

Die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V)

Studieninformation

Stand der Forschung

Die epidemiologische Durchsicht einschlägiger Studiendaten zur Verbreitung ausgewählter Oralerkrankungen hat ergeben, dass in Deutschland sowohl die Zahnkaries als auch die Parodontitis insgesamt eine hohe Prävalenz aufweisen; diesen sozialmedizinischen Tatbestand teilt Deutschland grundsätzlich mit den anderen europäischen und außereuropäischen Industrienationen im weltweiten Maßstab (Petersen et al., 2010). Der Kariessanierungsgrad, also der Anteil der behandelten Karies an der gesamten Karieslast durch das zahnärztliche Versorgungssystem in Deutschland, kann aber als hoch eingestuft werden.

Im Zeitvergleich ausgewählter Prävalenzdaten wird deutlich, dass sich in Deutschland deutliche Mundgesundheitsgewinne in der Bevölkerung nachweisen lassen, die insbesondere in der Kinderkohorte (12-Jährige) drastisch ausfallen. In dieser Altersgruppe hat sich Deutschland mit an die Spitze der internationalen Mundgesundheit gesetzt (WHO, 2013). Im Hinblick auf die orale Erwachsenengesundheit fällt auf, dass offenkundig ein deutlicher Zuwachs des natürlichen Zahnerhalts verzeichnet werden kann; jedoch mit der zahnmedizinischen Konsequenz, dass das Parodontitisrisiko entsprechend angestiegen ist, weil die eigenen Zähne im Lebensbogen der Menschen länger in der Mundhöhle stehen.

Für die Altersphase jenseits des 75. Lebensjahres, also der Höher- und Hochbetagten, liegen zur oralen Morbiditätssituation nur sehr verstreute Informationen aus regionalen Einzelstudien vor (IDZ, 2012). Diese Daten lassen allerdings erkennen, dass sowohl die zahnmedizinische Krankheitslast als auch der Versorgungsgrad der betagten Senioren und pflegebedürftigen Personen klaren Handlungsbedarf signalisieren; hier zeigen sich erhebliche Strukturschwächen eines primär ambulanten Versorgungssystems, das auf ein patientenseitiges Nachfrageverhalten nach zahnärztlichen Dienstleistungen aufbaut. Für diesen zuletzt angesprochenen Personenkreis bedarf es zweifellos neuer Formen einer „aufsuchenden“ Prophylaxe und Therapie, um die zahnmedizinische Versorgung und die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität speziell der alten und pflegebedürftigen Menschen in Deutschland nachhaltig zu verbessern.

Eigene Vorarbeiten

Das Institut der Deutschen Zahnärzte hat folgende Vorläuferstudien in Kooperation mit Kantar Health GmbH und deren Vorgängerinstituten (TNS Gesundheitsforschung, I+G Gesundheitsforschung, TNS Healthcare) durchgeführt:

a) Erste Deutsche Mundgesundheitsstudie:

Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse des nationalen IDZ-Survey 1989. W. Micheelis, J. Bauch (Gesamtbearbeitung), mit Beiträgen von J. Bauch, P. Dünninger, R. Eder-Debye, J. Einwag, J. Hoeltz, K. Keß, R. Koch, W. Micheelis, R. Naujoks, K. Pieper, E. Reich, E. Witt, IDZ-Materialienreihe Band 11.1, ISBN 3-7691-7825-4, Deutscher Ärzte-Verlag, 1991

b) Zweite Deutsche Mundgesundheitsstudie:

Mundgesundheitszustand und -verhalten in Ostdeutschland. Ergebnisse des IDZ-Ergänzungssurvey 1992. W. Micheelis, J. Bauch (Gesamtbearbeitung), mit Beiträgen von J. Bauch, A. Borutta, J. Einwag, J. Hoeltz, W. Micheelis, P. Potthoff, E. Reich, H. Stechemesser, IDZ-Materialienreihe Band 11.3, ISBN 3-7691-7834-3, Deutscher Ärzte-Verlag, 1993

c) Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie:

Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997. W. Micheelis, E. Reich (Gesamtbearbeitung), mit Beiträgen von R. Heinrich, M. John, E. Lenz, W. Micheelis, P. Potthoff, E. Reich, P. A. Reichart, U. Schiffner, E. Schroeder, I. von Törne, K.-P. Wefers, IDZ-Materialienreihe Band 21, ISBN 3-7691-7848-3, Deutscher Ärzte-Verlag, 1999

d) Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie:

Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Neue Ergebnisse zu oralen Erkrankungsprävalenzen, Risikogruppen und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad in Deutschland 2005. W. Micheelis, U. Schiffner (Gesamtbearbeitung), mit Beiträgen von T. Hoffmann, M. John, T. Kerschbaum, W. Micheelis, P. Potthoff, E. Reich, U. Reis, F. Reiter, U. Schiffner, E. Schroeder, IDZ-Materialienreihe Band 31, ISBN 13: 978-3-934280-94-3, Deutscher Zahnärzte Verlag, 2006.

