

3 Ergebnisse

3.1 Rücklauf der Interventions- und Kontrollgruppe

Von den 176 eingeladenen Müttern der Interventionsgruppe erschienen 124 (70,5%) zu der Untersuchung. Es konnten alle 124 Mütter zahnmedizinisch befundet und 122 Fragebögen ausgewertet werden. Mit einer Ausnahme wurden alle teilnehmenden Kinder untersucht. Bei diesem war ein Erheben des zahnärztlichen Befundes auch bei einem zweiten Untersuchungstermin nicht möglich. Aus der 206 Familien umfassenden Kontrollgruppe nahmen 95 (46,1%) Mutter-Kind-Paare an der Untersuchung teil. Alle erschienenen Mütter und Kinder wurden untersucht und 94 Fragebögen ausgewertet.

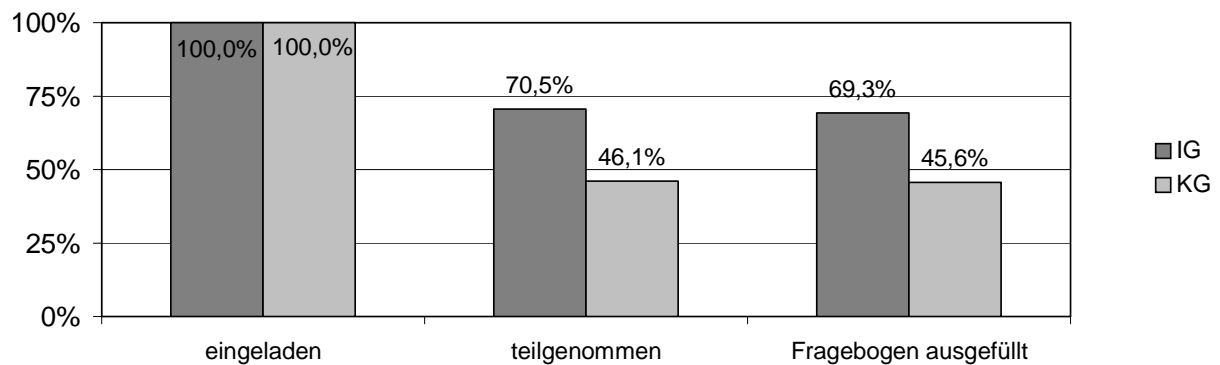


Diagramm 1: Rücklauf IG, KG

3.2 Vergleichbarkeit von Interventions- und Kontrollgruppe

3.2.1 Interventionsgruppe

			Inter- ventions- gruppe	Restliche Kreißsaal- population	Gesamt	p
Alter bei Geburt	n		124	606	730	0,000 <i>T-Test</i>
	ø		29,33	26,56	27,03	
deutsche Staats- bürgerschaft	n		94	342	436	0,000 <i>Fisher's exakter Test</i>
	%		75,8	56,3	59,6	
alleinerziehend	n		28	210	238	0,006 <i>Fisher's exakter Test</i>
	%		23,1	36,0	33,8	
Raucher	n		6	78	84	0,008 <i>Fisher's exakter Test</i>
	%		4,8	12,8	11,5	
Neuge- borenes:	männlich	n	65	305	370	0,694 <i>Fisher's exakter Test</i>
		%	52,4	50,2	50,5	
	weiblich	n	59	303	362	
		%	47,6	49,8	49,5	
Frühgeburt (vor 37. SSW)	n		9	57	66	0,605 <i>Fisher's exakter Test</i>
	%		7,3	9,4	9	

Tabelle 6: Repräsentativität der Interventionsgruppe

Die vorstehende Tabelle zeigt den Vergleich zwischen den Frauen der Interventionsgruppe und dem Rest der Kreißsaalgrundgesamtheit (Geburtszeitraum: 15.07.1999–15.12.1999).

Im Vergleich mit den Erstgebärenden, die nicht an der Studie teilnahmen, waren die Mütter der Interventionsgruppe durchschnittlich 2,5 Jahre älter. Unter ihnen befanden sich signifikant weniger Frauen ausländischer Herkunft und weniger Raucherinnen. Der Anteil Alleinerziehender war bei den Müttern der Interventionsgruppe gegenüber dem Rest der Kreißsaalgrundgesamtheit niedriger. Das Geschlecht der Neugeborenen und der Anteil Frühgeborener (vor der 37. Schwangerschaftswoche) unterschieden sich nicht signifikant.

3.2.2 Kontrollgruppe

		Kontroll- gruppe	restliche Kreißsaal- population	Gesamt	p	
Alter bei Geburt	n	94	347	441	0,005 <i>T-Test</i>	
	ø	28,94	27,09	27,48		
deutsche Staats- bürgerschaft	n	76	203	279	0,000 <i>Fisher's exakter Test</i>	
	%	80,9	58,3	63,1		
alleinerziehend	n	23	103	126	0,366 <i>Fisher's exakter Test</i>	
	%	25,0	30,6	29,4		
Raucher	n	9	49	58	0,303 <i>Fisher's exakter Test</i>	
	%	9,6	14,1	13,1		
Neuge- borenes:	männlich	n	53	169	0,201 <i>Fisher's exakter Test</i>	
		%	56,4	48,6		50,2
	weiblich	n	41	179		220
		%	43,6	51,4		49,8
Frühgeburt (vor 37. SSW)	n	14	26	40	0,040 <i>Fisher's exakter Test</i>	
	%	14,9	7,5	9,0		

Tabelle 7: Repräsentativität der Kontrollgruppe

Die vorstehende Tabelle zeigt den Vergleich zwischen den Müttern der Kontrollgruppe und denen, die auf die Einladung zur Teilnahme an der Studie nicht antworteten.

