



INSTITUT DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

Wolfgang Micheelis, Jost Bauch
(Gesamtbearbeitung)

Mundgesundheits- zustand und -verhalten in Ostdeutschland

Ergebnisse des IDZ-Ergänzungssurvey 1992

Mit Beiträgen von:

Annerose Borutta, Jost Bauch,
Johannes Einwag, Jürgen Hoeltz,
Wolfgang Micheelis, Peter Potthoff,
Elmar Reich, Helga Stechemesser

Materialienreihe
Band 11.3

Mundgesundheitszustand und -verhalten in Ostdeutschland

Materialienreihe
Band 11.3

Wolfgang Micheelis, Jost Bauch
(Gesamtbearbeitung)

Mundgesundheits- zustand und -verhalten in Ostdeutschland

Ergebnisse des IDZ-Ergänzungssurvey 1992

Mit Beiträgen von:

Annerose Borutta, Jost Bauch, Johannes Einwag,
Jürgen Hoeltz, Wolfgang Micheelis, Peter Potthoff,
Elmar Reich, Helga Stechemesser

Herausgeber:

Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)

in Trägerschaft von

Bundeszahnärztekammer

– Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V. –

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – Körperschaft des öffentl. Rechts –
50931 Köln, Universitätsstraße 71–73



Deutscher Ärzte-Verlag Köln 1993

Gesamtbearbeitung:

Dr. Wolfgang Micheelis
Dr. Jost Bauch
Institut der Deutschen Zahnärzte
Köln

Redaktion:

Dorothee Fink
Institut der Deutschen Zahnärzte
Köln

Übersetzung (Abstract) :

Philip Slotkin, M.A. Cantab. M.I.T.I.
London

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Mundgesundheitszustand und -verhalten in Ostdeutschland:
Ergebnisse des IDZ-Ergänzungssurvey 1992 / Hrsg.: Institut der
Deutschen Zahnärzte (IDZ). Wolfgang Micheelis; Jost Bauch
(Gesamtbearb.). Mit Beitr. von: Annerose Borutta ... – Köln:
Dt. Ärzte-Verl., 1993
(Materialienreihe / Institut der Deutschen Zahnärzte; Bd. 11.3)
ISBN 3-7691-7834-3

NE: Micheelis, Wolfgang [Bearb.]; Borutta, Annerose; Institut der
Deutschen Zahnärzte <Köln>;
Materialienreihe

ISBN 3-7691-7834-3

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Genehmigung des Verlages.

Copyright © by Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln 1993

Gesamtherstellung: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	11
1 Vorwort	13
2 Zusammenfassung/Abstract	17
Wolfgang Micheelis	
Teil A	
Grundlagen und Studiendesign	
3 Forschungsziele und Grundaufbau des Projektes	29
Wolfgang Micheelis, Peter Potthoff, Jürgen Hoeltz	
3.1 Vorbemerkung	29
3.2 Literaturlandschaft	30
3.3 Zielbestimmungen des Projektes	32
3.4 Projektaufbau und -ablauf	35
3.5 Literaturverzeichnis	39
Teil B	
Aufbau und Inhalte der Erhebungsinstrumente	
4 Erhebungsmodell der Mundgesundheitsstudie Ost und Stichprobenvergleich Soll-Ist	43
Peter Potthoff, Wolfgang Micheelis, Helga Stechemesser	
4.1 Vorbemerkung	43
4.2 Stichprobenbildung	43
4.3 Organisation der Feldarbeit	45
4.4 Kalibrierung und Reliabilitätsprüfungen	49
4.5 Realisierte Stichprobe	50
4.5.1 Erzielte Stichprobengröße und Ausschöpfung	50
4.5.2 Stichprobenstruktur	52
4.6 Zusammenfassung zur Güte der Stichprobe	56
4.7 Literaturverzeichnis	57

5	Das Kalibrierungskonzept einschließlich der Reliabilitätsprüfungen	59
	Elmar Reich, Johannes Einwag, Wolfgang Micheelis	
5.1	Vorbemerkungen	59
5.2	Untersucherkalibrierung	59
5.3	Plausibilitätsprüfung der Originaldatensätze nach Abschluß der Feldphase	60
5.4	Reliabilitätskontrolle Kariologie und Parodontologie	60
5.4.1	Kariologie	60
5.4.2	Parodontologie	61
5.5	Tabellenanhang	64
5.6	Literaturverzeichnis	72
5.7	Anhang Zahnmedizinische Befundbögen	73

Teil C

Einzelergebnisse, Zusammenhänge und Diskussion

6	Ergebnisse zur Prävalenz von Karies und Dentalfluorose	
	Johannes Einwag	81
6.1	Vorbemerkung	81
6.2	Ergebnisse zur Verbreitung von Karies	81
6.2.1	Methodisches Vorgehen	81
6.2.2	Mittlere DMF-T- und DMF-S-Werte	82
6.2.3	Verteilung der Ergebnisse innerhalb der Altersgruppen ..	84
6.2.4	Sanierungsgrad und Behandlungsbedarf	85
6.2.5	Der Einfluß von Geschlecht und Sozialschicht auf DMF-T und Sanierungsgrad	88
6.2.5.1	Geschlecht	88
6.2.5.2	Sozialschicht	89
6.2.6	Der Einfluß der Trinkwasserfluoridierung auf DMF-T und DMF-S	90
6.2.7	Vergleich mit den Ergebnissen der IDZ-Studie „West“ aus dem Jahr 1989	91
6.2.7.1	Mittlere dmf-t(s)/DMF-T(S)-Werte in den verschiedenen Altersgruppen	91
6.2.7.2	Sanierungsgrad und Behandlungsbedarf	95
6.2.7.3	Vergleich mit weiteren nationalen Studien	96
6.3	Ergebnisse zur Prävalenz der Dentalfluorose	98
6.4	Zusammenfassung	99
6.5	Tabellenanhang	100
6.6	Literaturverzeichnis	104

