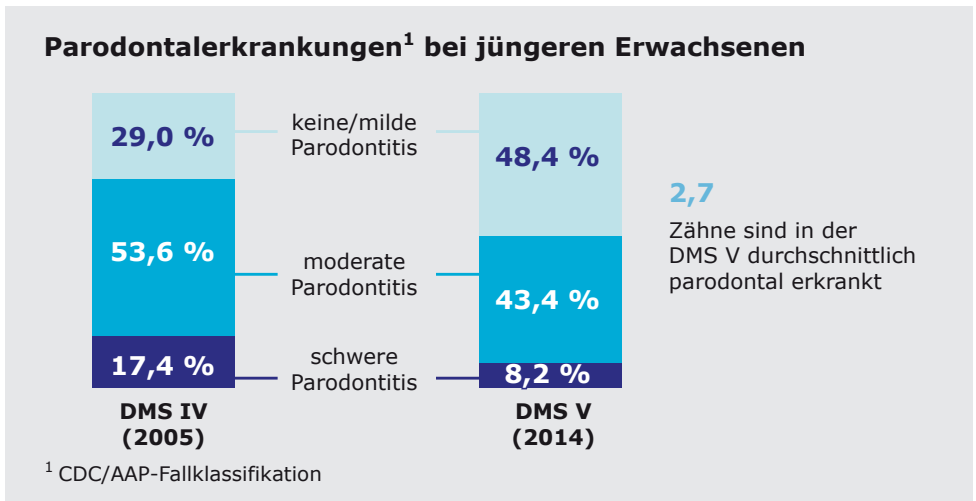
Weiterer Handlungsbedarf

Ein besonders erfreuliches Ergebnis der DMS V: Die Zahl der Menschen mit Parodontalerkrankungen nimmt in Deutschland ab. Mithilfe eines neuen methodischen Messverfahrens kann auf der anderen Seite die tatsächliche Krankheitslast in der Bevölkerung besser abgeschätzt werden. Für die Zukunft ist aufgrund der demografischen Entwicklung und der Verlagerung chronischer Mund-

erkrankungen in ein höheres Lebensalter ein steigender Behandlungsbedarf zu prognostizieren.

Jüngere Erwachsene

Der Anteil der 35- bis 44-Jährigen mit schwerer Parodontitis hat sich seit dem Jahr 2005 halbiert (DMS IV: 17,4 Prozent; DMS V: 8,2 Prozent). Auch das Ausmaß der Erkrankungen

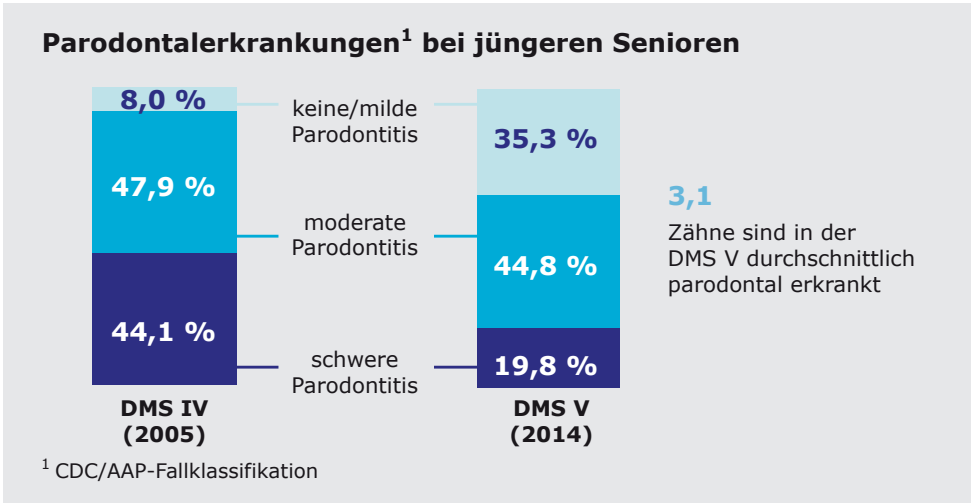


Schwere Parodontalerkrankungen bei jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) halbiert

(Anzahl der betroffenen Zähne) ist bei den jüngeren Erwachsenen leicht rückläufig. Dennoch ist jeder zweite jüngere Erwachsene (52 Prozent) von einer parodontalen Erkrankung betroffen, davon weisen 43,4 Prozent eine moderate Parodontitis und rund jeder Zehnte eine schwere Parodontitis auf.

Senioren

Obwohl ältere Menschen immer länger eigene Zähne haben, ergibt sich ein deutlich rückläufiger Trend beim Auftreten der schweren Parodontitis in der Gruppe der 65- bis 74-Jährigen (DMS IV: 44,1 Prozent; DMS V: 19,8 Prozent). Zudem geht auch bei den jüngeren Senioren das Ausmaß der moderaten und schweren Parodontalerkrankungen



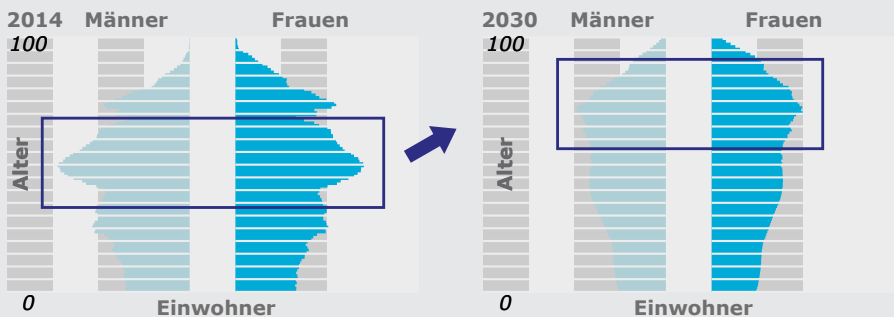
Schwere Parodontalerkrankungen bei jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) halbiert

zurück. Dennoch weist jeder zweite jüngere Senior (65 Prozent) eine parodontale Erkrankung auf. Insgesamt hat fast jeder Zweite in dieser Altersgruppe eine moderate (44,8 Prozent) und jeder Fünfte eine schwere Parodontitis.

Bei den älteren Senioren – also den 75- bis 100-Jährigen – verstärkt sich dieser Trend. Hier weisen sogar neun von zehn Menschen eine moderate bzw. schwere Parodontitis auf.

Die nach aktuellen, internationalen Empfehlungen in der DMSV durchgeführten Untersuchungen zur Parodontitis legen nahe,

Prognostizierter parodontaler Behandlungsbedarf durch demografischen Wandel



Parodontalerkrankungen sind altersassoziiert. Moderate und schwere Parodontalerkrankungen bei jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) heute: 51,6 Prozent und bei jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) heute: 64,6 Prozent. Im Jahr 2030 wird der Großteil der Bevölkerung Senioren sein. Trotz abnehmender Prävalenzen ist daher derzeit mit einer Zunahme des parodontalen Behandlungsbedarfs zu rechnen.

dass die Erkrankung in der Bevölkerung sogar eher weiter verbreitet ist, als bislang angenommen: Demzufolge ist davon auszugehen, dass die bisherigen Schätzungen zur parodontalen Erkrankungslast in der Bevölkerung – methodisch bedingt – eher auf zu niedrigen Werten basiert haben.