In der Kontrollgruppe befanden sich signifikant mehr deutsche Frauen. Sie waren im Durchschnitt fast 2 Jahre älter als die Nicht-Teilnehmer. In Bezug auf die anderen Merkmale (alleinerziehend, Rauchen, Frühgeburt und Geschlecht des Neugeborenen) konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

3.3 Vergleich der soziodemographischen Daten von IG und KG

		IG 18 Monate	KG 18 Monate	p	KG 6 Monate
Alter bei Geburt	n	124	91	0,005 <i>T-Test</i>	195
	ø	29,11	28,31		27,57
deutsche Staatsbürgerschaft	n	103	75	0,000 <i>Fisher's exakter Test</i>	147
	%	83,7	81,5		74,60
verheiratet	n	88	61	0,366 <i>Fisher's exakter Test</i>	122
	%	71,5	67,0		62,90
Abitur oder Hochschule	n	57	29	0,303 <i>Fisher's exakter Test</i>	67
	%	46,7	31,9		34,40
keinen oder Hauptschulabschluss	n	6	16	0,040 <i>Fisher's exakter Test</i>	49
	%	4,9	17,6		25,10

Tabelle 8: Demographievergleich

3.3.1 Alter

Die Mütter der Interventionsgruppe sind im Durchschnitt ca. 1 Jahr älter als die Mütter der Kontrollgruppe.

3.3.2 Staatsangehörigkeit

In der IG befinden sich geringfügig mehr Mütter mit deutscher Staatsangehörigkeit als in der KG. Die Unterschiede erreichen keine Signifikanz.

3.3.3 Familienstand

Die Frauen der IG sind etwas häufiger verheiratet als die Frauen der KG. Auch hier erreichen die Unterschiede keine Signifikanz.

3.3.4 Bildungsgrad

Hinsichtlich der Schulbildung existieren signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Die Mütter der Interventionsgruppe haben deutlich häufiger das Abitur bzw. einen

Hochschulabschluss. Dagegen beendeten deutlich mehr Frauen der Kontrollgruppe die Schule mit bzw. ohne Hauptschulabschluss.

3.3.5 Vergleich der soziodemographischen Daten der KG zum Zeitpunkt 6 bzw. 18 Monate

Auffällig ist, dass sich die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe zum Zeitpunkt 18 Monate nach der Geburt des Kindes ähnlicher sind, als bei der Untersuchung, die ein Jahr früher durchgeführt wurde. Die Mütter der KG, die auch zu der 18 Monats-Untersuchung erschienen, waren älter, etwas öfter verheiratet und besaßen häufiger die deutsche Staatsangehörigkeit als die Mütter, die nicht mehr an der Studie teilnahmen. Gegenüber der 6 Monats-Untersuchung hatten die Mütter der KG ein Jahr später weniger häufig einen bzw. keinen Hauptschulabschluss, jedoch auch etwas seltener Abitur oder Hochschulabschluss.

3.4 Zeitpunkt der Untersuchung

Die Eltern beider Gruppen wurden im Vorfeld schriftlich darüber informiert, dass die Untersuchungen im 18. Lebensmonat des Kindes stattfinden sollen. Um zu gewährleisten, dass auch bei Nichteinhalten des ersten Termins eine fristgerechte Untersuchung ermöglicht wird, wurden die ersten Termine bereits für Ende des 17. bzw. Anfang des 18. Monats ausgemacht.

Von den Müttern der IG konnte häufiger dieser frühe Termin wahrgenommen werden, sodass ein knappes Drittel der Untersuchungen bereits im 17. Lebensmonat des Kindes stattfand. Über die Hälfte der IG und 63,2% der KG wurden exakt im 18. Monat untersucht. Insgesamt verzögerte sich die Terminvergabe in der KG öfter. Annähernd ein Viertel von ihnen erschien erst im 19. Monat. Außerhalb des Untersuchungsfensters von 18 ± 1 Monat liegen 4,1% der IG sowie 8,4% der KG.

