



Nr. 3/89

vom 03.08.1989

Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung veranstalten und finanzieren über ihr Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) eine umfangreiche Untersuchung der deutschen Bevölkerung auf Mundgesundheitszustand und -verhalten. Diese oralepidemiologische Erhebung, die gleichermaßen zahnmedizinische und sozialwissenschaftliche Fragestellungen verfolgt, wird erstmals eine bevölkerungsrepräsentative Bestandsaufnahme der oralen Morbiditäts- und Versorgungssituation in der Bundesrepublik Deutschland ermöglichen; darüber hinaus werden wesentliche Aspekte des Mundgesundheitserlebens und -verhaltens erfaßt.

Auf der Tagung "Gesellschaft und Zahnmedizin", veranstaltet von dem Arbeitskreis "Psychologie und Zahnmedizin" der Gesellschaft für Medizinische Psychologie (GMP) vom 22. bis 24.06.1989 in Münster, stellte das IDZ im Zusammenwirken mit Infratest Gesundheitsforschung (Projektnehmer des IDZ-Forschungsvorhabens) die methodischen Grundzüge der Studienanlage unter dem Titel

"Bevölkerungsrepräsentative Erhebung zum Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland"

vor. Für die vorliegende Ausgabe des IDZ-Informationendienstes wurde dieses Referat von den Autoren in einigen Punkten noch überarbeitet und ergänzt.

Die Autoren:

Dr. R. Eder-Debye, Dipl.-Psych./Infratest Gesundheitsforschung

Dr. W. Micheelis, Dipl.-Sozw./IDZ

Dr. J. Bauch, Dipl.-Soz./IDZ

Redaktion: Wolfgang Micheelis

Abstract

GERMAN ORAL HEALTH SURVEY

The first large-scale survey to look at the oral health status and oral health behaviour of the German population has been launched by the German Dental Association and the Panel Dentists' Association. Financed by the two dental associations the study is conducted via their joint Institute of German Dentists (IDZ). This epidemiological study deals with questions in the field of dentistry - i.e. prevalence of dental caries, periodontal diseases and malocclusions - as well as in the field of social sciences and will, for the first time, provide nationwide data on oral morbidity and the status of dental care. The study will also investigate important aspects of oral health perception and -behaviour.

On the occasion of the recent congress "Society and Dentistry" the Institute of German Dentists in cooperation with the Institute Infratest Gesundheitsforschung - IDZ's external partner in this research project - presented the methodical principles of the study design in a paper entitled

*National Epidemiological Study on the Oral Health Status
and Oral Health Behaviour in the F.R.G.*

This congress was organized by the Working Group Psychology and Dentistry of the "Gesellschaft für Medizinische Psychologie" in Münster from June 22nd - 24th 1989. For the present issue of the IDZ-information the paper has been slightly amended and edited by the authors.

The authors:

Dr. Rosemary Eder-Debye, Dipl.-Psych./Infratest Gesundheitsforschung
Dr. Wolfgang Micheelis, Dipl.-Sozw./Institute of German Dentists
Dr. Jost Bauch, Dipl.-Soz./Institute of German Dentists

IDZ-Information No. 3/1989
edited and published by
INSTITUTE OF GERMAN DENTISTS
West Germany
Universitätsstraße 71 - 73
D - 5000 Köln 41

ISSN 0931-9816

Eder-Debye, R., Micheelis, W., Bauch, J.

BEVÖLKERUNGSREPRÄSENTATIVE ERHEBUNG ZUM
MUNDGESUNDHEITZUSTAND UND -VERHALTEN IN
DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

1. EINLEITUNG

Das Forschungsprojekt mit dem Arbeitstitel "Bevölkerungsrepräsentative Erhebung des Mundgesundheitszustandes und -verhaltens in der Bundesrepublik Deutschland" geht zurück auf eine Entscheidung der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, über das gemeinsam getragene Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in Eigenverantwortung und Eigenregie eine oralepidemiologische Breitenerhebung ins Leben zu rufen. Die dafür erforderlichen finanziellen Mittel werden von beiden Institutsträgern zur Verfügung gestellt.

Die Studie wird wissenschaftlich unterstützt von einem zahnmedizinischen Expertenkreis um Prof. Dr. R. Naujoks/Würzburg und von Infratest Gesundheitsforschung; Infratest ist auch zuständig für die praktisch-organisatorische Durchführung dieses Forschungsvorhabens.

Dem zahnmedizinischen Expertenkreis um Prof. Naujoks gehören an: Dr. P. Dünninger/Würzburg, PD Dr. J. Einwag/Würzburg, Dr. K. Keß/Würzburg, Prof. Dr. K. Pieper/Göttingen, Dr. E. Reich/Regensburg (gleichzeitig auch: "Bundeskali-brierer"); zusätzlich ist für den kieferorthopädischen Erhebungsteil PD Dr. R. Koch/Bamberg zuständig. Außerdem arbeiten folgende Projektkollegen bei der Durchführung der regionalen Kalibrierungsveranstaltungen (s. hierzu unten) mit: Dr. Ch. Benz/München, PD Dr. Dr. H.-J. Staehle/Münster, PD Dr. J. Klimek/Marburg, Dr. N. Schüler/Bonn, Dr. J. Hermann/Basel und Frau Dr. S. Schulz/Hamburg ("Regionalkalibrierer").