Prävention von Parodontitis

Die Ergebnisse der DMS V legen des Weiteren nahe, dass sich präventive Maßnahmen positiv auf parodontale Erkrankungen auswirken können. Demnach sind Menschen, die regelmäßig Präventionsangebote in der Zahnarztpraxis in Anspruch nehmen, seltener von Parodontitis betroffen. Bei diesen Patienten sind die Parodontalerkrankungen zugleich auch weniger schwer. Dabei kommt der Reinigung der Zahnzwischenräume eine positive präventive Bedeutung zu.

Um der grundsätzlich hohen Erkrankungslast von Parodontalerkrankungen in der Bevölkerung entgegenzuwirken, bedarf es Maßnahmen der primären und besonders der sekundären Prävention, die in der gesamten Breite der Bevölkerung verstärkt eingesetzt werden. Neben der kontrollorientierten Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienstleistungen ist die Professionelle Zahnreinigung (PZR) eine seit Jahren bewährte präventive Maßnahme. Für die Zahnärzteschaft gilt es nun, ein zeitgemäßes, dem Stand der Wissenschaft entsprechendes Therapiekonzept zu entwickeln und in der Versorgung umzusetzen. Für die nachhaltige Sicherung von Behandlungserfolgen ist in diesem Zusammenhang unter anderem eine Unterstützende Parodontitistherapie (UPT) unverzichtbar.

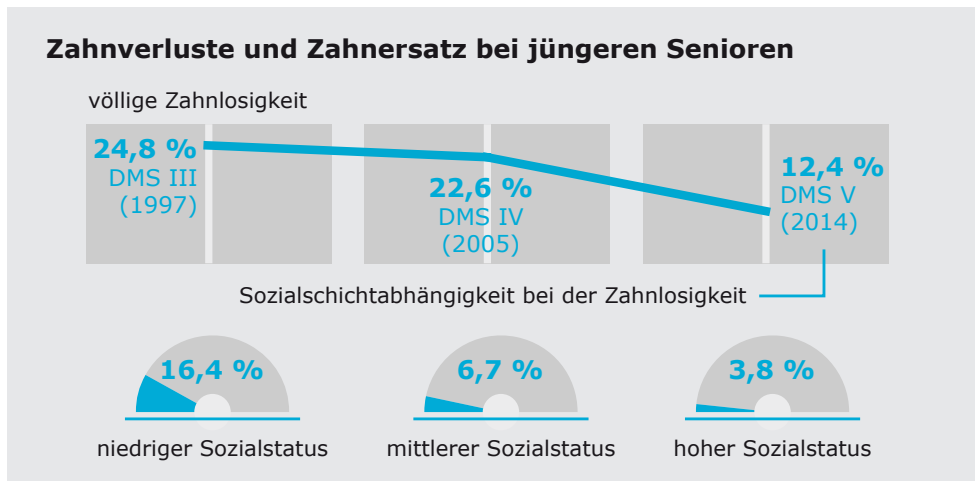
Zahnverluste und prothetische Versorgung

Zahnlosigkeit halbiert – Trend zu festsitzendem Zahnersatz

Immer mehr jüngere Senioren (65- bis 74-Jährige) behalten ihre eigenen Zähne. War noch im Jahr 1997 (DMS III) jeder vierte jüngere Senior zahnlos (24,8 Prozent), so ist es heute nur noch jeder achte (12,4 Prozent).

Eine vergleichbar positive Entwicklung gibt es auch bei den Zahnverlusten: Jüngere Senioren besitzen heute im Durchschnitt mindestens fünf eigene Zähne mehr als noch im

Jahr 1997 (DMS III: 10,4 vs. DMS V: 16,9 Zähne). Zahnerhaltende Therapien und die konsequente Präventionsorientierung in der zahnmedizinischen Versorgung haben in den vergangenen 17 Jahren deutliche Erfolge gezeigt. Mit dieser überaus positiven Entwicklung nimmt Deutschland im internationalen Vergleich derzeit eine Spitzenposition ein.



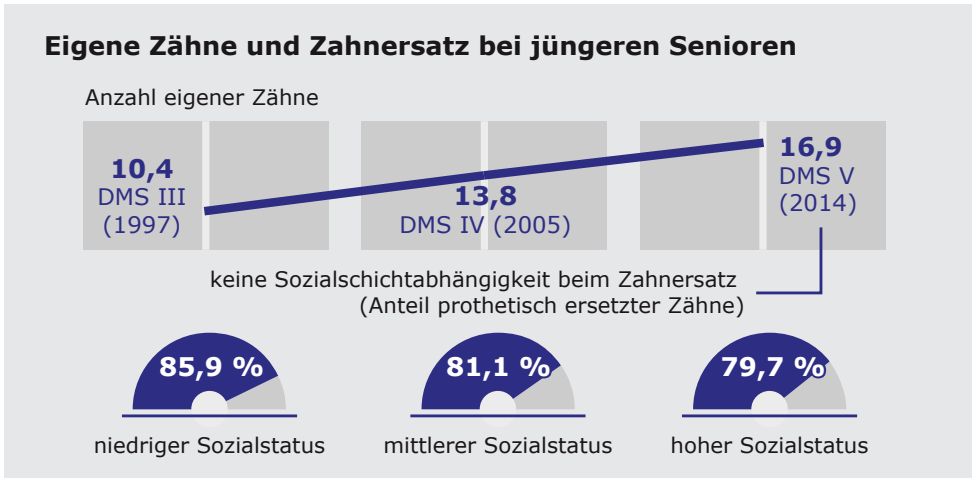
Halbierung der Zahnlosigkeit bei jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige):
Sozialschichtabhängigkeit bei Zahnverlusten

Keine soziale Ungleichheit bei der Versorgung mit Zahnersatz

Die steigende Anzahl eigener Zähne bis ins hohe Alter ermöglicht immer mehr Patienten, sich für einen festsitzenden Zahnersatz wie Brücken, Kronen oder Implantate zu entscheiden. Unabhängig von der Art des Zahnersatzes und dem Sozialstatus hat jeder Versicherte in Deutschland die Möglichkeit, eine

zahnprothetische Versorgung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung über ein seit Jahren akzeptiertes und bewährtes Festzuschussystem in Anspruch zu nehmen. Das ist im internationalen Vergleich außergewöhnlich.

So zeigen die Ergebnisse der DMS V, dass der Anteil prothetisch ersetzter Zähne in allen sozialen Schichten vergleichbar hoch ist.



Steigende Anzahl eigener Zähne bei jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige), keine sozialen Ungleichheiten bei der Versorgung mit Zahnersatz

Wie in keinem anderen Land der Welt lässt sich für Deutschland eine besonders bemerkenswerte Feststellung treffen: Der soziale Status des Menschen lässt sich nicht an der Zahl der Zahnlücken erkennen.

Immer mehr Patienten mit festsitzendem Zahnersatz

Nach den Ergebnissen der DMS V verfügen Patienten heute zehnmal häufiger über Implantate als noch im Jahr 1997. Auch diese Entwicklung unterstreicht den Trend zum festsitzenden Zahnersatz. 86,7 Prozent der jüngeren Senioren geben an, sehr zufrieden oder zufrieden mit ihrem eigenen Zahnersatz zu sein. Diese Ergebnisse stehen in direktem Zusammenhang mit der Abnahme der völligen Zahnlosigkeit. Da immer mehr Menschen ihre eigenen Zähne behalten, verbessern sich die Voraussetzungen dafür, dass Zahnersatz fest verankert werden kann.