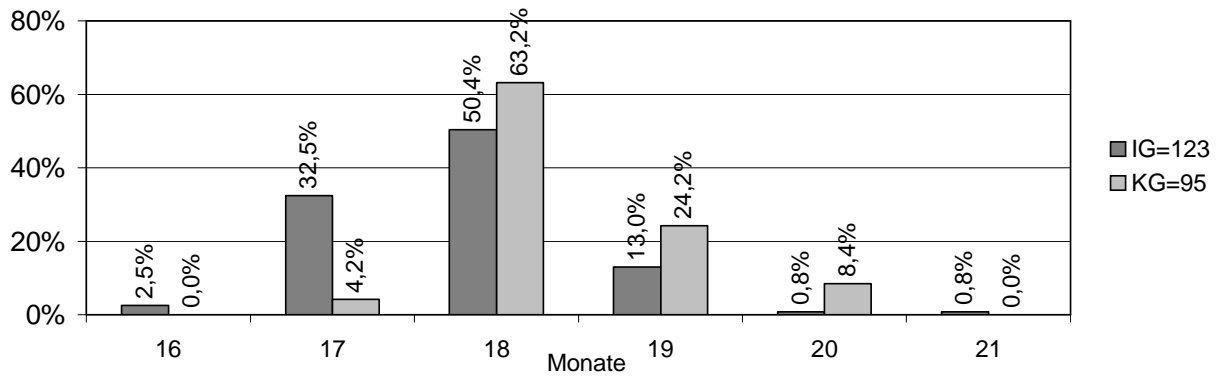


Diagramm 2: Zeitpunkt der Untersuchung

3.5 **Vergleiche zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (Zeitpunkt 18 Monate nach der Entbindung)**

3.5.1 **Wissen über Zahngesundheit**

3.5.2 **Kariesursachen**

Die Mütter beider Gruppen wurden gebeten, anhand einer Skala von 1 („stimmt völlig) bis 5 („stimmt gar nicht“) zu bewerten, was ihrer Meinung nach die Ursachen für Zahnkaries sind.

Mangelnde Zahnpflege wurde dabei von 91,7% der Mütter der Interventionsgruppe als Kariesursache angesehen. In der Kontrollgruppe glaubten dies signifikant weniger Befragte (76,3%).

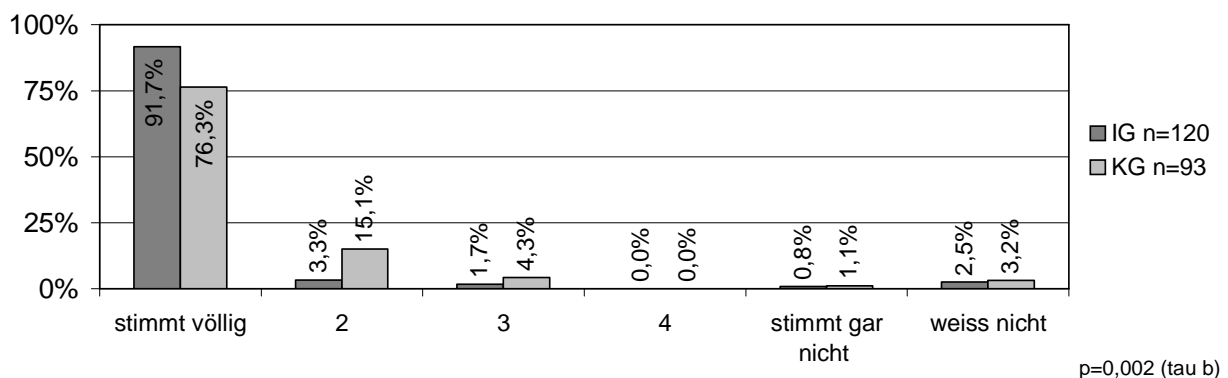


Diagramm 3: Kariesursache mangelnde Zahnpflege

Deutliche Unterschiede zeigen sich auch bei der Frage nach der Ansteckung als eine Ursache der Karies. Während in der Interventionsgruppe 73,6% der Mütter mit „stimmt völlig“ antworteten,

waren es in der Kontrollgruppe signifikant weniger (42,0%). Ein Fünftel der KG schließt Ansteckung als Kariesursache aus bzw. weiß keine Antwort.

Falsche Ernährung wird von der Mehrzahl der Befragten sowohl der IG als auch der KG als Ursache für Karies gesehen. Hierbei antworteten die Mütter der IG nur etwas häufiger mit „stimmt völlig“.