7	Ergebnisse zur Prävalenz von Parodontopathien	105
	Elmar Reich	
7.1	Vorbemerkungen	105
7.2	Methodik	106
7.3	Ergebnisse	106
7.3.1	Plaques	106
7.3.2	Zahnstein	107
7.3.3	Papillen-Blutungs-Index (PBI)	107
7.3.4	CPITN-Index-System	108
7.3.5	Behandlungsbedarf	110
7.3.6	Attachmentverlust	111
7.3.7	Soziale Faktoren und Verhaltensmerkmale	113
7.4	Diskussion	115
7.5	Zusammenfassung	118
7.6	Tabellenanhang	119
7.7	Literaturverzeichnis	123
8	Ergebnisse zum prothetischen Versorgungsstatus	125
	Johannes Einwag	
8.1	Vorbemerkung	125
8.2	Versorgung mit Zahnersatz	125
8.2.1	Basisdaten	125
8.2.2	Art der Versorgung	126
8.2.3	Zahnlosigkeit	127
8.3	Einfluß von Geschlecht und Sozialstatus auf die Anzahl der fehlenden Zähne sowie Umfang und Art des Zahnersatzes	128
8.3.1	Fehlende Zähne in Abhängigkeit von Geschlecht und Sozialstatus	128
8.3.2	Nicht ersetzte Zähne in Abhängigkeit von Geschlecht und Sozialstatus	129
8.3.3	Art des Zahnersatzes in Abhängigkeit von Geschlecht und Sozialstatus	130
8.3.4	Totaler Zahnverlust in Abhängigkeit von Geschlecht und Sozialstatus	131
8.4	Vergleich mit den Ergebnissen weiterer nationaler Studien	132
8.5	Zusammenfassung	135
8.6	Tabellenanhang	136
8.7	Literaturverzeichnis	138

9	Ergebnisse zum sozialwissenschaftlichen Erhebungsteil ..	139
	Wolfgang Micheelis, Jost Bauch	
9.1	Vorbemerkung	139
9.2	Das Inanspruchnahmeverhalten	140
9.2.1	Inanspruchnahmeverhalten und Karies	143
9.2.2	Inanspruchnahmeverhalten und Parodontalgesundheit	147
9.3	Das Mundhygieneverhalten	149
9.3.1	Mundhygieneverhalten und Karies	152
9.3.2	Mundhygieneverhalten und Parodontalgesundheit	154
9.4	Das Ernährungsverhalten	156
9.4.1	Ernährungsverhalten und Karies	158
9.4.2	Ernährungsverhalten und Parodontalgesundheit	160
9.5	Subjektive Kontrollüberzeugungen zur Zahngesundheit und zur Zahngesundheitsvorsorge	162
9.6	Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem	166
9.6.1	Mundgesundheitsaufklärung	166
9.6.2	Soziale Zahnarztbindung	168
9.7	Exkurs: Kieferorthopädischer Versorgungsstatus	170
9.8	Exkurs: Orale Parafunktionen	171
9.9	Exkurs: Zielkrankheiten nach sozialem Qualifikationsstatus der Stichprobenpopulationen in der Übersicht	175
9.10	Literaturverzeichnis	178
9.11	Anhang Dokumentation der Selbstausfüllbögen	181
9.11.1	Selbstausfüllbogen für die Kindergruppe 8/9 Jahre	181
9.11.2	Selbstausfüllbogen für die Jugendlichengruppe 13/14 Jahre	191
9.11.3	Selbstausfüllbogen für die Erwachsenengruppe 35 – 54 Jahre	203
10	Ergebnisse zum Stadt-Land-Gefälle der zahn- medizinischen Befundungsdaten	215
	Annerose Borutta	
10.1	Vorbemerkung	215
10.2	Ergebnisse zur Verbreitung der Karies unter Berücksichtigung der Gemeindegrößen innerhalb der Altersgruppen	215
10.2.1	Altersgruppe Kinder 8/9 Jahre	215
10.2.2	Altersgruppe Jugendliche 13/14 Jahre	217
10.2.3	Altersgruppe Erwachsene 35 – 54 Jahre	218
10.3	Ergebnisse zur Prävalenz von Parodontopathien unter Berücksichtigung der Gemeindegrößen innerhalb der Altersgruppen	220
10.3.1	Altersgruppe Kinder 8/9 Jahre	220

10.3.2	Altersgruppe Jugendliche 13/14 Jahre	221
10.3.3	Altersgruppe Erwachsene 35 – 54 Jahre	222
10.4	Ergebnisse zur Verbreitung der Dentalfluorose unter Berücksichtigung der Gemeindegröße	223
10.5	Ausgewählter Literaturvergleich	223
10.6	Tabellenanhang	225
10.7	Literaturverzeichnis	232

Teil D

Gesamtdeutsche Kennziffern und internationaler Vergleich

11	Bildung gesamtdeutscher Kennziffern zur Karies- und Parodontitisprävalenz	235
	Jost Bauch, Annerose Borutta, Johannes Einwag, Wolfgang Micheelis, Elmar Reich	
11.1	Einleitung	235
11.2	Grundlagen und Ergebnisse zur Kariesprävalenz	235
11.3	Ergebnisse zum Zahnverlust und dessen Versorgung	238
11.4	Ergebnisse Parodontitisprävalenzberechnung	239
11.5	Literaturverzeichnis	241
12	Die Einordnung des Datenmaterials in den internationalen Rahmen der Oralepidemiologie	243
12.1	Zur Kariesprävalenz	243
	Johannes Einwag	
12.2	Literaturverzeichnis	245
12.3	Zur Parodontitisprävalenz	246
	Elmar Reich	
12.4	Literaturverzeichnis	250
	Verzeichnis der Autoren	251

Geleitwort

Gerne komme ich der Bitte der Referatsleiter unseres Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) nach, die vorliegende Forschungspublikation „Mundgesundheitszustand und -verhalten in Ostdeutschland“ mit einigen Anmerkungen zu begleiten.

Wir alle hätten uns im Jahre 1989, als wir die nationale Mundgesundheitsstudie für die Bundesrepublik Deutschland (vgl. Band 11.1 der IDZ-Materialienreihe) auf den Weg brachten, nicht träumen lassen, daß mit den großen politischen Ereignissen in der ehemaligen DDR im Herbst 1989 das gerade aufgelegte epidemiologische Forschungsvorhaben ein Jahr später nur noch ein unvollständiges Bild über die Mundgesundheit der gesamtdeutschen Bevölkerung zeichnen konnte. Die sich anschließende Vereinigung von Deutschland-West mit Deutschland-Ost im Jahre 1990 forderte eine Neuzeichnung des oralepidemiologischen Ergebnisspektrums.