Eine der zentralen Schlussfolgerungen der DMS V lautet daher: Je früher und präventionsorientierter die zahnärztliche Versorgung stattfindet, desto langfristiger kann die Mundgesundheit im Alter erhalten werden.

Menschen mit Pflegebedarf

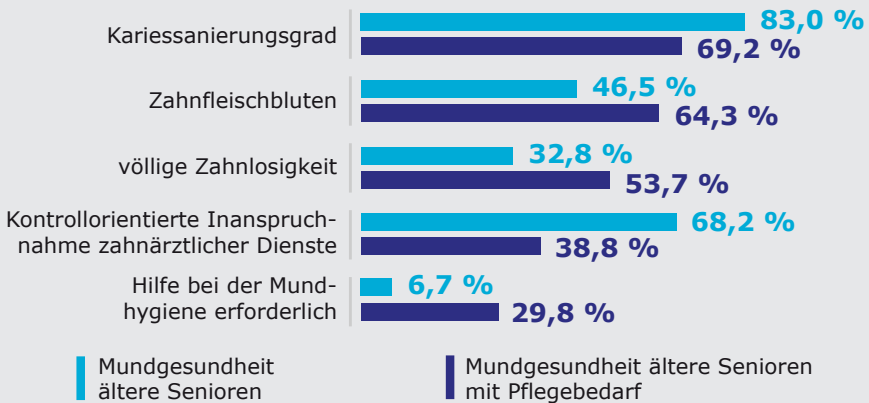
Besondere Herausforderung für die zahnmedizinische Versorgung

Ältere Menschen mit Pflegebedarf weisen eine schlechtere Zahn- und Mundgesundheitsituation auf als die gesamte Altersgruppe der älteren Senioren (75- bis 100-Jährige). Dieses wichtige Ergebnis der DMS V bedeutet, dass künftig ein besonderes Augenmerk der zahnärztlichen Prävention und Therapie auf Menschen mit Pflegebedarf gelegt werden muss.

Schlechtere Mundgesundheitsituation bei Menschen mit Pflegebedarf

Ältere Menschen mit Pflegebedarf haben eine höhere Karieserfahrung (24,5 vs. 21,6 DMF-Zähne) und weniger eigene Zähne (22,4 vs. 17,8 fehlende Zähne) als die gesamte Altersgruppe der älteren Senioren. Während lediglich ein Drittel der 75- bis 100-Jährigen keine

Mundgesundheitsituation von älteren Senioren mit Pflegebedarf



Ältere Senioren mit Pflegebedarf (75- bis 100-Jährige) weisen eine schlechtere Mundgesundheitsituation auf und benötigen mehr Hilfe bei der Mundhygiene

eigenen Zähne mehr hat, ist heute bei den Menschen mit Pflegebedarf in dieser Altersgruppe jeder Zweite zahnlos. Die verbleibenden eigenen Zähne sind weniger funktionsfähig und weisen auch einen höheren Behandlungsbedarf auf.

Auffällig ist zudem, dass pflegebedürftige ältere Senioren zwar prothetisch versorgt sind, im Vergleich aber häufiger über einen herausnehmbaren Zahnersatz verfügen. Dies ist beim Betreuungsaufwand für pflegende Angehörige und Pflegende besonders zu beachten.

Eingeschränkte Handlungsfähigkeit von Menschen mit Pflegebedarf

Mit zunehmender Pflegebedürftigkeit sind ältere Menschen weniger belastbar – das gilt auch für die zahnmedizinische Versorgung. Die drei Kriterien, die die sogenannte zahnmedizinisch funktionelle Kapazität ausmachen, nehmen stark ab: Die Therapiefähigkeit sinkt, die Mundhygienefähigkeit nimmt ab und die Eigenverantwortung – zum Beispiel bei der Vereinbarung und der Einhaltung eines Zahnarzttermins – ist in hohem Maße eingeschränkt. Nur 17,5 Prozent der Menschen mit Pflegebedarf können uneinge-

schränkt zahnmedizinisch behandelt werden. Dagegen kann noch jeder zweite ältere Senior der gesamten Altersgruppe uneingeschränkt zahnmedizinisch behandelt werden.

Verminderte Therapiefähigkeit

Bei Pflegebedürftigkeit steigt der Behandlungsbedarf, die Therapiefähigkeit nimmt zugleich ab. Jeder zweite Mensch mit Pflegebedarf ist in seiner Therapiefähigkeit in der Regel eingeschränkt. Teilweise kann eine zahnmedizinische Behandlung unter ambulanten Bedingungen nicht mehr stattfinden. Deshalb müssen zahnärztliche Behandlungsstrategien entsprechend angepasst werden. Durch kürzere Dauer der Zahnarzttermine, durch besondere zahnmedizinische Versorgungskonzepte und durch Zahnprothesen, die auch von den Pflegenden korrekt herausgenommen werden können.

Verminderte Mundhygienefähigkeit

29,8 Prozent der Menschen mit Pflegebedarf können sich nicht mehr selbst um die Pflege ihrer Zähne und Zahnprothesen kümmern und benötigen Hilfe bei der täglichen Mundhygiene.

Verminderte Eigenverantwortung

60 Prozent der Menschen mit Pflegebedarf sind nicht mehr in der Lage, eigenständig einen Zahnarzttermin zu organisieren und selbstständig eine Praxis aufzusuchen. Sie benötigen dafür Unterstützung.

Mit dem Anstieg der Pflegebedürftigkeit wächst die Anforderung an eine zahnmedizinische Therapiestrategie, die den besonderen Ansprüchen der Menschen mit Pflegebedarf bei der präventiven und zahnärztlichen Versorgung sowie der Unterstützung beim Erhalt der Mundgesundheit durch die pflegenden Personen Rechnung trägt.

Auf diese Aufgabe für den gesamten Berufsstand weisen die zahnärztlichen Institutionen bereits seit einigen Jahren hin und haben mit ihrem Konzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ ein entsprechendes Maßnahmenpaket entwickelt. Die Ergebnisse der DMS V bestätigen, dass die Zahnärzteschaft in diesem Bereich die Weichen richtig gestellt hat: Das sogenannte AuB-Konzept adressiert die entscheidenden Aspekte, die durch den Gesetzgeber zum Teil bereits aufgegriffen wurden. Als Beispiele

seien die Verbesserung der aufsuchenden Betreuung und das Präventionsmanagement genannt.