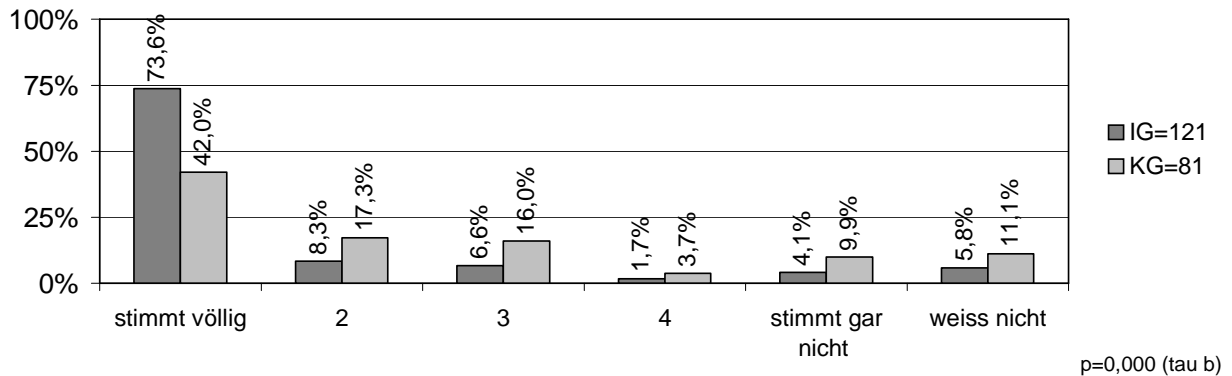


Diagramm 4: Kariesursache Ansteckung

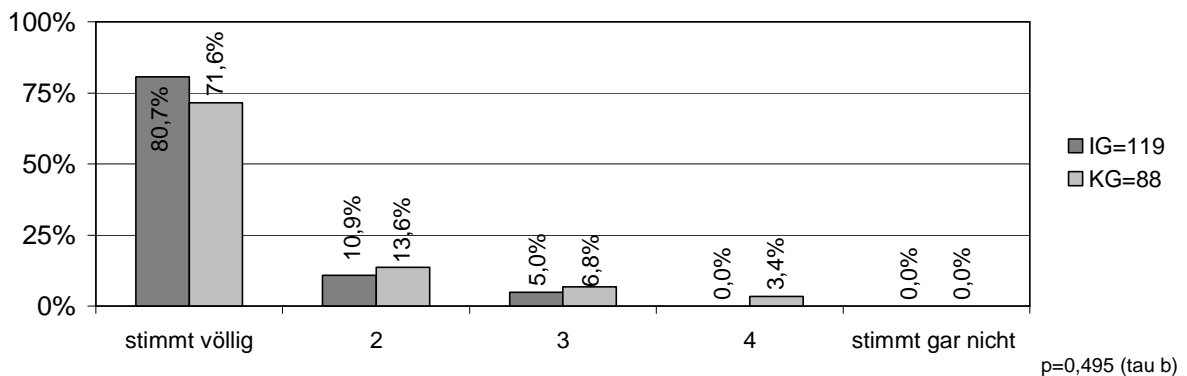


Diagramm 5: Kariesursache falsche Ernährung

Fluoridmangel wird von knapp der Hälfte der IG als Kariesursache anerkannt. In der KG stimmten etwas weniger Mütter dieser Aussage zu. Die Auswahlmöglichkeiten „2“ und „3“ wurden in beiden Gruppen annähernd gleich häufig gewählt. Die Mütter der KG antworteten auch hier wieder öfter mit „weiß nicht“.

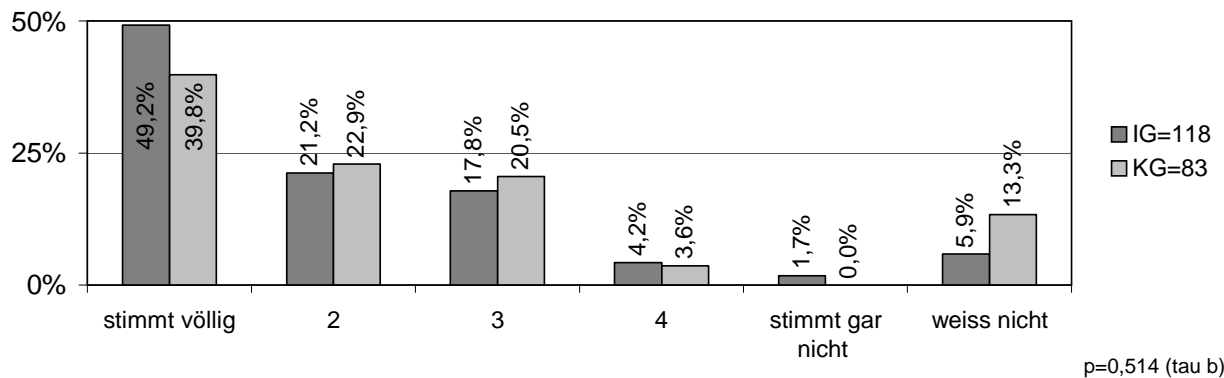


Diagramm 6: Kariesursache Fluoridmangel

3.5.3 Wissenseneinschätzung und Informationsbedarf

In der Interventionsgruppe fühlten sich mit 65,6% der Befragten deutlich mehr Mütter „informiert und aufgeklärt“ als in der Kontrollgruppe (36,2%). Der Informationsbedarf ist in der KG mit 87,1% etwas größer. Von den Müttern der IG wünschten sich 73,8% mehr Informationen.

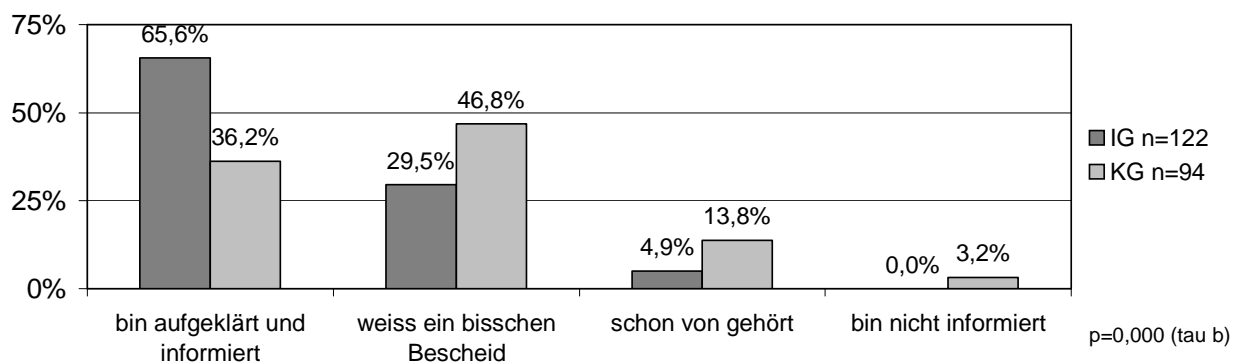


Diagramm 7: Wie schätzen Sie Ihr Wissen über die Zahngesundheit ihres Kindes ein?