2. BEMERKUNGEN ZUR ROLLE DES ARZTES IN DER EPIDEMIOLOGISCHEN FORSCHUNG

Bevor die wesentlichen Kennzeichen der Studienanlage dargestellt werden, sollen einige Bemerkungen zur Rolle des Arztes in der epidemiologischen Forschung vorangestellt sein.

Der niedergelassene Arzt - ob Humanmediziner oder Zahnmediziner - ist unbestritten eine sehr geschätzte Datenquelle in der Gesundheitsforschung. Der Arzt kann in vielerlei Hinsicht präziser und detaillierter Auskunft geben über Krankheitsverlauf und -ausprägung als beispielsweise der Patient selber. Man bezeichnet ja auch häufig Arztangaben als "objektiv", Patientenangaben dagegen als "subjektiv".

Einwände gegen den niedergelassenen Arzt als Informationsquelle werden jedoch häufig laut, sobald es um epidemiologische Fragestellungen geht. Der Haupteinwand ist, daß alle Kranken, die nicht oder noch nicht in ärztlicher Behandlung sind - und auch alle, die nicht mehr in ärztlicher Behandlung sind - nicht berücksichtigt werden, sofern man sich auf den niedergelassenen Arzt als Datenquelle beschränkt. Nicht-Inanspruchnehmer von medizinischen Diensten können mit einer Patientenstichprobe nicht erfaßt werden.

Auch unter den Patienten eines niedergelassenen Arztes ist es ja so, daß - je nach Methodologie - u. U. diejenigen, die ärztliche Leistungen häufiger in Anspruch nehmen, eine größere Chance haben, in eine Patientenstichprobe aufgenommen zu werden. Eine Patientenstichprobe wird beispielsweise u. U. mehr Patienten mit hoher Compliance beinhalten, auch multimorbide oder ängstliche Probanden können in einer Patientenstichprobe überrepräsentiert sein.

Somit bedeutet es häufig, wenn man den Arzt als Datenquelle benutzt, daß Kranke, die in die Studie einbezogen werden, nicht repräsentativ für alle Patienten mit dem gleichen Krankheitsbild sind und darüber hinaus natürlich nicht repräsentativ für das Gesamtkollektiv aller sind, die an einer bestimmten Krankheit leiden.

Den Einwand der Nicht-Repräsentativität einer Patientenstichprobe für epidemiologische Fragestellungen gilt es, vor dem Hintergrund der jeweiligen Krankheit zu prüfen. Hierzu kurz einige Ergebnisse aus einer Studie von Infratest zur Selbstmedikation aus dem Jahre 1986.

Schaubild 1

| SELBSTMEDIKATION 1986 | |
|---|-----|
| % derjenigen mit entsprechenden Beschwerden, die einen Arzt aufgesucht haben: | |
| ● Zu hohes Körpergewicht | 11% |
| ● Verstopfung/Darmträgheit | 15% |
| ● Kopfschmerzen | 20% |
| ● Durchfall | 31% |
| ● Erkältungskrankheiten | 31% |
| ● Magenbeschwerden/ Sodbrennen | 36% |
| ● Grippaler Infekt | 63% |
| ● Zahnschmerzen | 68% |
| ● Leichtere Herz-/ Kreislaufbeschwerden | 72% |

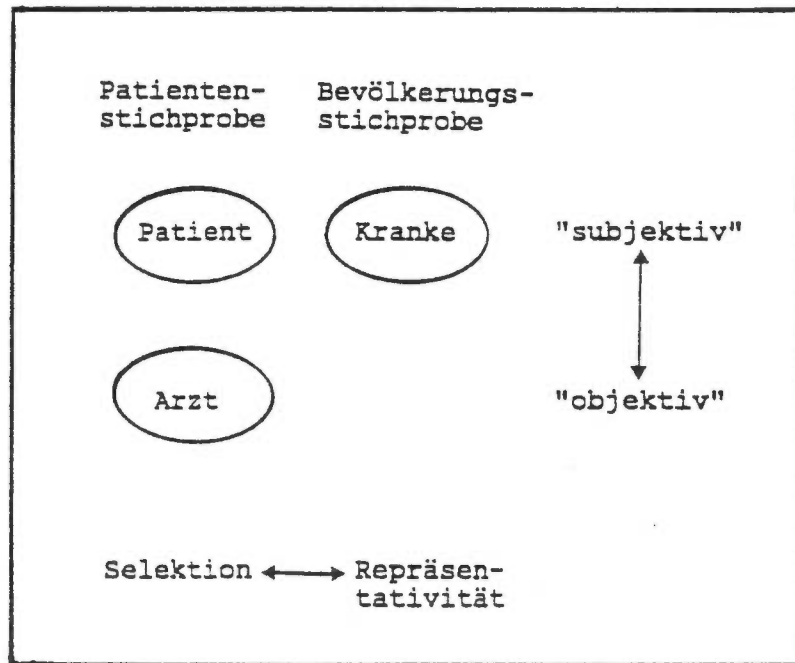
Quelle: Infratest Gesundheitsforschung

Aus Schaubild 1 ist beispielsweise zu erkennen, daß in Abhängigkeit vom Krankheits- bzw. Beschwerdebild das professionelle System unterschiedlich intensiv in Anspruch genommen wird. Bei "Zahnschmerzen" sucht zwar ein relativ hoher Anteil den Arzt auf, aber immerhin 32 % der Befragten - die von Zahnschmerzen berichten - tun dies nicht.