Mundgesundheitsverhalten

Eigenverantwortung für gesunde Zähne unverzichtbar

Die Zahn- und Mundgesundheit ist den befragten Menschen in Deutschland sehr wichtig. Ihnen ist in der Regel bewusst, dass gesunde Zähne auch das Ergebnis von eigenverantwortlichem Handeln sind: Immerhin zwischen 70 und 85 Prozent der Befragten sind – je nach Altersgruppe – davon über-

zeugt, viel oder sehr viel für die Gesundheit der eigenen Zähne tun zu können. Dazu gehören auch Mundgesundheits-Checkups: Mehr als drei von vier Befragten gaben an, den Zahnarzt regelmäßig zur Kontrolle aufzusuchen. Demnach liegt der Anteil der kontrollorientierten Inanspruchnahme von Vorsorge-

Selbstwirksamkeitsüberzeugung zur eigenen Zahngesundheit

„Wie viel kann man selbst tun, um die Gesundheit seiner Zähne zu erhalten oder zu verbessern?“



75,6 %
jüngere
Senioren



86,0 %
Kinder



85,5 %
jüngere
Erwachsene



70,3 %
ältere
Senioren



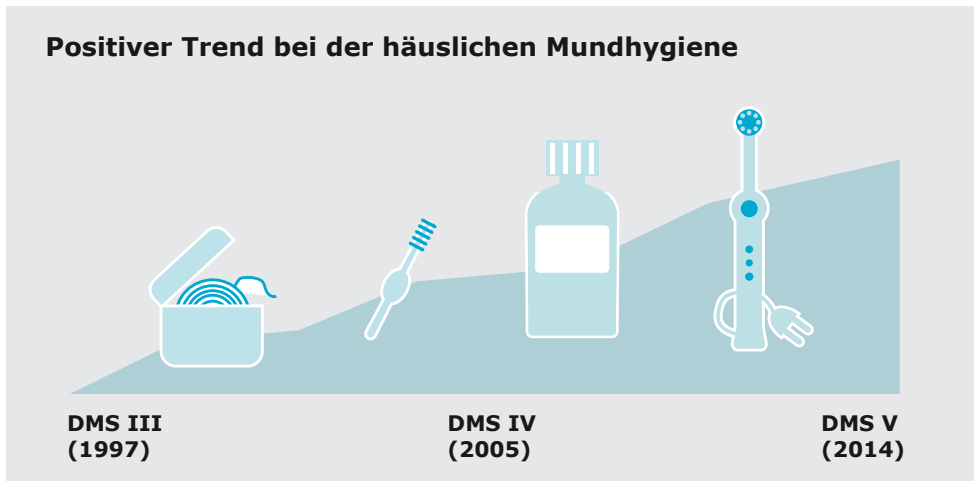
„sehr viel“
oder „viel“

Selbstwirksamkeitsüberzeugung (Grundüberzeugung, selbst wirkungsvoll Einfluss auf die eigene Zahngesundheit nehmen zu können): bis ins hohe Alter sehr hoch

untersuchungen bei Kindern bei 82 Prozent, bei Erwachsenen bei 72 Prozent und bei Senioren sogar bei 90 Prozent. Mit einer Zunahme der Zahnzahl geht offensichtlich auch eine stärkere Ausbildung der „dentalen Awareness“ einher.

Positiver Trend

Das Mundgesundheitsverhalten ist nach Angaben der Befragten gut und hat sich in Teilen sogar verbessert. Jedes zweite Kind (45 Prozent) und jeder dritte Erwachsene (31 Prozent) kennt die Empfehlungen zur Mundpflege und gibt ein gutes Zahnputzver-



Positive Entwicklungen bei der häuslichen Mundhygiene bei jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) und jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) von 1997 bis 2014: mehr Benutzung von Zahnseide, Zahnzwischenraumbürsten, Mundspüllösungen und elektrischen Zahnbürsten

halten an. Die Ergebnisse in diesen Altersgruppen sind stabil. Ein deutlich positiver Trend lässt sich bei den jüngeren Senioren erkennen: Im Vergleich zum Jahr 1997 hat sich die Zahl der Personen mit einer guten Mundhygiene bei den 65- bis 74-Jährigen fast verdreifacht (32 Prozent). Dies hängt insbesondere damit zusammen, dass jüngere Senioren heutzutage mehr eigene Zähne besitzen als früher.

Generell lässt sich in dieser Altersgruppe ein deutlich gestiegenes Bewusstsein für die eigene Mundgesundheit konstatieren. So gibt zum Beispiel jeder vierte jüngere Senior an, regelmäßig eine Professionelle Zahnreinigung (PZR) in Anspruch zu nehmen. Zudem geht diese Gruppe der Befragten nicht nur bei Beschwerden zum Zahnarzt, sondern nutzt zunehmend die Möglichkeiten der regelmäßigen zahnärztlichen Kontrolluntersuchung (90 Prozent). Präventionsorientierung und Aufklärung sowie damit verbunden die Verbesserung der „dentalen Awareness“ und des Mundgesundheitswissens in der Bevölkerung zahlen sich also offensichtlich aus.

Gesundheit im Fokus

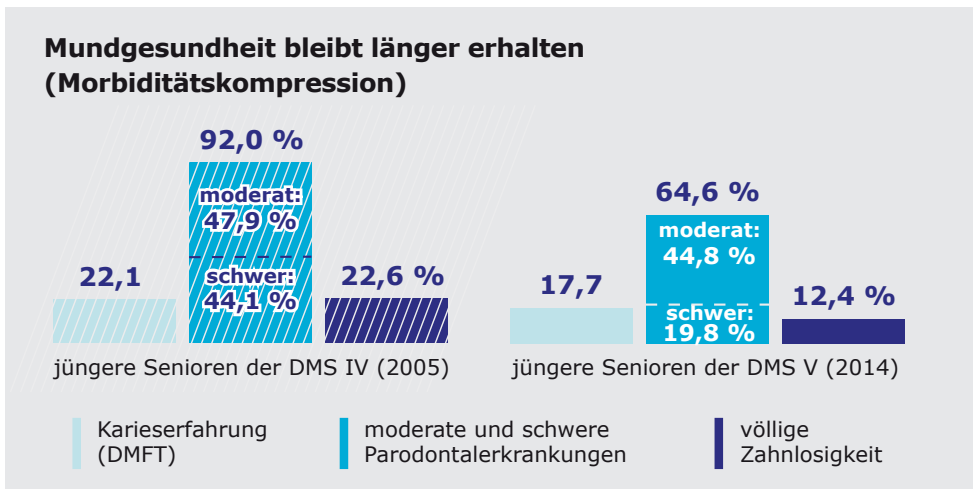
In diesem Zusammenhang ist ein neuer, wertvoller Ansatz, die sogenannte Salutogenese, zu nennen. Diese Neuausrichtung erlaubt dem Zahnarztteam eine bessere Einschätzung seiner Patienten sowie eine adäquate Kommunikation entsprechend der persönlichen Haltung des Patienten zur eigenen Mundgesundheit. Die Ermittlung und Einschätzung der Selbstwirksamkeitserwartung der Patienten bieten sowohl für die zahnmedizinische Prävention als auch für die Risikokommunikation neue Ansätze und erlauben es, Versorgungsziele adäquat zu bestimmen. Die mögliche Neuausrichtung erlaubt auch dem zahnärztlichen Behandlungsteam, spezifisch zu kommunizieren und individuell mit den Patientinnen und Patienten Präventions- und Therapieziele festzulegen.

Morbiditätskompression

Munderkrankungen verschieben sich immer mehr in das höhere Alter

Bei der Mundgesundheit in Deutschland ist ein wichtiger Trend in bemerkenswertem Ausmaß zu erkennen: Sowohl bei der Karies als auch bei der Parodontitis zeigt sich in den vergangenen neun Jahren ein erheblicher Rückgang gleichermaßen in der Anzahl der Erkrankungen wie auch in ihrer Schwere.

Dieser Trend zieht sich im Erhebungszeitraum der Jahre 2005 (DMS IV) bis 2014 (DMS V) durch sämtliche untersuchte Bevölkerungsgruppen, alle Altersgruppen und alle sozialen Schichten. Allerdings scheint sich künftig die Hauptlast dieser beiden oralen Haupterkrankungen in das höhere Alter zu



Morbiditätskompression zeigt sich einerseits darin, dass jüngere Senioren (65- bis 74-Jährige) im Jahr 2014 in vielen Bereichen eine bessere Mundgesundheit haben als im Jahr 2005: mehr mundgesunde Lebensjahre

verschieben, wodurch der Behandlungsbedarf infolge des demografischen Wandels prognostisch steigt. Dieser Effekt nennt sich „Morbiditätskompression“ und bedeutet vor allen Dingen, dass dem Erkrankungsbeginn mehr gesunde Lebensjahre vorausgehen.