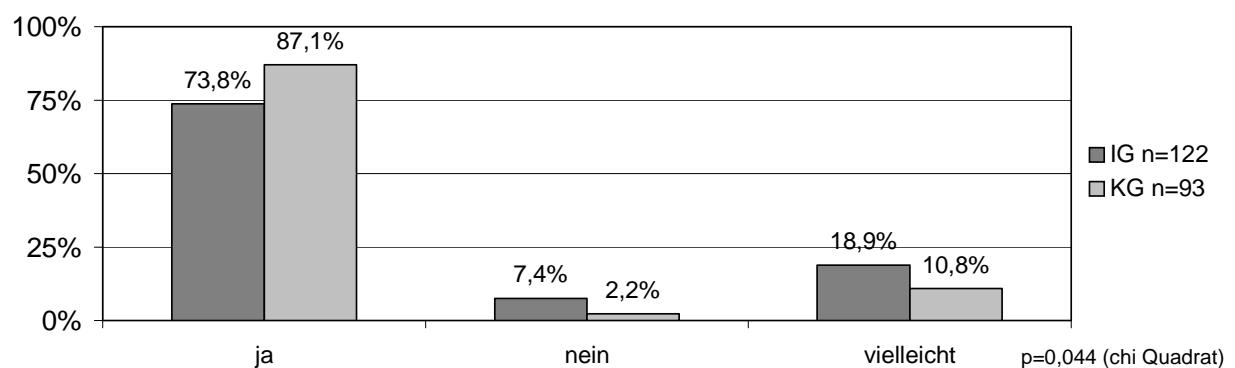


Diagramm 8: Würden Sie sich gerne genauer über die Zahngesundheit ihres Kindes informieren?

3.5.4 Verhalten

3.5.5 Zahnpflegeverhalten der Mütter

Hinsichtlich Zahnputzdauer und -frequenz konnten keinerlei signifikante Unterschiede ermittelt werden. Jeweils über Dreiviertel der Befragten reinigten ihre Zähne mindestens zweimal täglich. Eine Putzdauer von circa 2 Minuten wurde von mehr als der Hälfte der Mütter der IG und KG angegeben.

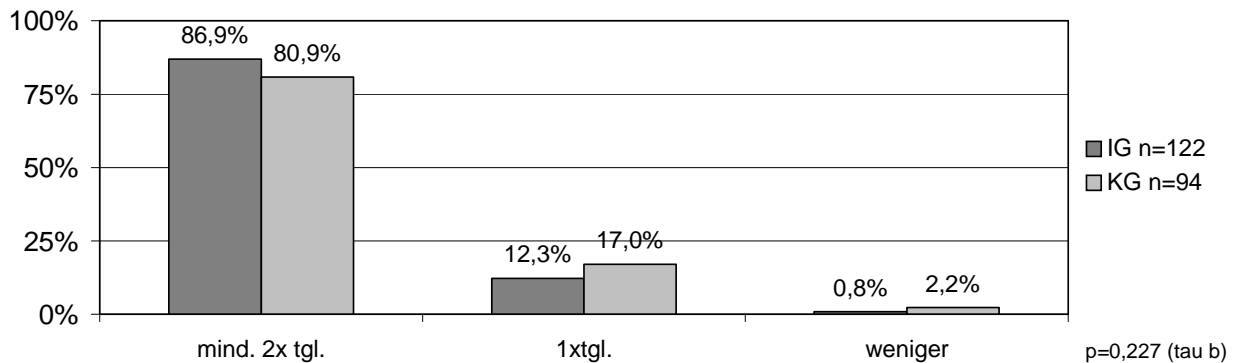


Diagramm 9: Wie oft putzen Sie Ihre Zähne?

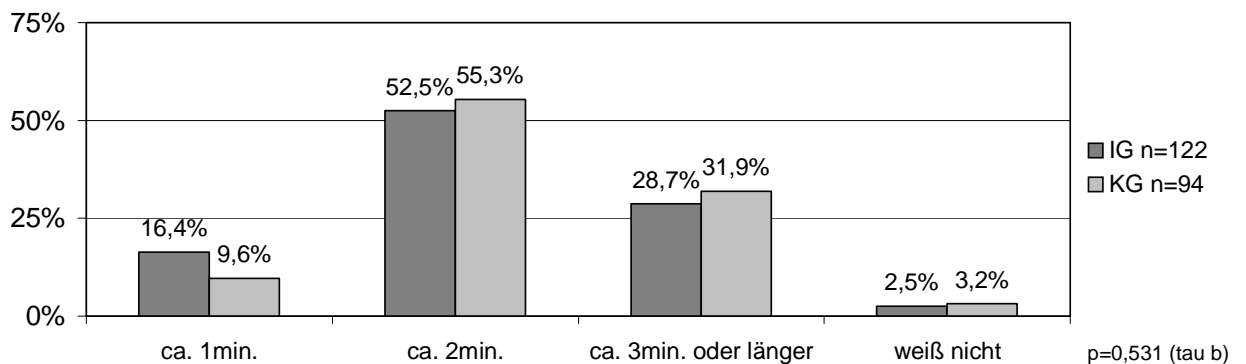


Diagramm 10: Wie lange putzen Sie Ihre Zähne?