In welchem Maße eine Patientenstichprobe repräsentativ für alle Kranken ist oder umgekehrt, mit welchem Informationsverlust man rechnen muß, wenn man sich ausschließlich um Patientendaten bemüht, hängt also vom jeweiligen Krankheitsbild ab. Aber es erscheint wichtig anzumerken, daß eine Abschätzung der Differenz zwischen einer Patientenstichprobe und einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe zunächst einmal bevölkerungsrepräsentative epidemiologische Forschung voraussetzt.

Man kann beide Ansätze schematisch darstellen:

Schaubild 2



Quelle: Infratest Gesundheitsforschung

Den bevölkerungsrepräsentativen Ansatz wählen hieß bisher häufig, sich ausschließlich auf die sogenannten "subjektiven" Angaben des Kranken zu beschränken und auf detailliertere ärztliche Befunde zu verzichten. Dies muß es aber nicht notwendigerweise heißen, denn es gibt eine Reihe von Möglichkeiten, den Arzt als Informationsquelle auch in die bevölkerungsrepräsentative epidemiologische Forschung einzubeziehen. Die IDZ-Studie zur Mundgesundheit ist ein Beispiel hierfür.

3. AUSGANGSPUNKT DER STUDIE/ZIELE

Die bisherige oral-epidemiologische Forschung in der Bundesrepublik Deutschland kann man mit drei Stichworten kennzeichnen:

- * Erstens beruht sie zum größten Teil auf **Patientenstichproben**. Eine Ausnahme bilden Reihenuntersuchungen von Schulkindern.
- * Zweitens ist die Mehrzahl der vorliegenden oral-epidemiologischen Studien **regional begrenzt**.

- * Drittens beschränken sich viele Studien auf den Bereich **Karies**.

Ziel der IDZ-Studie ist es, erstmals bundesweite bevölkerungsrepräsentative und umfassende Daten zum Mundgesundheitszustand und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad zu erhalten. Eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe soll umfangreich zahnmedizinisch befundet werden.

Darüber hinaus sollen mit dieser Studie Daten zu zentralen Risiko- und Einflußfaktoren für die Mundgesundheit erhoben werden, z. B. solche Faktoren wie Ernährungs- oder Zahnputzgewohnheiten. Diese Daten, die die Lebensweise der Probanden widerspiegeln, können am besten durch eine Befragung der Zielpersonen erhoben werden: D. h. eine Erhebung von sogenannten subjektiven Befragungsdaten ist erforderlich, die zu den objektiven Befundungsdaten in Beziehung gesetzt werden können.

Das Ziel der Studie ist es also, einen Datenfundus zu schaffen, mit dem Fragestellungen sowohl der deskriptiven als auch der analytischen Epidemiologie bearbeitet werden können.

4. STUDIENDESIGN

4.1 Stichprobe

Zentrales Kennzeichen dieser Studie ist der bevölkerungsrepräsentative Ansatz. Um eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe zu gewinnen, wurde eine sogenannte geschichtete Zufallsstichprobe gebildet. Dies erfolgte in zwei Stufen:

- als erstes wurden Untersuchungsgemeinden in der Weise ausgewählt, daß sie repräsentativ für die deutsche Wohnbevölkerung sind, und zwar nach den Kriterien Bundesland und Gemeindegrößenklasse.
Zusätzliches Kriterium bei der Auswahl der Untersuchungsgemeinden war der Regierungsbezirk.
- das Ergebnis der Auswahl der Untersuchungsgemeinden für diese Studie waren 80 Untersuchungsgemeinden oder - in ländlichen Gebieten - Gemeindepaare, in denen Zufallspersonen untersucht werden sollten.

Schaubild 3

Projekt "Bevölkerungsrepräsentative
Untersuchung des Mundgesundheits-
zustandes und -verhaltens in der
Bundesrepublik Deutschland"

- Studiendesign -

Stichprobenbildung:

1. Schritt: Auswahl der Untersuchungs-
gemeinden
2. Schritt: Ziehung einer Zufallsstichprobe
in jeder Untersuchungsgemeinde

Ergebnis:

Stichprobe von N = 1.600

davon 400 in jeder der
folgenden Altersgruppen:

- 8- bis 9jährig
- 13- bis 14jährig
- 35- bis 44jährig
- 45- bis 54jährig

Die 1.600 Probanden sind über 80 Untersuchungs-
gemeinden/-gemeindepaare mit je 20 Probanden
verteilt.

- Die zweite Stufe bei der Stichprobenbildung war die Ziehung einer Zufalls-
stichprobe aus Einwohnermeldeamtskarteien in jeder Untersuchungsgemeinde.