Konkrete Hinweise auf die Morbiditätskompression gibt das Erkrankungsprofil der heute 75- bis 100-Jährigen: Es entspricht in etwa dem der 65- bis 74-Jährigen im Jahr 2005. Bei der Zahnkaries von Kindern und Jugendlichen setzt sich der Rückgang schon seit Anfang der 1980er-Jahre unverändert fort, entsprechend dem internationalen Trend in anderen Industrienationen. Demgegenüber lagen die Parodontalerkrankungen bei jüngeren Erwachsenen lange auf konstant hohem Niveau. Ein rückläufiger Trend zeigt sich in diesem Bereich erst für die vergangenen neun Jahre von 2005 bis 2014.

Befund und Verhalten

Die Tendenzen bei den beiden Hauptkrankheiten der Zahnmedizin sprechen deutlich für das vor 30 Jahren aufgesetzte Konzept der Morbiditätskompression. Es besagt, dass seit Anfang des 19. Jahrhunderts die Zeiten, in

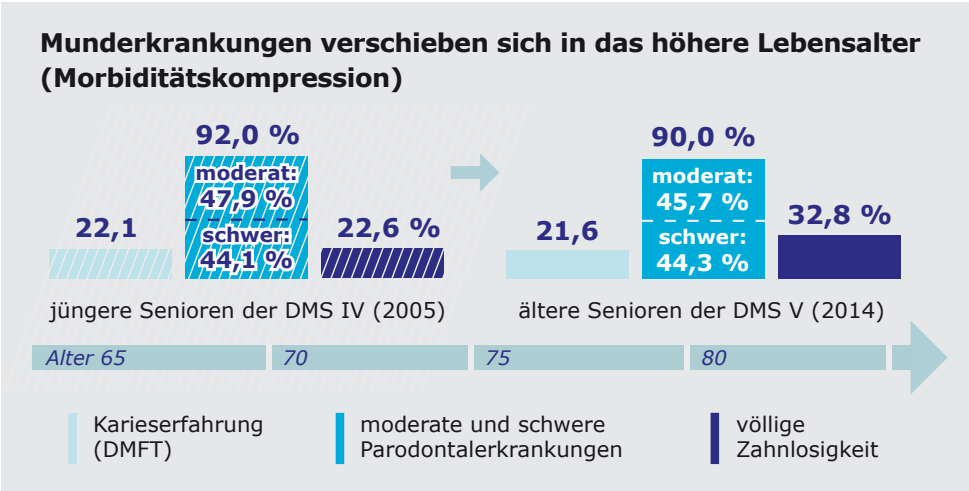
denen Menschen ihr Leben lang an chronischen Erkrankungen und Behinderung leiden, kontinuierlich abnehmen werden. Die Gründe sind Veränderungen des Lebensstils, die der Gesundheit förderlich sind. Dazu zählen zum Beispiel Veränderungen in der Ernährungsweise, bei der Fluoridzufuhr oder dem Tabakkonsum – Faktoren, die für die Mundgesundheit eine wesentliche Rolle spielen. Die Morbiditätskompression ist also in der Zahnmedizin ein deutlicher Effekt der stark verbesserten Prävention auf allen Interventionsebenen.

Aus der DMS V ergeben sich weitere Veränderungen des Lebensstils, die sich auch spezifisch auf die Verbesserung der Mundgesundheit beziehen lassen. Immerhin sind 75 bis 85 Prozent der Menschen in Deutschland der Überzeugung, selbst etwas für ihre Mundgesundheit tun zu können (Selbstwirksamkeits-Prinzip). Dazu zählen die regelmäßige Mundpflege (Häufigkeit, Zeitpunkt und Dauer), der vermehrte Einsatz von Hilfsmitteln bei der Mundhygiene wie Zahnseide, regelmäßige Zahnarztbesuche „zur Kontrolle“ und zur frühzeitigen Intervention sowie die steigende Nachfrage nach Professioneller

Zahnreinigung (PZR). Dies alles trägt zu einer deutlichen Senkung des Risikos einer oralen Erkrankung bei.

Der enge Zusammenhang von „Verhalten und Befund“ lässt sich anhand der Daten zur Parodontitis bei jüngeren Senioren illustrieren. Das Risiko, an einer schweren Parodon-

titis zu erkranken, sinkt für einen Menschen zwischen dem 65. und 74. Lebensjahr rechnerisch um den Faktor 3,4, wenn er Kontrolluntersuchungen in der Zahnarztpraxis wahrnimmt, nicht raucht und seine Zahnzwischenräume regelmäßig pflegt und reinigt.



Morbiditätskompression zeigt sich andererseits darin, dass ältere Senioren (75- bis 100-Jährige) im Jahr 2014 in vielen Bereichen einen Mundgesundheitszustand wie die jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) im Jahr 2005 haben: Verschiebung der Krankheitslasten in das höhere Lebensalter

Vergleiche

Deutschland weltweit in Spitzenpositionen

Der internationale Vergleich von Mundgesundheit ist aufgrund der Heterogenität der verschiedenen Länder nicht einfach. Die Unterschiede liegen unter anderem in der Verfügbarkeit und Aktualität der Daten, den Strukturen der jeweiligen Gesundheitssysteme und in den unterschiedlichen soziodemografischen Verhältnissen. Die DMS V hat dennoch eine Gegenüberstellung zu solchen Ländern vorgenommen, die einen mit Deutschland vergleichbaren soziodemografischen Hintergrund haben. Aus den kontrastiven Daten ergeben sich auch Erkenntnisse über die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen – mit einem klar erkennbaren Ergebnis: Die Mundgesundheit in Deutschland hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert und nimmt in wichtigen Bereichen die führende Rolle ein.

Im Folgenden wird ein Vergleich der G7-Staaten dargestellt.

Karies im internationalen Vergleich

International liegt Deutschland beim Vergleich der Karies bei Kindern vorn: Mit einem DMFT-Wert von 0,5 haben Kinder im Alter von 12 Jahren hierzulande eine deutlich geringe-

re Karieserfahrung als Kinder in anderen Ländern. Bereits das drittplatzierte Kanada weist mit 1,0 einen doppelt so hohen DMFT-Wert aus wie Deutschland.

Bezüglich der Karieserfahrung bei jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) nimmt Deutschland mit einem DMFT-Wert von 11,2 einen guten Mittelplatz ein. Über diese Altersgruppe gibt es weltweit weniger einheitliches und aktuelles Datenmaterial als über die der Kinder. Lediglich Spanien weist bei jüngeren Erwachsenen mit 6,8 einen einstelligen DMFT-Wert auf.

Auch die aktuelle Datenlage zur Karieserfahrung bei jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) ist weltweit geringer als die für die Gruppe der Kinder. Im internationalen Vergleich teilt sich Deutschland mit einem DMFT-Wert von 17,7 einen der vorderen Plätze mit den USA. Bemerkenswert: Die USA weisen in dieser Altersgruppe bei gleichem Karieswert deutlich weniger fehlende Zähne aus: USA 8,3 – Deutschland 11,1.