Für den Gemeinsamen Vorstandsausschuß von Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) unseres Instituts war es ein Anliegen, die Basisstudie (für die alten Bundesländer) fortzuschreiben. Er beauftragte im Frühjahr 1991 das IDZ, eine entsprechende Ergänzungsstudie für die neuen Bundesländer in Angriff zu nehmen. Nicht unerwähnt soll in diesem Zusammenhang bleiben, daß gerade mein Kollege Adolf Schneider, damaliger Präsident der Bundeszahnärztekammer, sich mit großem Engagement für die Verwirklichung dieser Ergänzungsstudie eingesetzt hatte.

Auch die Mundgesundheitsstudie-Ost wurde wiederum mit beträchtlichem organisatorischen und finanziellen Aufwand allein aus Mitteln der deutschen Zahnärzteschaft bestritten. Ein für mein Dafürhalten forschungs- und berufspolitisch bemerkenswerter Vorgang, der dazu dienen möge, die sachlichen Grundlagen für die großen Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik in Deutschland weiter zu verbessern. Gerade vor dem Hintergrund der aktuellen Weichenstellungen für die richtigen Perspektiven unseres Gesundheitssystems über die Jahrhundertwende hinaus kommt der Nutzung der epidemiologischen Datensammlungen unseres IDZ (vgl. Band 11.1, Band 11.2 und den vorliegenden Band 11.3 der Materialienreihe) ein für die zahnmedizinische Ver-

sorgung unserer Bevölkerung kaum zu überschätzender Wert zu. Sowohl die Mundgesundheitsstudie-West aus dem Jahre 1989 wie auch die jetzt vorliegende Mundgesundheitsstudie-Ost aus dem Jahre 1992 lassen beispielsweise deutlich werden, mit welchen großen zahnmedizinischen Herausforderungen sich – man denke hier nur an die statistischen Erkrankungstrends für den Bereich der Zahnbetterkrankungen oder an die Fragen einer „lebensbegleitenden Prophylaxe“ – die Gesundheits- und Sozialpolitik zukünftig sehr viel stärker konfrontiert sieht.

Im Hinblick auf viele aktuelle Diskussionen über die epidemiologische Mundgesundheitssituation im innerdeutschen Vergleich macht das IDZ-Datenmaterial deutlich, daß wahrlich keine „Welten“ zwischen Westdeutschland und Ostdeutschland liegen, sondern – alles in allem – die Ähnlichkeiten in den ermittelten Werten vorherrschen. Jedenfalls sind die Unterschiede (sowohl in der einen als auch in der anderen Richtung) keineswegs so groß, wie von mancher politischen Seite immer wieder behauptet.

W. Schad

Amtierender Vorsitzender des Gemeinsamen
BZÄK/KZBV-Vorstandsausschusses des IDZ

im Juni 1993

1 Vorwort

Mit der Vorlage des Forschungsberichtes zur Querschnittsstudie „Mundgesundheitszustand und -verhalten in Ostdeutschland“ vervollständigt das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) seine epidemiologische Berichterstattung über die gegenwärtige Krankheitslast auf dem Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und ihre zahnärztlichen Versorgung in Deutschland.

Bereits im Jahre 1991 hatte das IDZ die Ergebnisse einer Basisstudie der Öffentlichkeit vorgelegt (vgl. IDZ-Materialienreihe Band 11.1, Köln 1991), die auf der Grundlage einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe u. a. über die wichtigsten Kennziffern zu den oralen Morbiditätsprävalenzen in den Grenzen der alten Bundesrepublik (1989) informierte. Durch die großen politischen Ereignisse in Deutschland mit der Wende in der DDR und der sich anschließenden Wiedervereinigung von Deutschland-Ost mit Deutschland-West war gleichsam „über Nacht“ das damals vorgelegte epidemiologische Material für die Bundesrepublik in den neuen Grenzen lückenhaft geworden und legte insofern eine Ergänzungserhebung in Deutschland-Ost forschungspolitisch nahe.

Der Gemeinsame Vorstandsausschuß von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung des Instituts der Deutschen Zahnärzte beschloß vor diesem skizzierten Hintergrund im Jahre 1991, eine bevölkerungsrepräsentative Erhebung zu den Vorkommenshäufigkeiten oraler Erkrankungen und ihres Versorgungsgrades in den fünf neuen Bundesländern und Berlin-Ost aufzulegen, um der Gesundheits- und Sozialpolitik in Deutschland ein vervollständigtes epidemiologisches Datenbild zur Verfügung zu stellen.

Der methodische und inhaltliche Rahmen dieser Ergänzungserhebung richtete sich an den Grundlagen der Basisstudie von 1989 aus, so daß eine zeitlich außerordentlich schnelle Umsetzung des „Survey-Ost“ möglich wurde. Wie auch die damalige Basisstudie folgte die Ergänzungserhebung einem sozialepidemiologischen Projektdesign, da nach unserer Auffassung nur durch den Einbezug von soziologischen und verhaltensbezogenen Variablen eine tiefere Durchdringung der klinischen Morbiditätsdaten im Bevölkerungsbezug möglich erscheint. Man kann mit dem jetzt vorgelegten Ergänzungsbericht feststellen, daß mit

den publizierten IDZ-Arbeiten von Band 11.1, Band 11.2 und Band 11.3 nunmehr ein oralepidemiologisches Datenpanorama über den Mundgesundheitszustand und das Mundgesundheitsverhalten der Bevölkerung in Deutschland geschaffen worden ist, das für die Problemstellungen der Gesundheitswissenschaften wohl kräftige Impulse zu geben vermag.

Es ist uns ein Anliegen, diese Gelegenheit zu nutzen, um den vielen Beteiligten – ohne die Großstudien dieser Art gar nicht verwirklicht werden könnten – zu danken. Zunächst – und wohl an allererster Stelle – ist der Bevölkerung in den neuen Bundesländern und Ost-Berlin zu danken, die im Rahmen der gezogenen Zufallsstichprobe bereit waren, an diesem Forschungsvorhaben des IDZ mitzuwirken und geduldig alle Erhebungen „über sich ergehen ließen“. Es war für die gesamte Projektdurchführung ermutigend, mit welcher großen Bereitschaft hier Unterstützung und Mitmachen gewährt wurden.

Natürlich ist auch ein großer Dank an Frau Dipl.-Stom. Ina Meißner und Frau Dipl.-Stom. Katharina Suckert und ihre beiden Dokumentationsassistentinnen auszusprechen, die vier lange Monate kreuz und quer durch die neuen Bundesländer in den beiden Dentomobilen reisten, um die klinischen Befundungen in den ausgewählten Untersuchungsgemeinden vorzunehmen und die Betreuung der Probanden auf den Points sicherzustellen. Dies hat für beide zahnärztliche Teams auch eine Reihe von persönlichen Belastungen mit sich gebracht, die nicht unterschätzt werden sollten.