Die Stichprobe umfaßt vier Altersgruppen:

- 8- bis 9jährige
- 13- bis 14jährige
- 35- bis 44jährige
- 45- bis 54jährige

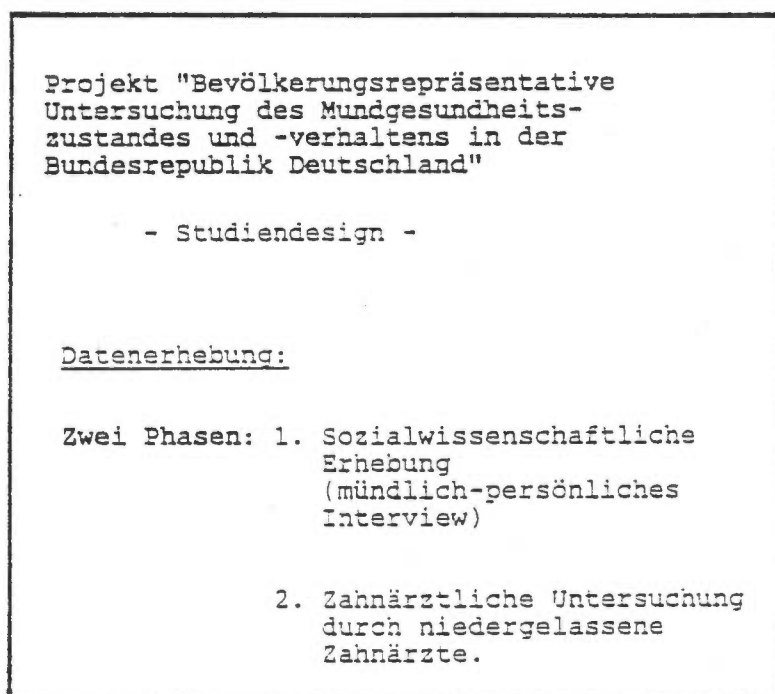
Diese Altersgruppen wurden vor allem zum Zweck der internationalen Vergleich-
barkeit (vornehmlich im Hinblick auf die WHO) festgelegt.

Der Stichprobenumfang ist netto 1.600 Probanden, mit je 400 Probanden in jeder Altersgruppe.

4.2 Datenerhebung

Die Daten werden in zwei aufeinanderfolgenden Schritten bei jedem Probanden erhoben. Zunächst findet ein ausführliches Interview bei den Probanden zu Hause statt (Dauer bei erwachsenen Probanden: ca. 45 bis 60 Minuten, bei 8- bis 9jährigen ca. 15 bis 20 Minuten). Einige Tage danach findet eine umfangreiche zahnärztliche Untersuchung statt (Dauer ca. 30 Minuten).

Schaubild 4



Die Themenbereiche für das persönliche Interview sind in dem Schaubild 5 dargestellt, die Parameter für die zahnmedizinische Befundung im Schaubild 6.

Schaubild 5

Sozialwissenschaftliche Erhebung
(Interview):

- Allgemeiner Gesundheitszustand
- Ernährungsgewohnheiten
- Subjektive Beschwerden im Mund- und Kieferbereich
- Mundhygiene
- Zahnarzt-Inanspruchnahme, bisherige zahnärztliche Behandlungen
- Zahnarzt-Angst
- Soziodemographie

Schaubild 6

Zahnärztliche Befundung:

- Karies (DMF-S-, DMF-T-Index)
 - "decayed" = kariöse
 - "missing" = fehlende
 - "filled" = gefüllte} Zahnflächen bzw. Zähne
- prothetischer Versorgungsstatus
 - Umfang und Art des Zahnersatzes
- Zahnstellungs- und Bißlagefehler
 - Okklusionsverhältnisse
 - Engstände, Lückenstellungen
 - zusätzlich: Modellanalyse
- Parodontopathien
 - Zahnstein
 - PBI (Papillenblutungsindex)
 - CPITN (Parodontalindex)
 - Attachmentverlust

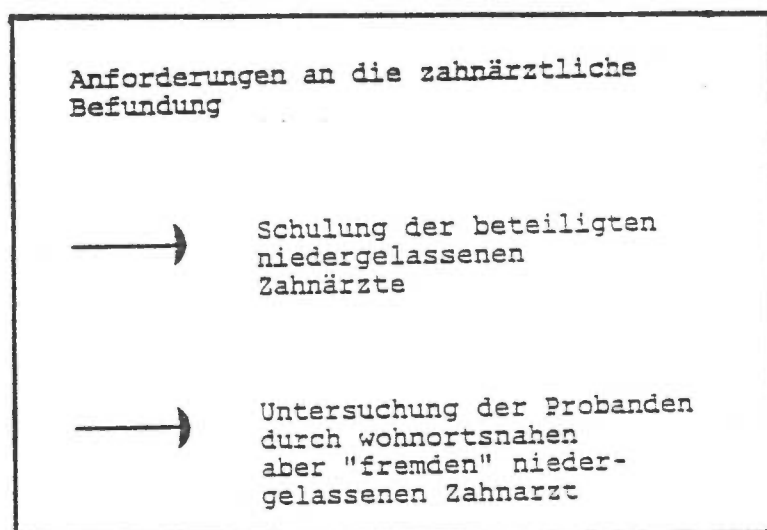
4.3 Befundung durch geschulte niedergelassene Zahnärzte