Ziele der aktuellen Studie

Die DMS V ist als epidemiologische Querschnittsstudie konzipiert, mit der der aktuelle klinisch-zahnmedizinische Mundgesundheitszustand, das Mundgesundheitsverhalten anhand einer sozialwissenschaftlichen Befragung und der zahnärztliche Versorgungsgrad in Deutschland erhoben werden sollen. Die Studie konzentriert sich – entsprechend den internationalen Vorgaben – auf ausgewählte Indikator-Altersgruppen. Wie schon in den Vorgängerstudien sind dies die 12-Jährigen (Kinder), die 35- bis 44-Jährigen (Erwachsene) und die 65- bis 74-Jährigen (Senioren I). Außerdem werden erstmalig 75-jährige und ältere Zielpersonen (Senioren II) in das Stichprobenmodell integriert.

Vorgehensweise

Analog der Vorgehensweise bei den DMS III/IV sollen die Untersuchungen in 90 bundesweit repräsentativ und zufällig ausgewählten Samplepoints (aus Vergleichsgründen disproportionaler Ansatz mit 60 Points im Westen, 30 Points im Osten) stattfinden. Auswahlgrundlage ist eine Schichtung von Deutschland nach den Merkmalen Bundesländer und Gemeindegrößen-

klassen. Die Namen und Adressen der einzuladenden Probanden (Zielpersonen) werden aus den Meldedateien der Einwohnermeldeämter gezogen.

Die auf diese Weise ermittelten Zielpersonen erhalten Einladungsschreiben mit Terminvorschlägen für den Besuch eines Untersuchungszentrums, wo die sozialwissenschaftliche Befragung und die zahnmedizinische Befundung stattfinden. Diese Schreiben werden durch die Einsatzzentrale von Kantar Health in München verschickt, bei der auch die Rücklaufkontrolle vorgenommen wird und entsprechende Erinnerungsschreiben oder Terminbestätigungen an die Probanden versendet werden. Probanden des Moduls Senioren II wird alternativ auch ein Hausbesuch durch den Studienzahnarzt in der zweiten Wochenhälfte angeboten. Die Einsatzzentrale unterhält außerdem eine für die Probanden kostenlose telefonische Hotline für Rückfragen der Zielpersonen zur Studie oder individuelle Terminvereinbarungen.

Für die Erhebungen in den 90 Points werden parallel vier Teams mit je einem Zahnarzt/einer Zahnärztin und zwei Interviewern/Interviewerinnen im Einsatz sein. Zusätzlich wird ein Backup-Team vorgehalten.

Eine Woche vor Eröffnung des Untersuchungszentrums im Point beginnt der erste Interviewer (Kontakter) mit seiner Arbeit. Er informiert Gemeindeverwaltung sowie örtliche Presse und Polizei über die bevorstehende Studie und inspiziert vorab die angemieteten Untersuchungsräume. Seine Hauptaufgabe aber besteht darin, mit allen Probanden Kontakt aufzunehmen, die sich trotz mehrfacher Einladung noch nicht bei der Zentrale in München gemeldet haben, um eine Terminvereinbarung für die kommende Untersuchungswoche zu erreichen. Nach einer Woche Arbeit am Point übergibt der Kontakter alle Unterlagen zur Nachbereitung an seinen Interviewerkollegen, der dann mit dem/der Zahnarzt/Zahnärztin zusammen im Untersuchungszentrum die Erhebungen durchführt. Dabei ist der Interviewer für den Empfang der Probanden, die Aufklärung über den Datenschutz, das Einholen der Einverständniserklärung, die Erhebung des sozialwissenschaftlichen Fragebogens sowie weitere Nachfassarbeiten bei den Probanden zuständig, während der Zahnarzt die klinische Befundung durchführt und auch selbst die Befundung in der entsprechenden Eingabemaske am Laptop dokumentiert.

