

Forschungsnotiz zur PAR-Behandlung

## Medizinische Gründe überwiegen

**Eine Detailauswertung der DMS IV-Studie zu PAR-Aspekten brachte ein interessantes Ergebnis zutage: Eine Zahnfleischbehandlung erfolgt hauptsächlich, weil medizinisch-klinische Gründe den Ausschlag geben. Was wie ein Selbstgänger klingt, ist aber noch lange nicht selbstverständlich: Bei anderen medizinischen Krankheitsbildern schwingen oft auch Faktoren aus dem personalen oder sozioökonomischen Umfeld für eine Behandlung mit. Die Auswertung zeigt, dass Zahnärzte hier medizinisch fokussiert arbeiten – versorgungspolitisch ein effektives Ergebnis.**

Nicht zuletzt durch die Ergebnisse der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV), die die hohe Vorkommenshäufigkeit parodontaler Erkrankungen in Deutschland empirisch bei einer bundesweiten Be-

Nach Selbstauskunft im sozialwissenschaftlichen Befragungsteil der DMS IV hatten 23,5 Prozent der Erwachsenen (35-44 Jahre) und 43,9 Prozent der bezahnten Senioren (65-74 Jahre) jemals in ihrem Le-

ben eine „Zahnfleischbehandlung (Parodontosebehandlung)“ durch einen Zahnarzt erhalten. Hierbei muss allerdings methodisch in Rechnung gestellt werden, dass die entsprechenden Angaben im Fragebogen subjektive Selbstauskünfte waren und dass zweifellos davon ausgegangen werden muss, dass hier ein Laienbegriff zur „Zahnfleischbehandlung“ zum Zuge kam und die Befragten womöglich nicht nur

die eigentliche PAR-Behandlung im Kopf hatten, sondern an eine gingivale Behandlung oder auch an die Prozedur einer Zahnsteinentfernung oder auch an Maßnahmen der professionellen Zahnreinigung (PZR) gedacht haben mögen. Insofern sollten die obigen Prävalenzangaben (23,5 Prozent beziehungsweise 43,9 Prozent) eher im Sinne einer Zahlenüberschätzung – jedenfalls in klinischer Hinsicht – interpretiert werden.

### Statistische Auswertung

Als statistisches Auswertungsverfahren wurde eine so genannte „Logistische Regressionsanalyse“ gewählt. Bei diesem Ver-

fahren kann der Einfluss mehrerer unabhängiger Variablen (Prädiktoren) auf eine Zielvariable (hier: Zahnfleischbehandlung ja/nein) untersucht werden. Die ermittelten „Odds Ratio (OR)“ stellen dann ein Assoziationsmaß dar, das ergibt, um welches Gewicht sich die Wahrscheinlichkeit für das Eintreffen einer bestimmten Ausprägung der Zielvariablen verändert, wenn sich die Ausprägung einer Einflussvariablen – unter Konstanzhaltung der übrigen in die Analyse einbezogenen Variablen – um eine Einheit verändert.

Folgende zwölf potentielle Einflussvariablen wurden aus der DMS IV für die Analyse abgeprüft:

- Regionalraum (Ost/West)
- Geschlecht
- Sozialstatus (niedrig/mittel/hoch)
- Mundhygieneniveau (gut/schlecht)
- gesundheitsbezogene Kontrollkognitionen
- allgemeines Inanspruchnahmeverhalten bei Zahnarztbesuchen (beschwerdenorientiert/kontrollorientiert)
- Zigarettenrauchen
- monatliches Haushaltseinkommen
- Art der Krankenversicherung (gesetzlich/privat)
- Wurzelkaries (ja/nein)
- Anzahl fehlender Zähne
- Attachmentverluste (Mittelwerte)

Die Auswahl dieser zwölf möglichen Einflussvariablen für eine mögliche Entscheidung auf eine „Zahnfleischbehandlung“ erfolgte sowohl aufgrund allgemeiner Plausibilitätsüberlegungen aus dem DMS IV-Datenbestand als auch aufgrund vorhandener Erkenntnisse aus der parodontalepidemiologischen Literatur.

Die Ergebnisse – jeweils für die Erwachsenen- und Seniorenkohorte – zeigen die beiden Tabellen.

## Medizinische Gründe überwiegen

Sowohl in der Erwachsenenengruppe (35-44-jährige) als auch in der Seniorengruppe (65-74-jährige) haben die klinisch-medizinischen Variablen den stärksten Erklärungswert für die Inanspruchnahme einer „Zahn-



Foto: ZÄK Nordrhein

Eine Detailauswertung zur DMS IV ergab: Bei Par-Behandlungen arbeiten Zahnärzte – unabhängig von Einflüssen wie Sozialstatus, Versicherung oder Region – mit rein medizinischem Fokus. Das ist versorgungspolitisch ein effektives Ergebnis.

völkerungsstichprobe belegt hatte, ist die Diskussion über neue Möglichkeiten entsprechender Versorgungsangebote einschließlich ihrer Systemgestaltung kräftig in Gang gekommen. Vor diesem Hintergrund erschien es nützlich, im Datenmaterial der DMS IV-Studie einmal genauer nachzuschauen, welche Personengruppen überhaupt schon einmal eine „Zahnfleischbehandlung“ in ihrem Leben erhalten hatten (sog. Lebensprävalenz) und welche möglichen Einflussfaktoren aus dem klinisch-medizinischen Bereich, aus dem Bereich der Verhaltensaspekte oder aus dem sozialen Umfeld ein statistisch signifikantes Gewicht im Hinblick auf die PAR-Inanspruchnahme aufwiesen.