Durch die Anlage der Studie ist impliziert, daß Zahnärzte bei der Datenerhebung mitwirken. Die Frage ist aber nun, welche Zahnärzte sollen im Rahmen dieser Studie Zufallspersonen befunden? Grundsätzlich gibt es zwei Modelle, die hier zur Anwendung kommen können. Entweder bildet man ein zahnmedizinisches Team, das durch die Bundesrepublik Deutschland reist - dabei stellt sich beispielsweise die Frage, wo es dann jeweils (in welchen Räumlichkeiten) untersuchen soll - oder man verfolgt das zweite Modell, das in der Einbeziehung der niedergelassenen Zahnärzte vor Ort in den einzelnen Untersuchungsgemeinden besteht.

Beide Modelle haben ihre Vor- und Nachteile. Für die vorliegende Studie ist die Entscheidung für das zweite Modell gefallen; und der Verlauf der Studie zeigt, daß dies ein gangbarer Weg ist, um ärztliche Untersuchung und bevölkerungsrepräsentativen Ansatz miteinander zu verknüpfen.

Sowohl der Umfang der zahnmedizinischen Befunde (vor allem Kieferorthopädie und auch Parodontologie, mit denen der eine oder andere Zahnarzt in seiner täglichen Praxis nicht so vertraut ist), als auch die Forderung, vergleichbare Ergebnisse durch sehr viele verschiedene Zahnärzte erheben zu lassen, und darüber hinaus das Ziel, international vergleichbare Ergebnisse zu produzieren, bedingen die Notwendigkeit, die Zahnärzte, die im Rahmen dieser Studie befunden, auf gemeinsame Befundungskonventionen zu kalibrieren.

Schaubild 7

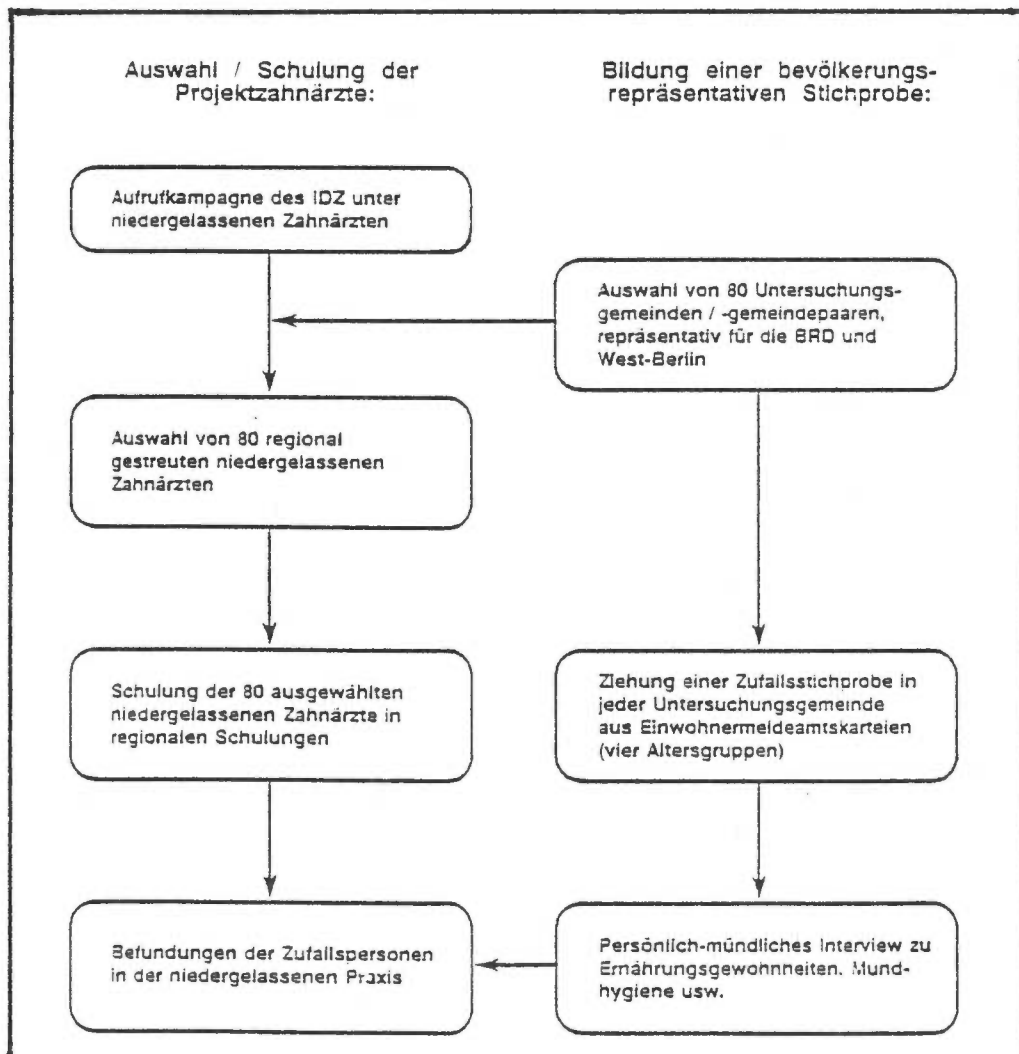


Die Anforderungen an die zahnärztliche Befundung erfordern also die Notwendigkeit, die beteiligten niedergelassenen Zahnärzte zu schulen. Dies wiederum bedingt als weitere Besonderheit dieser Studie, daß die Probanden zwar durch einen wohnortsnahen aber doch in der Regel "fremden" niedergelassenen Zahnarzt untersucht werden.