Es ist klar, daß ein Projektunternehmen dieser Art neben allen fachlichen und konzeptionellen Fragen auch eine Fülle praktischer, technischer und logistischer Probleme mit sich bringt, die ohne die speziell für dieses Projekt geschulten Interviewer von Infratest nicht hätten bewältigt werden können. Den beteiligten Damen und Herren der Feldabteilung von Infratest Epidemiologie und Gesundheitsforschung ebenfalls noch einmal einen herzlichen Dank für ihr großes Engagement.

Die Verwirklichung der organisationstechnischen Besonderheit des Survey-Ost, nämlich der Einsatz von zwei Dentomobilen für die ambulante Befundungsarbeit in den Untersuchungsgemeinden, wäre ohne die freundliche Unterstützung der Schulzahnklinik Basel durch die leihweise Überlassung von zwei Fahrzeugen nicht zustande gekommen. Herrn Direktor Dr. Büttner ist für seinen „grenzüberschreitenden“ Support an dieser Stelle ebenfalls herzlich zu danken.

Die Gewinnung der beiden Projektzahnärztinnen erfolgte mit Unterstützung der Medizinischen Hochschule Erfurt/Sektion Wissenschaftsbereich Präventive Stomatologie; hierfür möchte das IDZ dem Direktor, Herrn Professor Dr. Dr. Künzel, und Frau Doz. Dr. Borutta ausdrücklich Dank sagen.

Die konzeptionelle und organisatorische Rahmensetzung der Studie erfolgte – erneut – in Kooperation mit den Professoren Dr. Einwag und Dr. Reich und Infratest Epidemiologie und Gesundheitsforschung. Allen Beteiligten aus dieser projektbezogenen „Schicksalsgemeinschaft“ sei ebenfalls an dieser Stelle noch einmal ein herzlicher Dank für die so intensive und freundschaftliche Zusammenarbeit gesagt.

Auch den Mitarbeitern des Instituts der Deutschen Zahnärzte selbst, die durch viele Unterstützungs- und Schreibarbeiten sehr zu dem Gelingen des Projektes beigetragen haben, sei an dieser Stelle noch einmal gedankt.

Wolfgang Micheelis
Jost Bauch

im Juni 1993

2 Zusammenfassung/Abstract

Wolfgang Micheelis

Der vorliegende Band 11.3 der IDZ-Materialienreihe mit dem Titel „Mundgesundheitszustand und -verhalten in Ostdeutschland“ stellt die Ergebnisse einer oralepidemiologischen Großstudie dar, die von Februar bis Mai 1992 bei einem bevölkerungsrepräsentativen Querschnitt der deutschen Wohnbevölkerung in den fünf neuen Bundesländern und Ost-Berlin (Gebiet der ehemaligen DDR) vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) mit Unterstützung externer Forschungspartner durchgeführt wurde. Die Erhebung versteht sich als Ergänzung der entsprechenden IDZ-Großstudie von 1989 in den alten Bundesländern und West-Berlin (Gebiet der Bundesrepublik Deutschland vor der Wiedervereinigung mit der ehemaligen DDR im Jahre 1990), deren Ergebnisse als Band 11.1 der IDZ-Materialienreihe unter dem Titel „Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland“ im Jahre 1991 veröffentlicht worden sind.

Das Erhebungsdesign der vorliegenden Studie orientierte sich weitestgehend an den entwickelten methodischen und inhaltlichen Konzepten und Instrumenten der IDZ-Basisstudie von 1989. Im Unterschied zur Basisstudie wurde jedoch bei dem vorliegenden Projekt aus Gründen einer noch unzureichenden Infrastruktur mit Zahnarztpraxen in Ostdeutschland ein „bewegliches“ Erhebungsverfahren mit zwei Dentomobilen und entsprechenden zahnmedizinischen Untersucherteams realisiert; in der Basisstudie von 1989 war demgegenüber ein Netz von „festen“ Zahnarztpraxen für die klinische Befundungsarbeit eingesetzt worden.

Das Stichprobenmodell wurde durch ein zweistufiges Vorgehen realisiert. In einer ersten Stufe wurde repräsentativ nach Bundesländern und Gemeindegrößenklassen eine Flächenstichprobe von 40 Untersuchungspoints in der ehemaligen DDR gezogen. Dabei entsprach in der Regel ein „Point“ einer Gemeinde. Nur in einzelnen Fällen entfielen bei Großstädten zwei Points auf eine Gemeinde. In einer zweiten Stufe wurde die gezogene Flächenstichprobe in eine Personenstichprobe umgewandelt. Die Grundlage hierfür bildete das Zentrale Einwohnerregister (ZER) der ehemaligen DDR. Aus dem ZER wurden innerhalb jedes der 40 Untersuchungspoints 13 Personen für die Altersklassen 8/9, 13/14, 35–44 und 45–54 Jahre in die Bruttostichproben nach einem

strengen Zufallsverfahren gezogen. Die erreichte Nettostichprobe umfaßte 1519 Personen, was einer Ausschöpfung von 76,7 % entspricht. Auch innerhalb jeder der Altersklassen wurde die angestrebte Ausschöpfung von 70 % überschritten. Eine differenzierte Ausschöpfungsanalyse nach Gemeindegrößen, Geschlecht und Untersucherteams erbrachte in keinem Fall nennenswerte Unterschiede zwischen den jeweiligen Merkmalsausprägungen.

Zur Sicherung einer hohen Qualität aller Erhebungsarbeiten, insbesondere hinsichtlich der Einhaltung der Standards bei den zahnmedizinischen Befundungen, wurden sowohl ganztägige zentrale Schulungs- und Kalibrierungsveranstaltungen mit den beiden beteiligten Projektteams als auch Reliabilitätskontrollen durch die zahnmedizinischen Kalibrierungsleiter durchgeführt, die über den gesamten Zeitraum der Feldarbeit vorgenommen wurden.