International zählt Deutschland mit deutlich weniger Karieserfahrungen als in den meisten anderen vergleichbaren Ländern also zu den Spitzenreitern. Dies ist umso

mehr eine positive Nachricht, da Karies als die weltweit häufigste Krankheit gilt. Global leiden mehr als 2,4 Milliarden Menschen an unbehandelter Karies.

Parodontitis im internationalen Vergleich

Zum internationalen Vergleich der Parodontalerkrankungen fokussiert die DMS V auf die Altersgruppen der 35- bis 44-Jährigen und

Internationale Vergleiche (G7-Staaten)				
	Karieserfahrung (DMFT) ¹	moderate Parodontitis ²	schwere Parodontitis ²	völlige Zahnlosigkeit
	0,5 	48 %	10 %	12 % 
	1,0 	52 % ³	21 % ³	22 %
	1,2	13 % ³	10 % ³ 	16 %
	1,1	36 %	12 % 	13 % 
	1,4	23 %	4 % 	–
	0,7 	62 %	13 %	15 % 
	1,2	–	–	26 %
	Kinder	jüngere Erwachsene		jüngere Senioren
¹ DMFT: Anzahl der kariösen (Decayed), fehlenden (Missing) und gefüllten (Filled) Zähne (Teeth) ² CPI - Fallklassifikation ³ Regionaldaten				

Deutschland erreicht im internationalen Vergleich Spitzenpositionen bei der Karieserfahrung und der Zahnlosigkeit

Quelle: WHO, CAPP (Country/Area Profile Project), 2014

der 65- bis 74-Jährigen. Bei Kindern sind Parodontalerkrankungen zu selten und für die Altersgruppe der 75- bis 100-Jährigen ist die Datenlage international nicht ausreichend für eine vergleichende Betrachtung.

Mehr als die Hälfte der jüngeren Erwachsenen leiden unter Parodontitis; allerdings nur 10 Prozent unter schwerer Parodontitis (Sondierungstiefen der Zahnfleischtaschen ab 6 mm). Bei den schweren Parodontalerkrankungen liegt Deutschland gemeinsam mit Frankreich damit auf dem zweiten Platz hinter Japan mit lediglich 4 Prozent schweren Parodontalerkrankungen. Bei der moderaten Parodontitis (Sondierungstiefe der Zahnfleischtaschen von 4-5 mm) nimmt der Wert bei den jüngeren Erwachsenen dann allerdings rapide zu (48 Prozent) und weist Deutschland damit einen Platz im hinteren Drittel zu. Spitzenreiter sind Frankreich, Japan und Italien.

Bei den jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) platziert sich Deutschland im internationalen Vergleich mit 25 Prozent schwerer Parodontitis und 51 Prozent moderater Parodontitis nur auf den hinteren Plätzen. Hier muss allerdings berücksichtigt werden, dass zu diesem Krankheitsbild weltweit nur wenige aktuelle Vergleichsdaten vorliegen.

Zahnlosigkeit im internationalen Vergleich

Erfreulicher ist ein anderes Ergebnis in dieser Altersgruppe: Lediglich 12 Prozent der jüngeren deutschen Senioren (65- bis 74-Jährige) haben keine eigenen Zähne mehr. Insbesondere für die Versorgung mit Zahnersatz spielt das insofern eine Rolle, als bei diesen Patienten nur noch herausnehmbarer Zahnersatz (Vollprothesen) verwendet werden kann. Mit diesem Wert führt Deutschland im internationalen Vergleich vor Italien und Großbritannien.

Vergleiche

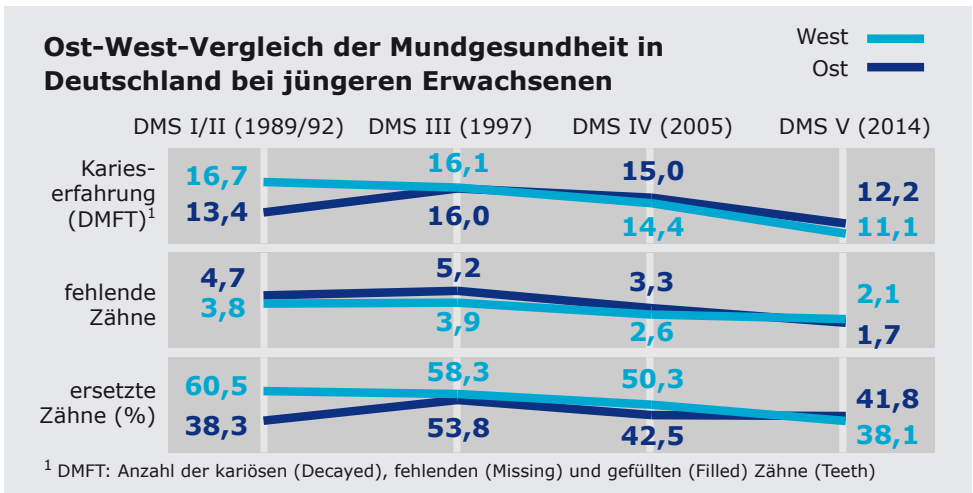
Angleichung der Mundgesundheit in Ost- und Westdeutschland

Unterschiede in der Mundgesundheit in Ost und West

Die erste deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS I) aus dem Jahr 1989 wurde nach der deutschen Einheit um eine Querschnittsstudie zum Mundgesundheitszustand und -verhalten in Ostdeutschland (DMS II) im Jahr 1992 ergänzt. Der Vergleich beider Untersu-

chungen zeigte das zahnmedizinische Leistungsvermögen der unterschiedlichen Gesundheitssysteme und die mögliche Bedeutung von Risikofaktoren.

Die staatlich organisierte Gesundheitsfürsorge – insbesondere durch die Kinderstomatologie – in der DDR zeigte bei den Kindern (12-Jährige) gute Erfolge: Durchschnittlich wie-

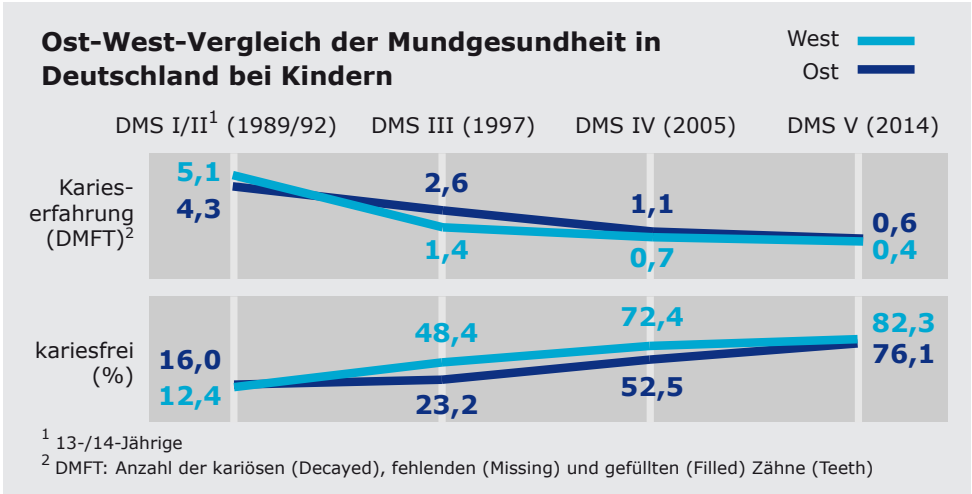


Seit der deutschen Einheit ist es bei jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) zu einer Angleichung der Mundgesundheit gekommen

sen die Kinder in Ostdeutschland fast einen Zahn weniger mit Karieserfahrung auf. Auch der Anteil der 12-Jährigen mit kariesfreien Gebissen war damals höher als in Westdeutschland. Diese Entwicklung ist unter anderem auf den verbreiteten Einsatz von Fluoriden in Form von Tabletten oder zum Teil auch auf die Trinkwasserfluoridierung zurückzu-

führen. Auch die jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) wiesen drei Zähne mehr ohne Karieserfahrung auf als in Westdeutschland.