Beim Verwenden von Hilfsmitteln bei der Zahnpflege gab es zwischen den beiden Gruppen nur geringe Unterschiede. Lediglich Mundspüllösungen wurden von der IG signifikant häufiger angewendet als von der KG. Gegenüber 3,7% der IG-Mütter waren es 28,3% der Mütter der KG, die eine Mundspüllösung „nie“ benutzten.

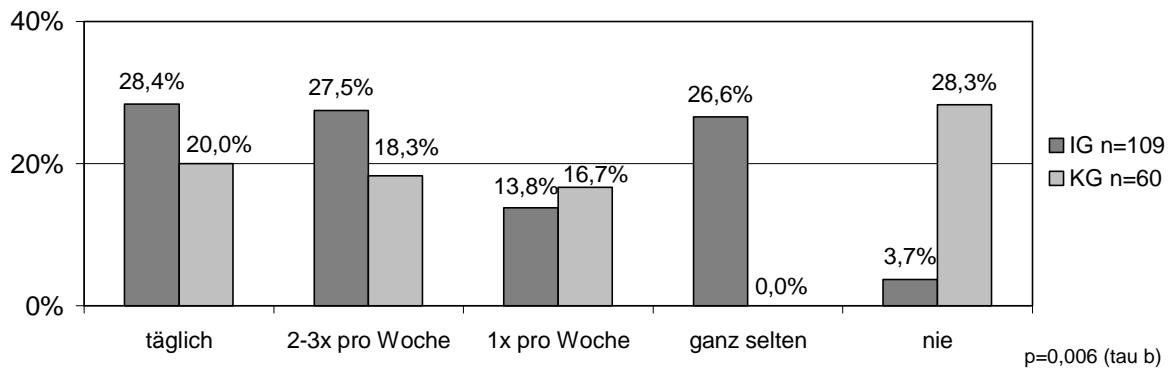


Diagramm 11: Wie oft benutzen Sie eine Mundspülung?

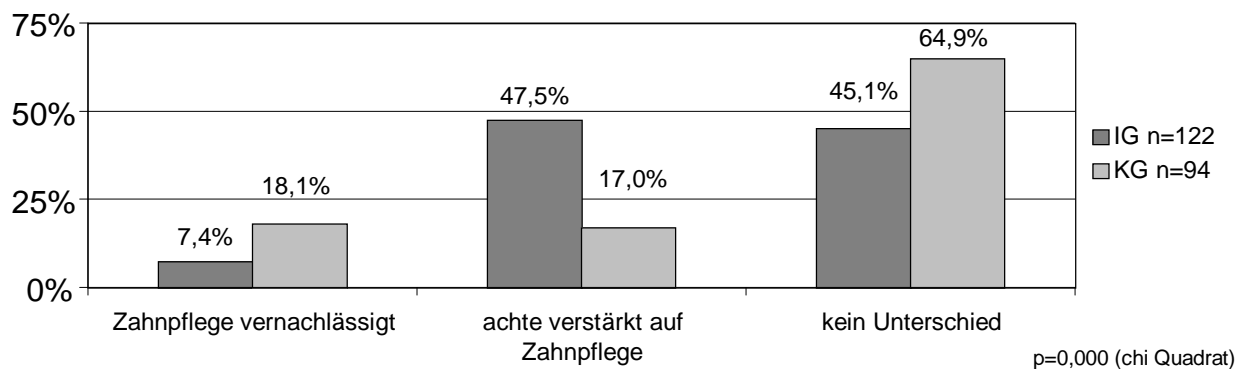


Diagramm 12: Wie schätzen Sie Ihre eigene Zahnpflege seit der Geburt des Kindes ein?

Auf die Frage, ob die eigene Mundhygiene seit der Geburt des Kindes verändert wurde, antworteten knapp die Hälfte der Mütter aus der IG, verstärkt auf die Pflege der eigenen Zähne geachtet zu haben. In der KG wurde diese Antwortmöglichkeit nur von 17% gewählt.

3.5.6 Zahnpflege der Kinder

In der IG reinigten signifikant mehr Mütter ihrem Kind die Zähne als in der KG. Im Vergleich zur IG (5,7%) gaben über 16% der Mütter der KG an, die Zähne ihres Kindes nicht zu reinigen. Die Zahnpflege wird bei knapp der Hälfte derer, die auf die Frage nach dem Reinigen der Zähne mit „ja“ antworteten, 2x täglich vorgenommen (IG). In der KG ist es dagegen nur rund ein Drittel.