Jedes Team bearbeitet einen Point pro Woche an insgesamt sechs Arbeitstagen. Nach jeweils drei Wochen Arbeitszeit wird eine Woche pausiert. Die Untersuchungen und Befragungen erfolgen in geeigneten Untersuchungsräumen, die in der Regel von den Gemeinden zur Verfügung gestellt bzw. angemietet werden. Alle vier Altersgruppen werden – wie gewohnt – mit Terminvorgabe an den ersten drei Tagen der Untersuchungswoche in ein Untersuchungszentrum eingeladen. Die zweite Wochenhälfte ist für Untersuchungen durch Hausbesuche reserviert, da bei der Gruppe der 75-Jährigen und Älteren mit steigendem Alter auch eine vermehrte Immobilität zu erwarten ist, die den Besuch eines Untersuchungszentrums unter Umständen unmöglich macht.

Da sich die Teams nur eine recht kurze Zeit an einem Standort aufhalten und daher einige Probanden Zeitprobleme haben werden, um genau in dieser Zeit an der Untersuchung teilnehmen zu können, schließt sich an die reguläre Feldzeit noch eine Nacharbeitsphase an, während der einzelne Points noch einmal angefahren werden, um eventuell zu einem späteren Zeitpunkt zusätzliche Untersuchungen realisieren zu können.

Für jede der Zielpersonen wird ein Adressprotokoll geführt, das alle Kontakte mit der entsprechenden Person dokumentiert und zwar über alle Feldphasen hinweg. Die Ergebnisse der Bemühungen werden mit (Ausfall-)Codes versehen. Auf diese Weise kann stets der aktuelle Stand abgelesen werden. Konnte keine Untersuchung realisiert werden und es wurde im Vorfeld keine Verweigerung ausgesprochen, erhalten die Zielpersonen im Rahmen einer Non-Response-Analyse einen schriftlichen Kurzfragebogen zugesandt oder werden noch einmal von einem Interviewer angerufen. Die Auswertung dieser Fragebogen erlaubt es abzuschät-

zen, ob durch die Nichtteilnahme dieser Personengruppe Verzerrungen für die Studienergebnisse zu erwarten sind.

Alle Probanden erhalten eine kleine Aufwandsentschädigung, auf Wunsch wird in Einzelfällen auch Fahrgeld erstattet.

Um eine hohe Qualität der zahnärztlichen Befundungsgüte zu gewährleisten, werden die Zahnärzte durch Experten im Vorfeld kalibriert. Auf die direkt anschließende Reliabilitätsprüfung folgen zwei weitere Reliabilitätsüberprüfungen während der Feldphase.

Die Reliabilitätsprüfungen sollen grundsätzlich an den Zielerkrankungen stattfinden:

- o Kariesbefundung,
- o Sondierungstiefenmessung und Bestimmung des Attachmentlevels,
- o Feststellung der Versorgung mit Zahnersatz,
- o Bestimmung von Mundschleimhauterkrankungen.

Alle klinischen Befunde werden durch die Projektzahnärzte während der Befunderhebung codiert und sofort mit Hilfe eines Laptop gespeichert. Die Eingabe der epidemiologischen Befunde erfolgt in das eigens hierfür erstellte Programm DentaSoft. Die Untersucher haben hierzu im Vorwege ein bebildertes Untersuchungsmanual erhalten, das während der Feldarbeit als Kalibrierungshandbuch genutzt werden kann. Das Erfassungsprogramm und das Handbuch sind aufeinander abgestimmt.

Für die klinische Untersuchung steht ein einfacher Untersuchungsstuhl zur Verfügung, mit dem die zu untersuchende Person in eine halb liegende Position gebracht wird. Zur besseren Erkennbarkeit von Zahn- und Füllungsflächen werden diese mit Hilfe von Watterollen getrocknet. Für jede untersuchte Person wird ein heißluftdesinfiziertes Instrumentarium verwendet, das nach der Untersuchung gereinigt, desinfiziert und vor der weiteren Verwendung täglich heißluftdesinfiziert wird. Das Vorgehen entspricht den neuesten Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts zur Aufbereitung von Medizinprodukten (RKI, 2012).