Die inhaltliche Erhebungsanlage der vorliegenden Studie folgte den Vorgaben aus der IDZ-Basis-Studie von 1989. Die klinischen Befundungen erstreckten sich auf die Zielkrankheiten der Zahnkaries und der Parodontitis, zusätzlich wurde ebenfalls der prothetische Versorgungsstatus dokumentiert. Der sozialwissenschaftliche Erhebungsteil umfaßte wiederum die relevanten Einstellungs- und Verhaltensaspekte zum oralen Erkrankungsrisiko (Zahn- und Mundhygiene, Ernährungsverhalten, Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienste usw.), darüber hinaus wurde eine ausführliche Soziodemographie bei allen Probanden erhoben. Der sozialwissenschaftliche Erhebungsteil war dem zahnmedizinischen Erhebungsteil vorangeschaltet und wurde über den Weg von Selbstausfüllbögen realisiert.

Folgende Kariesprävalenzen konnten bei der Bevölkerung in Ostdeutschland ermittelt werden: Für die Gruppe der 8/9jährigen Kinder ein DMF-T-Mittelwert von 1,1 und ein DMF-S von 1,1 (dmf-t 3,8 und dmf-s 7,6), für die 13/14jährigen Jugendlichen ein mittlerer DMF-T von 4,3 und mittlerer DMF-S von 4,9 und für die Gruppe der 35–54jährigen Erwachsenen ein mittlerer DMF-T von 14,5 und ein mittlerer DMF-S von 51,3. Speziell in den Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen konnte eine deutliche Polarisierung des Kariesbefalls registriert werden. Die überwiegende Anzahl der unversorgten Läsionen/Füllungen in allen Altersgruppen entfällt auf einen Anteil von 15–20 % der Personen, d.h. nicht nur bei Kindern und Jugendlichen, sondern in allen Altersgruppen sind Personen mit erhöhtem Kariesrisiko festzustellen.

Bezogen auf den DMF-Wert lassen sich darüber hinaus signifikante Unterschiede nach Geschlecht und Sozialstatus des jeweiligen Probanden feststellen. Keine signifikanten Unterschiede konnten bei einem Vergleich der Daten mit und ohne Trinkwasserfluoridierung (TWF) gefunden werden, was möglicherweise mit einem methodischen Problem der rea-

lisierten Stichprobenumfänge in den TWF-Gemeinden und/oder einer unzureichenden Funktionstüchtigkeit der eingerichteten TWF-Anlagen im Gefüge der damaligen DDR zusammenhängen könnte.

Der Behandlungsbedarf kariöser Erkrankungen ist mit 10–15 % bei den bleibenden Zähnen für alle Altersgruppen äußerst niedrig. Etwas weniger gut versorgt (ca. 25 % Behandlungsbedarf) sind die Milchzähne. Dabei muß allerdings berücksichtigt werden, daß bei der Bevölkerung in Ostdeutschland in den letzten zwei Jahren nach den großen politischen Ereignissen von 1989 in der ehemaligen DDR eine erhebliche Kariessanierung vollzogen worden ist: Der Kariessanierungsgrad liegt bei denjenigen Bevölkerungsteilen, die beispielsweise in den letzten 12 Monaten mindestens 1 x den Zahnarzt aufgesucht haben, um rund 30 Prozentpunkte höher, als bei denjenigen, die in diesem Zeitraum keinen Zahnarztkontakt hatten.

Die Auszählung des Kariessanierungsgrades nach dem Stadt-Land-Gefälle läßt teilweise (vor allem bei den 8/9jährigen Kindern) recht große Unterschiede erkennen mit dem allgemeinen Trend, daß in kleinen Gemeinden der Sanierungsgrad ein geringeres Niveau zeigt als in den großen Gemeinden bzw. Städten.

Im Hinblick auf die Parodontalerkrankungen zeigte sich folgendes Ergebnisbild: Taschen von vier und fünf Millimetern wurden nur bei 1,2 % der Jugendlichen gemessen. Die Werte bei den Erwachsenen für Taschen über drei Millimeter lagen bei ca. 70 %. Sehr tiefe Taschen von sechs Millimetern und mehr wurden bei 21,7 % der 35–44jährigen Erwachsenen und bei 28,6 % der 45–54jährigen Erwachsenen gemessen. Der klinisch meßbare Abbau der bindegewebigen Attachments war bei den Jugendlichen noch gering. Weniger als 20 % hatten Attachmentverluste von drei Millimetern. Diese sind aber nicht nur auf die Taschenbildung, sondern auch auf gingivale Rezessionen zurückzuführen. Bei den Erwachsenen hingegen sind die meßbaren Attachmentverluste durch die Taschenbildung verursacht. Sehr ausgeprägte Attachmentverluste mit sechs Millimetern und mehr waren bei 14,4 % der 35–44jährigen und bei 22,4 % der 45–54jährigen vorhanden. Sehr deutlich waren auch die ermittelten Zusammenhänge zwischen einem niedrigen Sozialstatus der Probanden und schweren Parodontalerkrankungen.

Der nach dem CPITN-Index-System ermittelbare Behandlungsbedarf sieht zur Reduktion der gingivalen Entzündung in allen Altersgruppen bei fast allen Personen Mundhygieneunterweisungen vor. Einfache Methoden der Parodontaltherapie sind bei ca. 90 % der Erwachsenen indiziert, aufwendigere Verfahren, zum Teil mit chirurgischen Eingriffen, abhängig von der Altersgruppe, bei ca. 20–30 %.

Im Hinblick auf den prothetischen Versorgungsstatus ergibt für die ostdeutsche Erwachsenenbevölkerung folgendes Bild: Bei den 35–54jährigen Probanden sind durchschnittlich 6,6 fehlende Zähne zu registrieren, wobei etwa ein Anteil von 40 % dieser fehlenden Zähne nicht versorgt worden ist. Falls eine Versorgung der fehlenden Zähne vorgenommen worden war, erfolgte diese in ca. 90 % der Fälle mit herausnehmbarem Zahnersatz. Sowohl nach Art und Umfang der prothetischen Versorgung lassen sich deutliche Abhängigkeiten zum Sozialstatus der Probanden nachweisen mit dem Trend, daß die Angehörigen der unteren Sozialschichten weniger und/oder einfacher versorgt sind.

Ebenfalls läßt sich eine deutliche Abhängigkeit im zahnprothetischen Versorgungsstatus von dem Stadt-Land-Gefälle feststellen. Personen in verstädterten Regionen haben insgesamt weniger fehlende Zähne und sind zahnmedizinisch besser versorgt.