4.4 Studienaufbau

Das folgende Schaubild zeigt, wie man a) niedergelassene Zahnärzte parallel zur Bildung einer repräsentativen Bevölkerungstichprobe auswählen, b) sie anschließend in standardisierten Befundungskonventionen durch ein zahnmedizinisches Expertenteam schulen und c) schließlich eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe diesen geschulten niedergelassenen Zahnärzten zur Befundung zuführen kann.

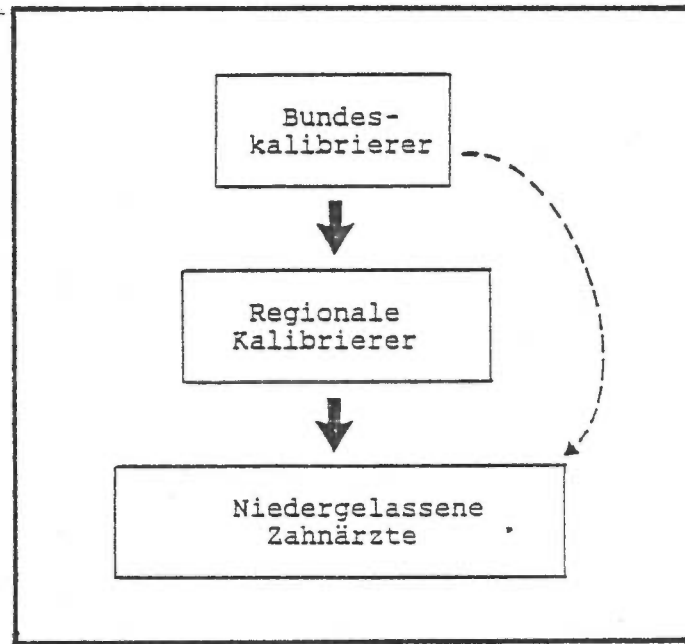
Schaubild 8



4.5 Kalibrierungskonzept

Zur Schulung der 80 niedergelassenen Projekt-Zahnärzte wurde ein regionales Schulungskonzept entwickelt.

Schaubild 9

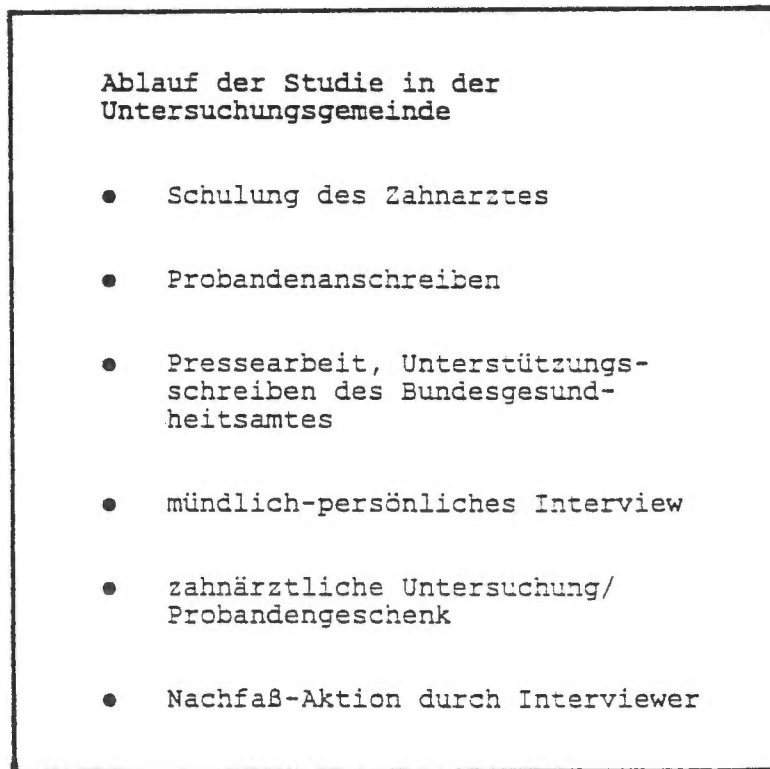


Das zahnmedizinische Expertenteam (siehe oben) sind die sogenannten "Bundeskalibrierer", die zunächst einmal innerhalb ihres Kreises durch Festlegung der Befundungsstandards die Grundlage für eine reliable Befundung schafften. Im zweiten Schritt wurden Zahnmediziner von einigen anderen Universitäts-Zahnkliniken ebenfalls in diese Befundungsstandards eingewiesen - diese sind die sogenannten "Regional-Kalibrierer" (siehe oben). Im dritten Schritt findet dann die Schulung der niedergelassenen Projekt-Zahnärzte statt, und zwar in neun verschiedenen regionalen Veranstaltungen (Schulungsorte: Tübingen, Regensburg, Würzburg, München, Bonn, Münster, Hamburg, Göttingen und Marburg).