Dokumentation der Befunde

Karies

Zur Befundung von kariösen Veränderungen an den Zahnkronen wird der DMF-Index erhoben. Dieser Index erfasst Zähne/Zahnflächen, welche aufgrund von Karies zerstört, gefüllt oder extrahiert sind. Dabei steht "D" für kariös zerstörte Zahnflächen ("Decayed"), "M" ("Missing") für Zähne, welche aufgrund kariöser Zerstörung entfernt wurden, und "F" ("Filled") für gefüllte Zahnflächen. Wird diese Beurteilung für jede Zahnfläche durchgeführt, so errechnet sich aus der Addition der betroffenen Zahnflächen der DMFS-Wert („S“ = "Surfaces"). Aus diesen Daten kann durch Zusammenfassen der an jeweils einem Zahn vorliegenden Befunde der DMFT-Index errechnet werden ("T" = "Teeth"). Sofern mindestens eine Zahnfläche kariös oder gefüllt ist, wird der ganze Zahn als "DMF-Zahn" gewertet.

Die Kariesbefunde werden im Kronenbereich nur visuell und nicht durch das Sondieren mit einer spitzen Sonde überprüft. Dieses Vorgehen steht in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der WHO für epidemiologische Feldstudien (WHO, 1997; John et al., 1999). Es wird berücksichtigt, dass die Anwendung einer spitzen Sonde zu keiner verbesserten Kariesdiagnostik führt und dass durch Anwendung der spitzen Sonde zum Zwecke der Kariesdiagnostik oberflächliche Schmelzdefekte entstehen können, welche die Entwicklung von Demineralisationen fördern können (Ekstrand, Qvist und Thylstrup, 1987; van Dorp, Extercate und ten Ca-

te, 1988; Lussi, 1993). In der vorliegenden Studie wird daher lediglich eine stumpfe PA-Sonde verwendet, um ggf. Versiegelungen oder Füllungsänderungen besser beurteilen zu können.

Füllungen

Im DMF-Index werden nur Füllungen registriert, welche aufgrund von Karies gelegt worden sind. Ist eine Füllung aus anderen Gründen als Karies bedingt (Trauma, Hypoplasie oder Missbildung), so wird diese nicht registriert. In der Regel jedoch wurde die Füllung als kariesbedingt angesehen, sofern nicht typische Lokalisationen oder Formen (z. B. Frontzahn-Eckenaufbau) oder exakte Angaben des Untersuchten andere Gründe als Karies plausibel erscheinen lassen.

Beim flächenbezogenen DMFS-Index ist zu unterscheiden zwischen Flächen, die aufgrund von Karies gefüllt wurden und solchen Flächen, die aus Gründen des Zugangs zu benachbarten kariösen Flächen oder aus Gründen der Retention gefüllt wurden.

Entwicklungsbedingte Defekte: Molaren-Inzisivi-Hypomineralisation

Unter entwicklungsbedingten Defekten werden im Besonderen Molaren-Inzisivi-Hypomineralisationen erfasst. Diese sind in der Regel an mehreren Schneidezähnen und Molaren als weißlich oder gelblich verfärbten Schmelzareale zu erkennen.

Erworbene Defekte: Erosionen

Mit zunehmender Zahnerhaltung und bei rückläufigem Kariesbefall stehen vermehrt Zähne und Zahnflächen in der Mundhöhle, die anderen Erkrankungsrisiken ausgesetzt sind. Neben der Registrierung von Zahnfrakturen und Abrasionen gilt das Interesse vor allem der Prävalenz von Erosionen, da bei rückläufigen Zahlen extrahierter Zähne eine Zunahme der Erosionsprävalenz erwartet wird. Erosionen werden anhand der Basic Erosive Wear Examination (BEWE) erfasst (Schlüter, Klimek und Ganß, 2011).

Wurzelkaries

Voraussetzung für eine Wurzelkaries ist, dass Teile der Wurzeloberfläche frei von der Gingivabedeckung sind. Es werden nur Befunde an eindeutig als frei von Gingiva erkennbaren Wurzeloberflächen erhoben. Eine Wurzel wird als kariös gewertet, wenn eine Kavitätenbildung mit oder ohne Erweichung feststellbar war. Erscheint die Karies auf einer Zahnwurzel eine Fortsetzung einer ausgedehnten Kronenkaries zu sein, die sich nicht mehr als 2 mm auf das angrenzende Wurzelareal erstreckt, so wird für die Wurzel kein Kariesbefund notiert. Bei größeren Defekten der Wurzel wird hingegen von einer eigenständigen Wurzelkaries ausgegangen, und diese wird registriert. Auch für die Wurzelkaries wird zwischen aktiven und inaktiven Läsionen unterschieden. Als Kennzeichen einer aktiven Wurzelkaries gilt eine – meist plaquebedeckte – braune (gelbe, rötlich bis braune) Wurzeloberfläche mit unterschiedlichem Substanzverlust und weicher bis lederartiger Textur. Eine inaktive Wurzelkaries wird vermerkt, wenn der Substanzverlust mit dunkelbrauner bis schwarzer Wurzeloberfläche und harter Oberfläche, meist plaquefrei, einhergeht. Die Registrierung erfolgt als Flächenbefund an jeweils maximal 4 Zahnflächen pro Zahn.