Der Anteil völlig Zahnloser beträgt in der Altersgruppe der 35–54jährigen Erwachsenen insgesamt 2,7 %.

Das Niveau der praktizierten Mundhygiene wurde mittels eines dreidimensionalen Index-Systems (zur Häufigkeit, zum Zeitpunkt und zur Zeitdauer des Zähneputzens) ermittelt. Danach können rund 37 % der Kindergruppe, 29 % der Jugendlichengruppe und rund 12 % der Erwachsenenengruppe als „gute Mundhygieniker“ eingestuft werden. Dabei läßt die Auszählung des Datenmaterials nach der Geschlechtsvariable erkennen, daß Mädchen/Frauen generell über ein besseres Mundhygieniveau verfügen als ihre entsprechenden männlichen Altersgenossen.

Im Hinblick auf das Ernährungsverhalten zeigt sich insbesondere bei der Kinder- und Jugendlichengruppe eine hohe Affinität zum Süßigkeitenkonsum. Der Anteil derjenigen Kinder/Jugendlichen, die bei Zwischenmahlzeiten auf Süßigkeiten zurückgreifen, liegt zwischen 55 (für die Jugendlichen) bzw. 74 (für die Kinder) Prozent. Korrelationen zwischen der Präferenz zu „süßen Zwischenmahlzeiten“ und dem Schweregrad des Kariesbefalls konnten deutlich nachgewiesen werden.

Die subjektiven Kontrollüberzeugungen (health locus of control) zeigen in der ostdeutschen Bevölkerung insgesamt eine deutlich internale Orientierung, der Anteil derjenigen, die meinen, sehr viel/viel für die Gesundheit ihrer eigenen Zähne tun zu können, liegt zwischen 73 (für die Erwachsenenengruppe) und 89 (für die Jugendlichengruppe) Prozent.

Für die Akzeptanzfrage des neuen zahnärztlichen Versorgungssystems auf dem Gebiet der ehemaligen DDR durch niedergelassene Zahnärzte in eigener Praxis erscheint von indikativem Wert, daß ca. 80 % der Jugendlichen und Erwachsenen im Rahmen der sozialwissenschaftlichen Befragung angaben, bereits über einen „festen Zahnarzt“ zu verfügen;

dabei liegt erwartungsgemäß der Anteil der Personen mit fester Zahnarztbindung in den ländlichen Räumen noch etwas höher als in den Regionen mit hohem Verstädterungsgrad. Diese Entwicklung auf der Ebene der Systemakzeptanz ist als ein positives Signal für den Umgang der Bevölkerung mit dem neuen zahnärztlichen Versorgungsangebot in der ehemaligen DDR zu deuten.

Faßt man die ermittelten Morbiditätsprävalenzen für „Deutschland-West“ aus dem Jahre 1989 mit den entsprechenden Werten aus der vorliegenden Erhebung „Deutschland-Ost“ zusammen (gewichtet mit den entsprechenden Bevölkerungsanteilen), dann ergeben sich folgende Verhältnisse für Gesamt-Deutschland: für die Altersgruppe der 8/9jährigen Kinder kann ein mittlerer DMF-T von 1,4, für die Altersgruppe der 13/14jährigen Jugendlichen ein mittlerer DMF-T-Wert von 4,9, für die Altersgruppe der 35-44jährigen ein mittlerer DMF-T-Wert von 16,1 und für die Altersgruppe der 45-54jährigen ein mittlerer DMF-T-Wert von 17,9 errechnet werden. Die entsprechende Berechnung der Ergebnisse zur Parodontitisprävalenz in Gesamt-Deutschland ergibt für die Erwachsenengruppe folgendes Zahlenbild: CPITN-Grad 0: 4,9 %, CPITN-Grad 1: 11,2 %, CPITN-Grad 2: 24,6 %, CPITN-Grad 3: 42,7 % und CPITN-Grad 4: 16,6 %.

Bei einem Vergleich der ermittelten Prävalenzraten für „Deutschland-West“ mit „Deutschland-Ost“ zeigt sich, daß in den alten Bundesländern ein höheres Kariesvorkommen festzustellen ist, umgekehrt aber in den neuen Bundesländern (also auf dem Gebiet der ehemaligen DDR) schwerere Formen von Zahnbetterkrankungen ein größeres Ausmaß haben; auch ist die Prävalenz des Zahnverlustes in den neuen Bundesländern stärker ausgeprägt und ist die entsprechende prothetische Versorgung sehr viel häufiger mit herausnehmbaren Formen des Zahnersatzes realisiert.

Abstract

This volume, No. 11.3 in the IDZ-Materialienreihe series, entitled "Oral Health Status and Oral Hygiene Practice in Eastern Germany", presents the results of a large-scale study of oral epidemiology conducted between February and May 1992 among a representative cross section of the German residential population of the five new Federal States and East Berlin (i.e., the territory of the former German Democratic Republic) by the Institut der Deutschen Zahnärzte (Institute of German Dentists, IDZ) with the assistance of external research partners. The survey is intended as a supplement to the corresponding large-scale IDZ study carried out in 1989 in the old Federal States and West Berlin (i.e., the territory of the Federal Republic of Germany before reunification with the former GDR in 1990), whose results were published in 1991 as Volume 11.1 of the IDZ-Materialienreihe under the title "Oral Health Status and Oral Hygiene Practice in the Federal Republic of Germany".

The present survey was designed to make use as far as possible of the same concepts and instruments in terms of methodology and content as those devised for the basic IDZ study conducted in 1989. However, because of the deficiencies still existing in the dental-practice infrastructure in eastern Germany, this project differed from the basic study in the use of a "mobile" survey system with two dentomobiles crewed by dental examination teams (dentist and assistant for recording of findings); the 1989 basic study had employed a network of "fixed" dental practices for the actual work of clinical examination and recording of the findings.

The random-sample model was constructed in two stages. In the first, an area-based random sample of 40 examination points in the former GDR, chosen so as to be representative of the relevant Federal States and locality size classes, was established. A "point" here usually corresponded to a locality (i.e., a local administrative area). In a small number of isolated cases only, comprising large cities, two points were assigned to a single locality. The second stage involved conversion of this area-based random sample into one based on individual subjects, the former GDR's Central Population Register (ZER) being used for this purpose. Within each of the 40 examination points, 13 persons representing the age classes 8/9, 13/14, 35–44 and 45–54 years were taken from the

ZER by a strictly random procedure and assigned to the gross random samples. The eventual net random sample comprised 1519 subjects, corresponding to a utilization level of 76.7 %. The target utilization level of 70 % was also exceeded in each of the individual age classes. A differential analysis of the utilization level by locality size, sex and examination team did not reveal any significant differences between the incidences of the relevant parameters.