Auf der anderen Seite waren bei der prothetischen Versorgung erhebliche Unterschiede festzustellen. Der Anteil prothetisch ersetzter Zähne lag in Westdeutschland um 22 Prozentpunkte höher. Hinzu kam, dass im



Seit der deutschen Einheit ist es bei Kindern (12-Jährige) zu einer Angleichung der Mundgesundheit gekommen

Alter von 35 bis 44 Jahren den Ostdeutschen durchschnittlich bereits ein Zahn mehr fehlte als den Menschen im Westen.

Entwicklung der Mundgesundheit in Ost und West

Seit den ersten beiden DMS-Studien ist es aufgrund der Wiedervereinigung zu tiefgreifenden Veränderungen der wirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Situation in den sogenannten neuen Bundesländern, aber auch in Westdeutschland gekommen. Mit der Einführung der Individual- und Gruppenprophylaxe für Kinder und Jugendliche sowie durch die breitere Verfügbarkeit von Fluoriden in den Zahnpasten trat ein dramatischer Rückgang bei den Karieserkrankungen ein. Dieser hat sich 1997 in der Dritten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS III) sowohl bei der Karieserfahrung als auch beim Anteil kariesfreier Gebisse gezeigt – und zwar in West- wie in Ostdeutschland.

Dennoch kann man an den DMS-III-Ergebnissen erkennen, dass die Mundgesundheit in Ost und West nicht unmittelbar auf einen West-Ost-Angleich zusteuerte, vielmehr wird dieser Trend erst ab der Jahr-

tausendwende deutlich. Die völlige Neuausrichtung des medizinischen Versorgungssystems in den neuen Bundesländern könnte dafür ein Grund sein.

Mittlerweile ist aber doch eine nachhaltige Entwicklung hin zu einem West-Ost-Angleich bei der Mundgesundheit zu erkennen, so dass sich Kariesfreiheit und Karieserfahrung bei Kindern in Deutschland nur noch geringfügig unterscheiden. Bei Erwachsenen zeigt sich eine klare Angleichung bei der Karieserfahrung und bei der Anzahl fehlender Zähne. Auch das Bild bei der zahnprothetischen Versorgung ist annähernd gleich.

Über die Methodik der Studie

Die Deutschen Mundgesundheitsstudien des IDZ liegen aktuell in der fünften Auflage vor (DMS V). Als sozialepidemiologische Großstudien erlauben die Untersuchungen als einzige eine repräsentative Beschreibung der Mundgesundheit der gesamten Bevölkerung in Deutschland.

Die Feldphase mit zahnmedizinisch-klinischen Untersuchungen und sozialwissenschaftlichen Befragungen wurde im Sommer 2014 erfolgreich abgeschlossen. Befragt wurden insgesamt 4.600 Teilnehmer per Zufallsauswahl aus den Einwohnermeldeämtern von 90 Untersuchungsgemeinden. Die Untersuchungen wie die Erhebungen zum Gesundheitsverhalten waren freiwillig und haben die Datenschutzvorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes erfüllt.

Im Anschluss an die Interpretation der Daten durch das IDZ und einen zahnmedizinischen Expertenkreis wurde die Studie im August 2016 in einer umfangreichen Forschungsmonografie der Öffentlichkeit vorgestellt.

Die DMS V orientiert sich methodisch an den Vorgängerstudien und ermöglicht damit Vergleiche über längere Zeiträume. Als orale

Haupterkrankungen wurden Karies und Parodontitis detailliert erfasst. Daneben finden sich andere nichtkariöse Zahnhartsubstanzdefekte wie beispielsweise Erosionen oder die Versorgung mit Zahnersatz in der Studie wieder. Schließlich sind auch Mundschleimhauterkrankungen erfasst, womit klinische Untersuchungsaspekte zurückliegender DMS-Studien aufgegriffen wurden.

Weil sich die DMS-Studien als sozialepidemiologische Surveys verstehen, werden die zahnmedizinischen Erhebungen immer auch von einem Fragebogen begleitet. Dadurch können wichtige Aussagen zu verhaltensbezogenen und krankheitsbedingten Zusammenhängen herausgearbeitet werden. Die repräsentativen versorgungsepidemiologischen Erkenntnisse aus der DMS V liefern wesentliche Informationen, um bestehende Behandlungsbedarfe zu identifizieren, zu fokussieren und den Präventionsgedanken, der in den vergangenen Jahrzehnten durch Individual- und Gruppenprophylaxe vor allem bei Kindern und Jugendlichen zu sehr guten Ergebnissen bei der Mundgesundheit geführt hat, auf den gesamten Lebensbogen auszuweiten.

Autoren

Gesamtbearbeitung

PD Dr. A. Rainer Jordan, MSc.
Wissenschaftlicher Direktor des IDZ, Köln

Dr. Wolfgang Micheelis, Dipl.-Sozw.
Sozialwissenschaftlicher Berater des IDZ, Köln

Autoren

Dr. Constanze Cholmakow-Bodechtel,
München

Elisabeth Füßl-Grünig, München

Prof. Dr. Siegfried Geyer, Hannover

Prof. Dr. Katrin Hertrampf, Kiel

Prof. Dr. Thomas Hoffmann, Dresden

Dr. Birte Holtfreter, Greifswald

PD Dr. A. Rainer Jordan, Köln

Prof. Dr. Thomas Kocher, Greifswald

Dr. Wolfgang Micheelis, Köln

Prof. Dr. Ina Nitschke, Zürich

Sarah Noffz, München

Linda Scharf, München

Prof. Dr. Ulrich Schiffner, Hamburg

Dr. Svenja Schützhold, Greifswald

Prof. Dr. Helmut Stark, Bonn

Prof. Dr. Stefan Zimmer, Witten

Über das IDZ

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) mit dem Zentrum Zahnärztliche Qualität (ZZQ) ist eine gemeinsame, organisatorisch eigenständige Einrichtung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV). Das IDZ betreibt praxisrelevante Forschung und wissenschaftliche Beratung im Rahmen der Aufgabenbereiche von BZÄK und KZBV.

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

Glossar und Abkürzungsverzeichnis

Altersgruppen der DMS V

- Kinder: 12-Jährige
- Jüngere Erwachsene: 35- bis 44-Jährige
- Jüngere Senioren: 65- bis 74-Jährige
- Ältere Senioren: 75- bis 100-Jährige

AuB

Alters- und Behindertenzahnheilkunde

AuB-Konzept

Konzept *Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter* zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung aus dem Jahr 2010. Von Bundeszahnärztekammer, Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung, Deutscher Gesellschaft für Alterszahn-Medizin und Bundesverband Deutscher Oralchirurgen.