Parodontale Befunderhebung

Die parodontale Befunderhebung erfolgt in Anlehnung an die vorausgegangenen Mundgesundheitsstudien. Darüber hinaus finden aktuelle Entwicklungen der epidemiologischen Befunderhebungen Berücksichtigung (Albandar, 2011).

Alle Befunde werden bei Erwachsenen und Senioren an folgenden Indexzähnen (Ramfjord, 1959) erhoben:

17, 16 11 24 26, 27
47, 46 44 31 36, 37

In der Altersgruppe der Erwachsenen und der Senioren I werden nach einem Zufallsverfahren 10 % der Probanden mit einer parodontalen Vollerhebung („full mouth design“) untersucht. Das Vorgehen entspricht hierbei der indexzahnbezogenen Messung; allerdings findet diese an allen Zähnen des Gebisses statt. Weil bei den Senioren II ein Restzahngebiss zu erwarten ist, wird in dieser Altersgruppe grundsätzlich eine parodontale Vollerhebung durchgeführt. Dieses Vorgehen stellt einen in der Wissenschaft akzeptierten Kompromiss in der parodontalepidemiologischen Forschung dar, um durch die Ermittlung eines Korrekturfaktors die parodontalepidemiologische Überschätzung beim indexzahnbezogenen Vorgehen aufzuheben und andererseits den Zeitbedarf bei der Parodontalmessung in einem verträglichen Rahmen zu halten (Holmgren und Corbet, 1990; Albandar, 2011).

Papillen-Blutungs-Index

Anstelle der parodontalen Messung wird bei Kindern der Papillen-Blutungs-Index bestimmt, weil hier nicht mit fortgeschrittenen parodontalen Läsionen zu rechnen ist. Die Blutung des Sulkus bzw. der parodontalen Tasche wird mittels WHO-Sonde durch Ausstreichen des Sulkus der mesialen und distalen Papille provoziert (Saxer und Mühlemann, 1975). Der Sondierungsdruck beträgt maximal 20 g („Fingernagelprobe“). Es erfolgt eine einmalige Sondierung von der Papillenbasis zur Spitze an den Indexzähnen.

Sondierungstiefe

Die Sondierungstiefe wird mittels WHO-Sonde erhoben und in mm angegeben. Der Sondierungsdruck beträgt maximal 20 g. Unter Zahnkontakt wird parallel zur Zahnachse in den Sulkus bzw. die Tasche eingegangen und die Distanz vom Marginalsaum der Gingiva bis zum Sulkus-/Taschenfundus an folgenden Messstellen pro Indexzahn bestimmt:

- mesiovestibulär
- mediovestibulär
- distoorale

Attachmentverlust

Der Attachmentverlust wird ebenfalls mit der WHO-Sonde bestimmt und an denselben Stellen wie die Messung der Sondierungstiefe erhoben. Er setzt sich aus der Summe der Werte für Sondierungstiefe und Rezession zusammen. Die Schmelz-Zement-Grenze (SZG) dient als koronaler Referenzpunkt (Clerehugh und Lennon, 1984). Im Falle einer sichtbaren SZG wird der Abstand zwischen SZG und Marginalsaum auf einen Millimeter genau gemessen und notiert. Befindet sich der Gingivarand am entsprechenden Messpunkt koronal der SZG und ist diese tastbar, wird nach Ertasten derselben die Distanz zwischen SZG und Marginalsaum in Millimetern gemessen und der Wert mit einem negativen Vorzeichen notiert. Der Attachmentverlust wird letztlich aus der Summe von Rezession und ST berechnet. Bei subgingival liegender SZG bedeutet das, dass der Rezessionswert von der Sondierungstiefe abgezogen wird.

Prothetische Befunde

Viele prothetische Befunde wie Brückenversorgungen oder die Versorgung mit Teil- oder Vollprothesen ergeben sich bereits aus dem Zahnbefund. An dieser Stelle soll weiter differenziert werden, um welche Art Zahnersatz es sich ggf. handelt. Zusätzlich sollen Informationen über das Trageverhalten des herausnehmbaren Zahnersatzes über eine mündliche Abfrage erhoben werden.