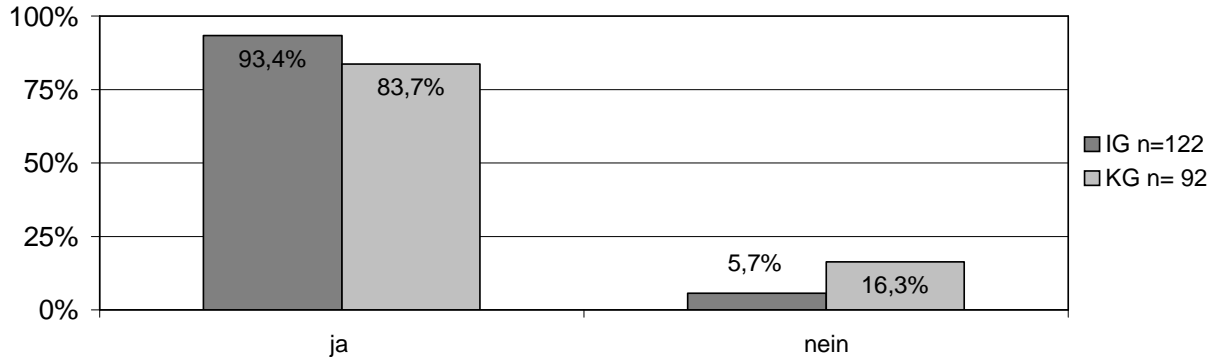


Diagramm 13: Reinigen Sie ihrem Kind die Zähne?

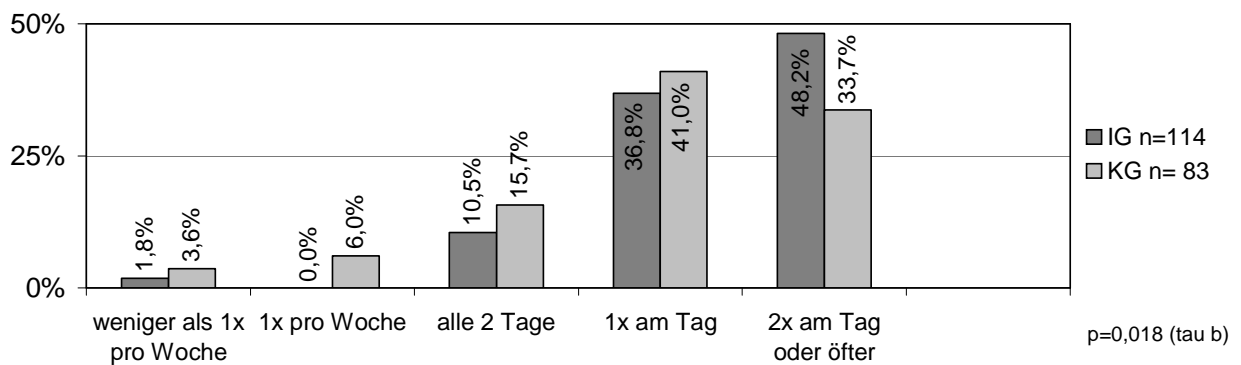


Diagramm 14: Wie oft reinigen Sie ihrem Kind die Zähne?

3.5.7 Ernährungsverhalten

Die Mehrzahl der Mütter beider Gruppen hat ihre Kinder in den letzten 6 Monaten nicht mehr gestillt. In der IG gaben geringfügig mehr Mütter an, dies noch getan zu haben.

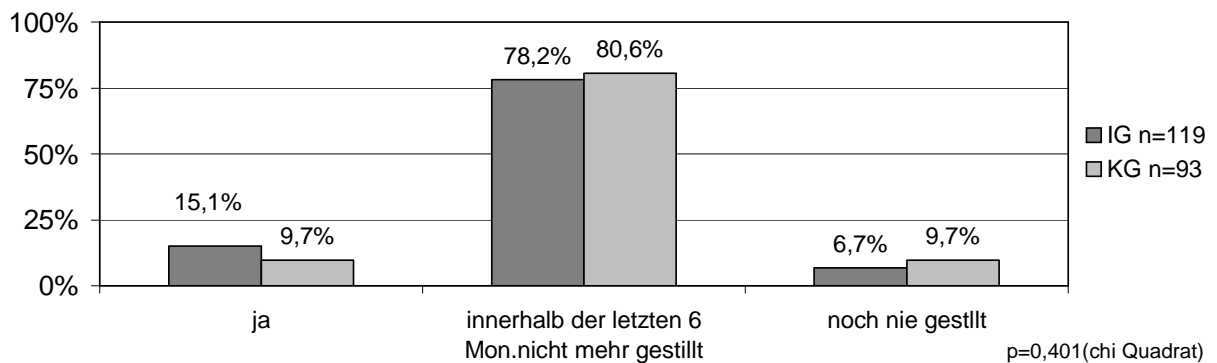


Diagramm 15: Haben Sie Ihr Kind innerhalb der letzten 6 Monate noch gestillt?

Im Vergleich zur IG (62,8%) erhalten signifikant mehr Kinder der KG (73,3%) die Nuckelflasche.