To ensure that all the survey work was of high quality, and in particular that the standards set for the dental examinations and recording of the findings were complied with, one-day central training and calibration courses were held for the two project teams deployed and reliability checks were carried out throughout the period of the fieldwork by the dental calibration officers.

In terms of content, the present study is based on the same specifications as the 1989 basic IDZ study. The clinical data recorded comprised the target diseases of dental caries and periodontitis, while prosthetic provision was also documented. The sociological part of the survey again covered the relevant attitudes and behaviours in relation to the risk of oral disease (dental and oral hygiene, eating and drinking habits, use of dental services, etc.), and a comprehensive sociodemographic profile of all subjects was recorded. The sociological part of the survey preceded the dental part and the data were gathered by means of questionnaires completed by the respondents themselves.

The following caries prevalences were determined in the population of eastern Germany: children aged 8/9: average DMF-T 1.1, DMF-S 1.1 (dmf-t 3.8, dmf-s 7.6); adolescents aged 13/14: average DMF-T 4.3, average DMF-S 4.9; adults aged 35–54: average DMF-T 14.5, average DMF-S 51.3. A definite polarization in the incidence of caries was observed particularly in the “children” and “adolescents” age groups. The major part of the number of lesions without fillings or prosthetic provision in all age groups is accounted for by some 15–20 % of the subjects; in other words, persons with an increased risk of caries are to be found in all age groups and not just among children and adolescents.

In terms of DMF values, significant differences are also observable according to the sex and social status of the subjects. A comparison of data between areas with and without fluoridation of drinking water did not reveal any significant differences; this may be due to a methodological problem connected with the size of the random samples achieved in the localities with fluoridated water supplies and/or to deficiencies in the operation of the fluoridation facilities in the circumstances prevailing in the former GDR.

The treatment need for carious diseases is extremely low at 10–15 % of the permanent teeth in all age groups. The results for primary teeth are not quite as good (treatment need approx. 25 %). However, it should be noted that substantial progress was made in reducing the level of caries in the population of eastern Germany in the two years following the momentous political events of 1989 in the former GDR: the restorative treatment-to-need level (percentage of filled teeth divided by the sum of the decayed teeth plus the restored teeth) in the sections of the population who visited the dentist at least once in the previous 12 months, for example, is about 30 percentage points higher than in those who had no contact with a dentist during this period.

When restorative treatment-to-need ratios are compared between town and country (especially in children aged 8/9), major differences are sometimes observed, the general trend being for the percentages to be lower in small localities than in large localities or towns.

The following picture emerged from the results for periodontal diseases: Pockets 4 and 5 millimetres in depth were measured in only 1.2 % of adolescents. The incidence of pockets exceeding 3 mm deep among adults was about 70 %. Very deep pockets (6 mm or more) were observed in 21.7 % of adults aged 35–44 and in 28.6 % of the 45–54-year-old adults. Clinically measurable loss of connective-tissue attachment was slight in adolescents, with less than 20 % having attachment losses of 3 mm. However, these are attributable not only to pocket formation but also to gingival recessions. The measurable attachment losses in adults, however, are due to pocket formation. Severe attachment losses (6 mm or more) were recorded in 14.4 % of the 35–44 age group and in 22.4 % of those aged 45–54. Highly significant correlations were also observed between low social status and serious periodontal pathology in the subjects.

The treatment need determinable by the CPITN index system reveals that almost all subjects require instruction in oral hygiene in order to reduce gingival inflammation. Simple methods of periodontal therapy are indicated in some 90 % of adults, with more complex measures, depending on age group sometimes involving surgery, being appropriate in 20–30 %.

The survey gives the following impression of the prosthetic status of the adult population of eastern Germany: The subjects in the 35–54 age group have an average of 6.6 missing teeth, with no prosthetic provision in respect of some 40 % of these missing teeth. In about 90 % of the cases where a prosthesis was used, it took the form of a removable denture. Both the nature and extent of prosthetic provision were significantly correlated with the subjects' social status, those belonging to the lower social classes generally having fewer and/or simpler prostheses.

There are also significant differences in prosthetic status between town and country. People in urbanized regions on the whole have fewer missing teeth and better dental provision.

The overall proportion of totally edentulous persons in the age group of adults aged 35–54 is 2.7 %.

The level of oral hygiene practised was determined by a three-parameter index system (covering the frequency, time and duration of tooth cleaning). The results showed some 37 % of the group of children, 29 % of the adolescent group and about 12 % of the adult group to be “good” at oral hygiene. When the recorded data are analysed by sex, girls and women are in general found to have a better standard of oral hygiene than the males in the corresponding age groups.

Regarding eating and drinking habits, the children and adolescents in particular were found to have a strong tendency to eat sweets. The proportions of children and adolescents who eat sweets between meals are 74 % and 55 % respectively. Definite correlations emerged between a preference for “eating sweets between meals” and the severity of caries in a subject.

In the matter of health locus of control (subjective views on the possibility of control by the subject himself), the population of eastern Germany on the whole inclines towards an “internal” approach: those who believe they can themselves do much or very much to promote the health of their own teeth represent between 73 % (for the adult group) and 89 % (for the adolescent group) of respondents.

As to the acceptance of the new system of dental care in the territory of the former GDR, involving dentists established in their own practices, a telling finding is that some 80 % of the adolescents and adults stated in the sociological part of the survey that they already had a “permanent dentist”; as expected, the proportion of people with a permanent dentist is still somewhat higher in rural areas than in more urbanized regions. This level of system acceptance may be interpreted as a favourable sign in terms of the population’s response to the new arrangements for the provision of dental services in the former GDR.

Combination of the morbidity prevalences for “western Germany” in 1989 with the corresponding figures from the present survey of “eastern Germany” (weighted in accordance with the relevant proportions of the total population) yields the following picture for Germany as a whole: average DMF-T in children aged 8/9: 1.4; in adolescents aged 13/14: 4.9; in adults aged 35–44: 16.1; and in adults aged 45–54: 17.9. Corresponding calculations of the prevalence of periodontitis in the adult group in Germany as a whole give the following results: CPITN level 0:

4.9 %; CPITN level 1: 11.2 %; CPITN level 2: 24.6 %; CPITN level 3: 42.7 %; and CPITN level 4: 16.6 %.