## Erwachsene

Prädiktor	Kategorien	n	Präv.: ja (%)	Signifikanz	Odds Ratio
Attachmentverlust in mm (Mittelwerte) Quintile	< 1,86	190	11,8		1,00
	1,87–2,41	188	19,7	0,045	1,88
	2,42–2,84	171	26,9	0,001	2,81
	2,85–3,44	181	23,8	0,006	2,33
	3,45–8,81	178	38,2	0,000	3,87
Sozialstatus	niedrig	220	31,4		1,00
	mittel	371	23,9	0,056	0,67
	hoch	317	17,0	0,003	0,51
Ost/West	West	747	21,8		1,00
	Ost	169	30,8	0,026	1,60
Alle		916	23,5		

Tabelle 1: Ist bei Ihnen jemals vom Zahnarzt eine Behandlung des Zahnfleisches (Parodontose-Behandlung) durchgeführt worden?

## Senioren (ohne Zahnlose)

Prädiktor	Kategorien	n	Präv.: ja (%)	Signifikanz	Odds Ratio
Sozialstatus	niedrig	473	38,3		1,00
	mittel	165	54,5	0,008	1,69
	hoch	154	50,0	0,639	1,11
Krankenversicherung	gesetzlich	722	42,5		1,00
	privat	74	56,8	0,080	1,65
Attachmentverlust in mm (Mittelwerte) Quintile	1,08–2,97	158	34,2		1,00
	3,0–3,75	159	45,3	0,069	1,58
	3,76–4,46	158	41,3	0,209	1,38
	4,48–5,33	161	50,9	0,010	1,92
	5,34–11,17	157	47,1	0,005	2,07
Alle		793	43,9		

Tabelle 2: Ist bei Ihnen jemals vom Zahnarzt eine Behandlung des Zahnfleisches (Parodontose-Behandlung) durchgeführt worden?

fleischbehandlung“. Das kommt am stärksten bei Einbeziehung der Attachmentverluste (Mittelwerte) zum Ausdruck, würde sich aber auch – allerdings weniger stark – bei Einbeziehung des CPI oder der Sondierungstiefe zeigen. Nimmt man diese Variablen gemeinsam in die Analyse, setzt sich immer der Attachmentverlust (und zwar als Mittelwerte stärker als Maximalwerte) gegenüber den anderen klinisch-medizinischen Variablen durch, so dass diese im statistischen Gesamtergebnis verschwinden.

Als weitere eigenständige Einflussvariablen zeigen sich die ebenfalls einbezogenen Verhaltens- und Sozialvariablen, und zwar der Sozialstatus der befragten und untersuchten Personen und dann – jeweils kohortenabhängig – entweder noch die Regionalraumzugehörigkeit (Erwachsenengruppe) oder die Art der Krankenversicherung (Seniorengruppe). Alle anderen, hier untersuchten Variablen oder Merkmale korrelieren entweder mehr oder weniger stark mit den hier identifizierten Kernvariablen oder sie haben auch unabhängig von den anderen

Variablen keinen signifikanten Einfluss auf die Zielvariable.

Bemerkenswert ist noch die Richtungsänderung des Zusammenhangs mit dem Sozialstatus bei Erwachsenen und Senioren. Während die Inanspruchnahme einer „Zahnfleischbehandlung“ bei den Erwachsenen mit höherem Sozialstatus zurückgeht, ist es bei den Senioren umgekehrt. Damit stimmt überein, dass bei den Erwachsenen relativ mehr „Zahnfleischbehandlungen“ in Ostdeutschland durchgeführt werden beziehungsweise worden sind, während bei den Senioren ein Privatversicherterstatus (allerdings fallzahlbedingt nur schwach signifikant) mit ausschlaggebend für eine höhere Inanspruchnahme ist.

## Versorgungspolitisch relevant

Insgesamt ist dieses Gesamtergebnis als bemerkenswert einzustufen. Es ist nach der allgemeinen Erkenntnislage aus der Sozial-epidemiologie keineswegs selbstverständlich, dass sich bei einem behandlungsbedürftigen Erkrankungsbild immer und durchgängig ausschließlich medizinisch-klinische Gegebenheiten bei einer ärztlichen Inanspruchnahme durchsetzen, da Fragen der ökonomischen Lebenslage, soziale Ressourcen und Netzwerke oder auch Persönlichkeitsfaktoren (Gesundheitsbewusstsein, subjektive Krankheitsverarbeitung usw.) mehr oder weniger auf den „Entscheid“ durchschlagen können. Im Falle der „Zahnfleischbehandlung“ stehen jedenfalls bei denjenigen Bevölkerungsteilen, die sich überhaupt einer solchen Behandlung unterzogen haben, die klinisch-medizinischen Faktoren im Vordergrund – aus versorgungspolitischer Sicht ein effektives Ergebnis.

Dr. Dipl.-Sozw. Wolfgang Micheelis,  
Leiter des IDZ  
Dipl.-Vw., Dipl.-Ing. Ernst Schröder  
TNS Healthcare Gesundheitsforschung  
München

Korrespondenzadresse:  
Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)  
Universitätsstr. 73  
50931 Köln