4.6 Ablauf in den Untersuchungsgemeinden

Der Ablauf der Studie in den einzelnen Untersuchungsgemeinden ist in dem folgenden Schaubild 10 dargestellt.

Schaubild 10



4.7 Feldarbeit/Gesamtablauf

Sowohl die Schulungen der Projektzahnärzte als auch die eigentliche Feldarbeit - die Interviews und die Befundungen - finden nacheinander in den verschiedenen Regionen statt. Während die zahnärztlichen Untersuchungen durch die geschulten niedergelassenen Zahnärzte in den einzelnen Untersuchungsgemeinden durchgeführt werden, werden die Interviews von einem Stab von 14 geschulten Interviewern durchgeführt, die zeitlich versetzt alle 80 Untersuchungsgemeinden bzw. Gemeindepaaare bearbeiten.

In folgenden ausgewählten Untersuchungsgemeinden finden die Befragungs- und Befundungsarbeiten statt:

| | |
|--|---|
| 1000 Berlin | 6000 Frankfurt |
| 2000 Hamburg | 6090 Rüsselsheim |
| 2077 Grossensee/2077 Trittau | 6110 Dieburg/6112 Gross-Zimmern |
| 2081 Appen/2081 Heist | 6384 Schmitten |
| 2210 Itzehoe | 6407 Schlitz |
| 2400 Lübeck | 6427 Bad Salzschlirf/6402 Grossen- lüder |
| 2800 Bremen | 6500 Mainz |
| 2940 Wilhelmshaven | 6501 Essenheim/6501 Heidesheim |
| 2942 Jever | 6607 Quierschied |
| 2944 Wittmund | 6720 Speyer |
| 3000 Hannover | 6741 Billigheim-Ingenheim/6742 Herxheim |
| 3004 Isernhagen | 6802 Ladenburg |
| 3040 Soltau | 7000 Stuttgart |
| 3071 Balge/3077 Wietzen | 7070 Schwäbisch Gmünd/7076 Waldstetten |
| 3122 Dedelstorf/Hankensbüttel | 7101 Massenbachhausen/7103 Schwaigern |
| 3400 Göttingen | 7133 Maulbronn/7137 Sternenfels |
| 3500 Kassel | 7144 Asperg/7141 Möglingen |
| 4000 Düsseldorf | 7230 Schramberg/7741 Tennen- bronn |
| 4018 Langenfeld | 7332 Eislingen |
| 4057 Brüggen/4055 Niederkrüchten | 7460 Balingen/7465 Geislingen |
| 4200 Oberhausen | 7521 Kronau/7525 Bad Schönborn |
| 4270 Dorsten | 7801 Ballrechten-Dottingen/7813 Staufen |
| 4300 Essen | 7850 Lörrach |
| 4320 Hattingen | 8000 München |
| 4400 Münster | 8034 Germering/8039 Puchheim |
| 4414 Sassenberg/4410 Warendorf | 8128 Polling/8120 Weilheim |
| 4450 Bramsche | 8200 Rosenheim |
| 4600 Dortmund | 8240 Berchtesgarden |
| 4630 Bochum | 8301 Furth/Hohenthann |
| 4670 Lünen | 8400 Regensburg |
| 4782 Erwitte/4780 Lippstadt | 8411 Altenthann/Bernhardswald |
| 4800 Bielefeld | 8502 Zirndorf |
| 5000 Köln | 8671 Schönwald/8672 Selb |
| 5024 Pulheim | 8705 Zellingen |
| 5100 Aachen | 8728 Hassfurt/8729 Theres |
| 5160 Düren/5166 Kreuzau | 8860 Nördlingen |
| 5190 Stolberg | |
| 5275 Bergneustadt | |
| 5340 Bad Honnef/5330 Königswin- ter | |
| 5350 Euskirchen | |
| 5584 Alf/5584 Bullay | |

Die Feldarbeit - Interviews und Befundungen - begann am 03.04.1989 und konnte zwischenzeitlich fast vollständig abgeschlossen werden.

5. QUALITÄT DER ERHOBENEN DATEN

Es gibt noch zwei Punkte zur Durchführung dieser Studie, die man erwähnen sollte, und die die Frage der Qualität der erhobenen Daten betreffen, und zwar die Frage der Ausschöpfung und der Reliabilität.

5.1 Ausschöpfung

Eingangs wurden die Vorteile einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe herausgestellt. Mit einem besonderen Problem ist aber eine solche Stichprobe behaftet: Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig und nicht jeder, der per Zufall hierfür ausgewählt wurde, ist bereit, mitzuwirken. Es geht also darum:

- (1) die Anzahl der Ausfälle möglichst gering zu halten
und
- (2) zu prüfen, inwiefern die Ausfälle sogenannte "systematische" Ausfälle sind, die gerade durch ihre Nicht-Berücksichtigung die Ergebnisse verfälschen können.