Dentale Awareness

Mundgesundheitsbezogene
Selbstaufmerksamkeit

BZÄK

Bundeszahnärztekammer

CDC/AAP-Fallklassifikation

Vierstufige Beschreibung von Parodontalerkrankungen, gemeinsam erarbeitet vom Centers for Disease Control and Prevention (CDC) und der American Academy of Periodontology (AAP). Die Klassifikation verwendet eine Kombination von parodontalen Sondierungstiefen und Attachment-verlusten.

CPI-Fallklassifikation

Community Periodontal Index. Vierstufige Beschreibung von Parodontalerkrankungen, verwendet von der Weltgesundheitsorganisation. Die Klassifikation beruht unter anderem auf parodontalen Sondierungstiefen.

DMFT-Index

International gebräuchlicher Index zur Feststellung der Karieserfahrung. Der Index gibt die Summe der kariösen (D = Decayed), fehlenden (M = Missing) und gefüllten (F = Filled) Zähne (T = Teeth) pro Person an.

DMS-Studien

Deutsche Mundgesundheitsstudien des Instituts der Deutschen Zahnärzte im Auftrag von Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und Bundeszahnärztekammer. Die Untersuchungen sind bevölkerungsrepräsentativ und werden seit dem Jahr 1989 regelmäßig erstellt: DMS I (1989), DMS II (1992), DMS III (1997), DMS IV (2005), DMS V (2014).

IDZ

Institut der Deutschen Zahnärzte

Karieserfahrung

Gesamtheit der durch Karies oder Kariesfolgen (Füllungen oder andere Restaurationen, Zahnverluste) betroffenen Zähne eines Gebisses

Kariesindex

Siehe DMFT-Index

Kariespolarisation

Statistische Bezeichnung für ein spezielles Verteilungsmuster des Kariesbefalls in einer Bevölkerungsgruppe. Gemeint ist hier eine sogenannte Schiefecke 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 der gefüllten Zähne. Der in Prozent ausgedrückte Wert gibt Aufschluss darüber, wie hoch der Anteil der erkrankten Zähne ist, der bereits zahnmedizinisch versorgt wurde.

Krankheitslast

Ausmaß der Erkrankung in einer bestimmten Alters- oder Bevölkerungsgruppe

KZBV

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Morbidität

Häufigkeit einer Krankheit in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe

Morbiditätskompression

Verschiebung von Krankheitslasten in das höhere Lebensalter. Damit verbunden sind mehr gesunde Lebensjahre.

Mundgesundheitsverhalten

Sammelbegriff für persönliches Verhalten, das einen Beitrag zur Gesunderhaltung der Zähne und des Mundes leistet, zum Beispiel Zähneputzen, aber auch Zuckereinnahme oder die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz.

Parodontitis

Parodontitis ist eine entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparates, die unbehandelt zum Zahnverlust führen kann. Im Rahmen der DMS-Studien wurden zwei parodontale Haupterkrankungen untersucht: Zahnfleischentzündung (Gingivitis) und die sich daraus entwickelnde entzündliche Zerstörung des Zahnhalteapparates (Parodontitis).

Im Unterschied zur Gingivitis, die reversibel ist, stellt die Parodontitis einen irreversiblen Schaden des Zahnhalteapparates dar. Beide Erkrankungen werden ursächlich durch Bakterien im oralen Biofilm (Plaque) ausgelöst.

Prävalenz

Häufigkeit des Auftretens einer Erkrankung, eines Symptoms, eines Risikofaktors zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Prävention

Vorsorge

Primäre und sekundäre Prävention

Bei der primären Prävention geht es um den Erhalt der Gesundheit und die Vorbeugung von Krankheiten. Sie richtet sich an den gesunden Menschen und setzt ein, bevor eine Erkrankung eintritt. Bei der sekundären Prävention geht es um Früherkennung und das Verhindern der Verschlimmerung einer Erkrankung, sie richtet sich also an den bereits erkrankten Menschen.

Prophylaxe

Vorbeugung von Mund- und Zahnerkrankungen. Dazu gehören unter anderem der regelmäßige Zahnarztbesuch zur Kontrolle der Mundgesundheit (Individualprophylaxe) oder eine Vorsorgeuntersuchung zum Beispiel von Schulkindern durch einen Zahnarzt in der Schule (Gruppenprophylaxe).

PZR

Professionelle Zahnreinigung. Hochwirksame Intensivreinigung, die als Präventionsleistung in der Zahnarztpraxis von entsprechend geschultem Personal durchgeführt wird. Die PZR kann Karies und Parodontitis effektiv vorbeugen und gleichzeitig das Aussehen der Zähne verbessern.

Salutogenese

Das Konzept der Salutogenese stellt im Gegensatz zum Pathogenesegedanken (der klassischen Schulmedizin) nicht die Frage, was krank macht, sondern umgekehrt, was gesund erhält. Es geht insofern von einer gewissen Gesundheitsdynamik aus. Als zentrales Merkmal dieser Gesundheitsdynamik wird das sogenannte Kohärenzgefühl (Sense of Coherence, SOC) eines Menschen genannt, dass sich wiederum aus drei Merkmalen zusammensetzt: Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit und Sinnhaftigkeit im Hinblick auf innere und/oder äußere Anforderungsereignisse.

UPT

Unterstützende Parodontitistherapie, die sich als langfristige Behandlungsmaßnahme an die antiinfektiöse Therapie der Parodontitis anschließt.

Wurzelkaries

Kariesbefall der Zahnwurzeln. Kann nur entstehen, wenn die Zahnwurzeloberflächen freiliegen, sich also Zahnfleisch zurückgebildet hat.

Prothetische Versorgung

Zahnersatz, der nach dem Verlust natürlicher Zähne in verschiedenen Formen Verwendung findet. Ein typisches Beispiel für eine festsitzende prothetische Versorgung ist die Brücke. Ein typisches Beispiel für eine herausnehmbare prothetische Versorgung ist die Vollprothese. Zudem existieren Mischformen.

Zahnmedizinisch funktionelle Kapazität

Die zahnmedizinische funktionelle Kapazität wird zur Messung der Belastbarkeit älterer Menschen bei der zahnärztlichen Behandlung, ihrer Mundhygienefähigkeit und ihrer mundgesundheitsbezogenen Eigenverantwortlichkeit durch den Zahnarzt eingesetzt. Sie wird in vier Belastbarkeitsstufen angegeben.

Zahnputzmuster

Das Zahnputzmuster ist in der DMS V ein kombinierter Verhaltensindex aus Häufigkeit (mindestens zweimal täglich), Zeitpunkten (nach einer Mahlzeit oder vor dem Ins-Bett-Gehen) und Dauer (mindestens zwei Minuten) des Zähneputzens.

Impressum

Herausgeber

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung,
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Bundeszahnärztekammer –
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen
Zahnärztekammern e. V. (BZÄK)

Redaktion

Abteilung Presse- und
Öffentlichkeitsarbeit der KZBV

Abteilung Presse- und
Öffentlichkeitsarbeit der BZÄK

PD Dr. A. Rainer Jordan,
Wissenschaftlicher Direktor des IDZ

Produktion

orangeblue relations, Berlin

Druck

Druckerei Nienstedt, Hamburg, 2016



Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Universitätsstraße 73, 50931 Köln

Telefon (0221) 40 01-0, Fax (0221) 40 40-35, E-Mail post@kzbv.de

www.kzbv.de

Bundeszahnärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V. (BZÄK)

Chausseestraße 13, 10115 Berlin

Telefon (030) 400 05-0, Fax (030) 400 05-200, E-Mail info@bzaek.de

www.bzaek.de