A comparison of the prevalences determined for "western Germany" and "eastern Germany" shows that while the incidence of caries is high in the old Federal States, the more severe forms of periodontal disease tend to predominate in the new Federal States (i.e., in the territory of the former GDR); the prevalence of tooth loss is also higher in the new Federal States, where prosthetic provision much more often takes the form of removable dentures.

Teil A

Grundlagen und Studiendesign

3 Forschungsziele und Grundaufbau des Projektes

Wolfgang Micheelis
Peter Potthoff
Jürgen Hoeltz

3.1 Vorbemerkung

Das Forschungsprojekt mit dem Arbeitstitel „Bevölkerungsrepräsentative Erhebung des Mundgesundheitszustandes und -verhaltens in den fünf neuen Bundesländern und Ost-Berlin“ stellt eine Ergänzung zu dem nationalen IDZ-Survey zum Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland dar, der 1989 mit Unterstützung durch einen zahnmedizinischen Expertenkreis und Infratest Gesundheitsforschung vom Institut der Deutschen Zahnärzte aufgelegt worden war (IDZ, 1990; Micheelis und Bauch, 1991). Durch die großen politischen Ereignisse in Deutschland, die zur Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten im Jahre 1990 führten, ergab sich auch für die oralepidemiologische Forschung die Herausforderung, die vorhandenen Daten und Kennziffern über die orale Krankheitslast und ihr Versorgungsniveau in ihrer Reichweite durch entsprechende Reanalysen vorliegender epidemiologischer Datenbestände aus der ehemaligen DDR oder auch durch empirische Neuerhebungen in den neuen Bundesländern fortzuschreiben bzw. neu zu bestimmen.

Obwohl der oralepidemiologische Forschungsstand in der damaligen DDR ein insgesamt beachtliches Niveau (vgl. hierzu Abschnitt 3.2 des Kapitels) erreicht hatte, fehlte es bis dato an wirklich bevölkerungsrepräsentativen und gleichzeitig methodisch kontrollierten epidemiologischen Daten zur Mundgesundheit für das Einwohnergebiet der gesamten Ex-DDR, so daß die Verwirklichung eines eigenständigen Ergänzungssurveys wünschenswert erschien. Der Gemeinsame Vorstandsausschuß von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung des Instituts der Deutschen Zahnärzte beschloß vor diesem forschungspolitischen Hintergrund im Jahre 1991, den nationalen IDZ-Survey von 1989 mit einer weiteren Erhebung für die neuen Bundesländer und Ost-Berlin (Wohnbevölkerung zum 31.12.1989 insgesamt 16.433.800 Personen – vgl. Statistisches Jahrbuch der Deutschen Demokratischen Republik 1990, 35. Jahrgang) gleichsam zu vervollständigen, um oralepidemiologisches Datenmaterial aus einem „methodischen Guß“ für die versorgungs- und gesundheitspolitische Diskussion im Deutschland der neuen Grenzen zur Verfügung zu haben.

3.2 Literaturlandschaft

Es wurde oben schon hervorgehoben, daß die oralepidemiologische Forschung in der ehemaligen DDR an einigen Hochschulzentren (z. B. an der Medizinischen Akademie in Erfurt) außerordentlich intensiv gepflegt wurde und auch im internationalen Rahmen beispielsweise durch die Partizipation an der International Collaborative Study (ICS) der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1985), einer kombinierten Mehr-Länder-Studie über die Verteilung von Mundkrankheiten und ihrer zahnärztlichen Versorgung aus dem Jahre 1973–1981, zum Ausdruck kam; im Rahmen dieser Studie war für die damalige DDR das Erhebungsgebiet Leipzig Stadt/Land ausgewählt worden. Ebenfalls hatte man sich noch in der damaligen DDR zu einer Beteiligung an einer entsprechenden Nachfolgestudie der WHO, der sog. „ICS II“ entschlossen, die 1988 ins Leben gerufen worden war (Leclercq und Barmes, 1990) und erst nach der politischen Wiedervereinigung von Deutschland-West und Deutschland-Ost in dem Regionalraum Erfurt Stadt/Land im Jahre 1991 (Borutta, 1992) verwirklicht wurde.

Neben diesen beiden Querschnittserhebungen zur oralen Krankheitsverbreitung in ausgewählten Regionen der ehemaligen DDR, die in ein internationales Studiendesign eingepaßt waren, gab es eine Vielzahl weiterer Erhebungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten – beginnend mit Ende der 50er Jahre – und in unterschiedlichen Städten bzw. Bezirken der DDR (vgl. hierzu vor allem die zusammenfassende Darstellung: Borutta, Künzel und Waurick, 1988), die Einblick in das Morbiditätsgeschehen und dessen Veränderungen im Zeitverlauf geben. Im Unterschied zu dem überwiegenden Typus von oralepidemiologischen Erhebungen in der alten Bundesrepublik mit seiner starken Zentrierung auf Patientenstichproben (zusammenfassend: Micheelis und Bauch, 1991; Naujoks und Micheelis, 1992; Einwag und Naujoks, 1992) handelte es sich bei den DDR-Studien ganz überwiegend um Bevölkerungsstichproben mehr oder weniger definierter Grundgesamtheiten (wie eines Stadtteils, einer Stadt, eines Verwaltungsbezirkes u. ä. mehr) mit dem methodischen Vorteil, das in diesen Fällen die Datenreichweite bruchfreier – da ohne Ausleseeffekte etwa durch das Inanspruchnahmeverhalten untersuchter Patientenkollektive! – abgeschätzt werden konnte.

Trotz dieses Vorteils im Hinblick auf die gerade angesprochene Frage zur Probandenauswahl bleibt aber der Tatbestand festzuhalten, daß es sich bei den vorliegenden DDR-Studien durchweg um Regionalerhebungen handelt, die einen methodisch akzeptablen Schluß auf die orale Krankheitslast für die gesamte Wohnbevölkerung in der DDR bzw. Ex-DDR zu einem definierten Zeitpunkt nicht zulassen. Es ist offenkundig, daß beispielsweise ein Regionalraum „Leipzig“ in der soziodemographischen Struktur seiner dort lebenden Bevölkerung (nach Alter, nach Bildungsstruktur, nach Siedlungsdichte usw.) nicht mit den entsprechen-