Um die Anzahl der Ausfälle möglichst gering zu halten, sind eine Reihe von Maßnahmen ergriffen worden. Hervorzuheben sind vor allem das Unterstützungsschreiben des Bundesgesundheitsamtes, die Pressemitteilungen an die Lokalpresse in den einzelnen Untersuchungsgemeinden und die Probandengeschenke. Auch das Interview selbst - so zeigte die Erfahrung - leistet ein gutes Stück Motivationsarbeit für die Teilnahme an der zahnärztlichen Untersuchung.

Bei den Ausfällen ist es sehr wichtig, den Grund der Nicht-Teilnahme genau zu dokumentieren. Man unterscheidet üblicherweise in der empirischen Sozialforschung zwischen sogenannten "neutralen" und "nicht-neutralen" Ausfällen.

Als neutralen Ausfall betrachtet man es, wenn die Zielperson zum Beispiel inzwischen verzogen oder verstorben ist - zumindest für diese Studie würde man dies als neutralen Ausfall betrachten. Man nimmt an, daß diese Ausfälle die Ergebnisse nicht systematisch beeinflussen.

Als nicht-neutralen Ausfall betrachtet man es dagegen, wenn die Zielperson die Teilnahme verweigert, oder wenn sie nicht zu Hause angetroffen wird, verreist oder krank ist. Man geht davon aus, daß diese Ausfälle möglicherweise das Untersuchungsergebnis systematisch beeinflussen könnten. Wenn z.B. zahnärztliche Personen die Teilnahme verweigern, oder auch beruflich stark belastete Personen, die unter Umständen auch nie Zeit finden, zum Zahnarzt zu gehen, so weisen solche nicht-teilnehmenden Personen möglicherweise ein anderes Morbiditätsniveau auf als die Teilnehmer.

Hier liefert aber der IDZ-Studienansatz mit seiner zweistufigen Datenerhebungsphase die Möglichkeit, zumindest in Ansätzen der Frage nachzugehen, inwiefern sich die Ausfälle von den übrigen Probanden unterscheiden. Es gibt eine Reihe von Probanden, die zwar bereit sind, sich interviewen zu lassen, die aber zur zahnärztlichen Untersuchung nicht erscheinen. Aufgrund ihrer Interviewangaben läßt sich überprüfen, ob und in welchem Ausmaß sie sich vom Rest der Stichprobe unterscheiden - z. B. in der subjektiven Morbidität, in der Anzahl fehlender Zähne und im Zahnersatz aus dem subjektiven Bericht, in der Zahnarzt-Inanspruchnahme, in den Zahnputz- und Ernährungsgewohnheiten usw.

5.2 Reliabilität

Die Reliabilität der zahnärztlichen Befundungen ist Gegenstand einer Studie, die im Anschluß an die eigentliche Feldarbeit durchgeführt wird. An einer Stichprobe von $n = 15$ niedergelassenen Projekt-Zahnärzten wird die Einheitlichkeit der zahnärztlichen Befundung im Sinne einer sogenannten "Retest-Reliabilität" überprüft.

Diese Studie wird eine Abschätzung erlauben, wie groß die Abweichungen im Befundungsvorgehen zwischen den einzelnen Projekt-Zahnärzten sind. Es wird sich dann zeigen, bei welchen Befundungsteilen gute Übereinstimmung zwischen verschiedenen Untersuchern erzielt wurde und bei welchen Teilen u.U. mit größeren Abweichungen zu rechnen ist.

6. STUDIENERGEBNISSE

Als allererstes ist natürlich das zentrale Ergebnis dieser Studie zu nennen: Es werden mit ihr erstmals bevölkerungsrepräsentative Daten zum Mundgesundheitszustand und Versorgungsgrad in vier ausgewählten Altersgruppen erhoben. Die Wichtigkeit solcher Daten für die aktuelle und zukünftige gesundheits- und sozialpolitische Diskussion steht außer Frage.

Darüber hinaus bietet sich durch die Verknüpfung von Interview- und Befundungsdaten die Möglichkeit, einer weiten Palette von bisher wenig erforschten Fragestellungen nachzugehen.

Die Auswertung wird beispielsweise zeigen können, welchen Einfluß die Zahnarzt-Angst auf die Häufigkeit und Regelmäßigkeit der Zahnarztbesuche und wie dies wiederum evtl. Auswirkungen auf den zahnmedizinischen Befund hat.

Zentral ist selbstverständlich auch der Vergleich im objektiven Befund zwischen Probanden mit regelmäßigen Zahnarztbesuchen, Probanden mit unregelmäßiger Zahnarzt-Inanspruchnahme und Probanden ohne Zahnarztbesuche in den letzten Jahren. Diese Analyse wird nicht zuletzt die Frage der Reichweite von Patientenstichproben klären helfen.

Es ist vorgesehen, das Ergebnismaterial dieser oral-epidemiologischen Studie in der Materialienreihe des IDZ zu publizieren (Herbst 1990).