Die Zahnersatzformen werden, getrennt nach Ober- und Unterkiefer, wie folgt registriert:

- a) Einfache Kunststoffteilprothese mit gebogenen Halteelementen
- b) Modellguss-Prothese
- c) Kombiniertes Zahnersatz mit aufwendiger Verankerung (Teleskop-, Steg-, Geschiebe-Prothese)
- d) Hybridprothese (ausschl. Verankerungselement auf Wurzelkappen)
- e) Vollprothese

Mundschleimhautbefunde

Die systematische Befundung der Mundschleimhaut erfolgt ab der Erwachsenenkohorte. Bei vorliegendem Befund wird eine lokale fotografische Aufnahme der Läsion durchgeführt für ein evtl. diagnostisches Konsil. Die Inspektion der Mundschleimhaut erfolgt mit zwei Mundspiegeln nach standardisiertem Vorgehen. Die Läsionsgröße wird nicht erfasst. Folgende Läsionsformen werden erfasst: Karzinom, Leukoplakie, Erythroplakie, Lichen planus, Candida, Raucherkeratose, prothesenbedingte Veränderungen, sonstige Veränderungen. Die Auswahl der Mundschleimhautläsionen basiert auf den Empfehlungen der WHO (WHO, 1980; Ramanathan et al., 1995). Die Lokalisation der Läsionen wird in der Erfassungssoftware nach einem Codierschema basierend auf Roed-Petersen und Renstrup (1969) erfasst.

Sozialwissenschaftliche Erhebung

Neben der zahnärztlichen Untersuchung erfolgt eine Befragung mittels schriftlichem Fragebogen. Die Eckpunkte zum sozialwissenschaftlichen Erhebungsteil sind hier mit den allgemeinen Abfrageparametern dargestellt:

1. Allgemeines Mundgesundheitsempfinden
2. Kognitive Kontrollorientierung zur Zahngesundheit
3. Zwischenmahlzeiten
4. Mundpflegegewohnheiten/Prothesenhygiene
5. Zurückliegende Parodontalbehandlung und regelmäßige PZR
6. Inanspruchnahmehäufigkeit zahnärztlicher Dienste
7. Soziale Zahnarztbindung
8. Subjektive Zufriedenheit mit Zahnersatz
9. SOC-Ausprägung (Sense of Coherence)
10. Tabak-/Alkoholkonsum
11. Subjektiver Morbiditätsstatus
12. Fragen zur Kindheit/Lebensverlauf
13. Soziodemographie/Pflegestatus
14. Trageverhalten herausnehmbaren Zahnersatzes
15. Wohnort (BL) und Geburtsort (wenn D, dann BL; sonst Land)

Besondere Fragen ergeben sich bei den 75-Jährigen und Älteren. Neben einer deutlichen Kürzung und Straffung werden die schriftlichen Befragungsschwerpunkte bei dieser Altersgruppe auf folgenden Aspekten liegen:

1. Spezielles Mundgesundheitsempfinden
2. Allgemeines Gesundheitsempfinden
3. Inanspruchnahmemuster/Betreuungsmuster zahnärztlicher Dienste
4. Subjektive Zufriedenheit mit Zahnersatz
5. Inanspruchnahmemuster/Betreuungsmuster ärztlicher Dienste
6. Orale Schmerz Wahrnehmungen (Zähne/Zahnfleisch/Mundschleimhaut/Prothetik)
7. Behindertenstatus/Grad der Behinderung
8. Pflegestatus und Pflegekontext
9. evtl. Hilfebedarfe (zur Haushaltsführung)
10. Trageverhalten herausnehmbaren Zahnersatzes
11. Abfrage zur altersspezifischen Ernährungsweise und Nahrungsaufnahme
12. Allgemeiner Mobilitätsstatus
13. Soziodemographie (reduziert)
14. Wohnort (BL) und Geburtsort (wenn D, dann BL; sonst Land)

Erhebungszeitraum

Es ist geplant, dass alle klinischen Erhebungen und sozialwissenschaftlichen Befragungen zwischen Oktober 2013 und Juni 2014 verwirklicht werden können. Eventuelle Nacherhebungen sind bis Ende Oktober 2014 eingeplant, sofern auf einzelnen Points keine befriedigenden Ausschöpfungsquoten erreicht werden konnten. Die wissenschaftlich-statistischen Auswertungen des gesamten Datensatzes werden ca. ein Kalenderjahr in Anspruch nehmen und für 2016 ist eine Basispublikation in der IDZ-Materialienreihe geplant.