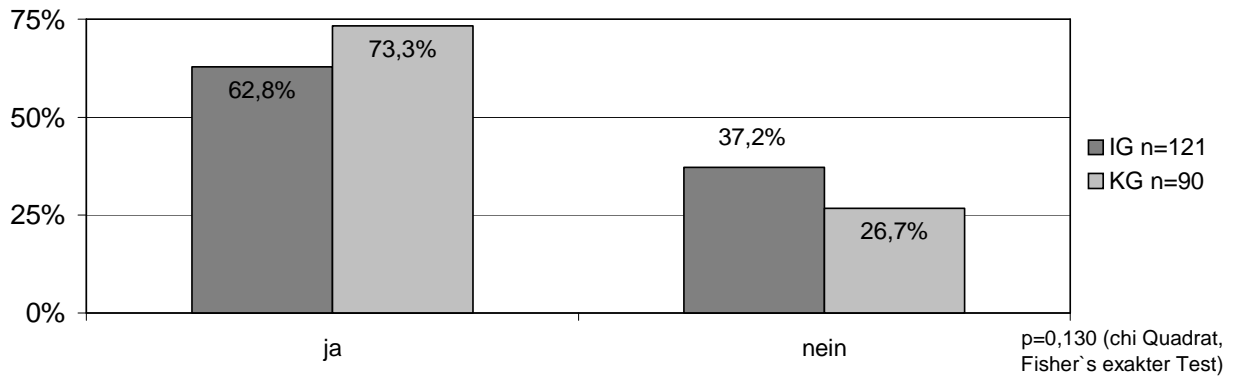


Diagramm 16: Erhält Ihr Kind die Flasche?

Mehr als ein Drittel der Mütter der KG bejahten die Frage, ob das Kind tagsüber Fruchtsaft aus der Nuckelflasche zu trinken bekommt. Die Antwortmöglichkeit „nie“ wurde von 63,6% vergeben. Dieser Wert lag für die IG mit 86,7% signifikant höher.

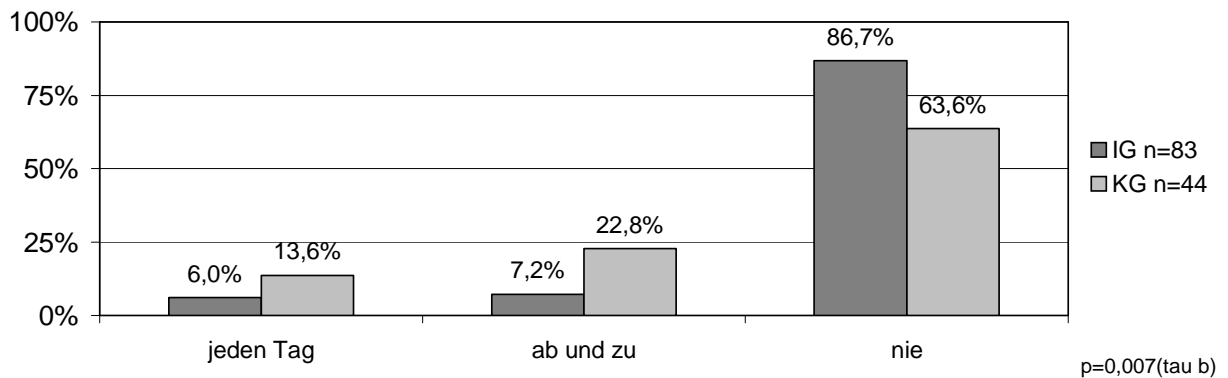


Diagramm 17: Erhält Ihr Kind tagsüber Fruchtsaft aus der Flasche?

In der IG erhalten 3,6% der Kinder gelegentlich selbst gekochten Tee mit Zusätzen. Dagegen wurde dies von 38,3% der Mütter der KG täglich oder gelegentlich in die Flasche der Kinder gegeben.

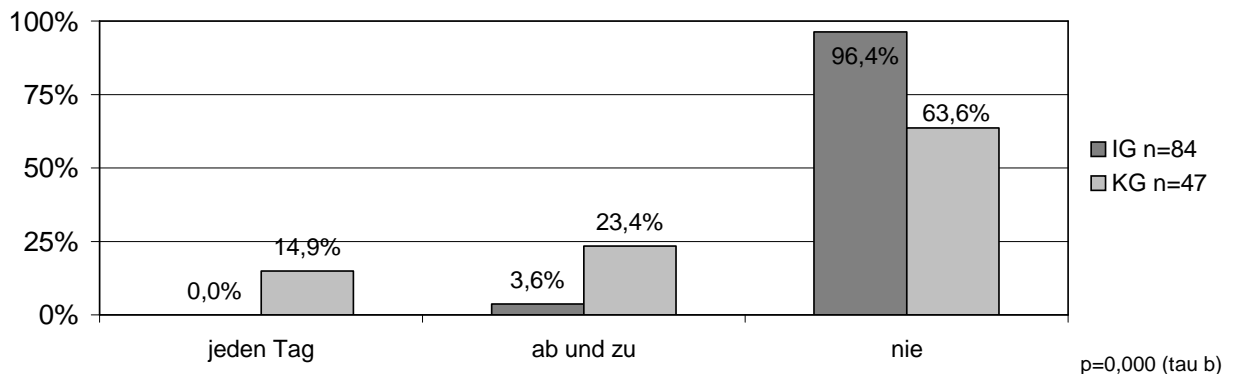


Diagramm 18: Erhält Ihr Kind tagsüber selbst gekochten Tee mit Zusätzen aus der Flasche?

Auch der Flascheninhalt Fertigtee ist in der KG signifikant häufiger vertreten. Fast ein Viertel der Kinder trinkt derartige Produkte täglich. Knapp zwei Drittel der Befragten gaben an, nie Fertigtee in die Nuckelflasche des Kindes zu füllen. In der IG verzichteten 85,7% der Mütter auf Fertigtee.

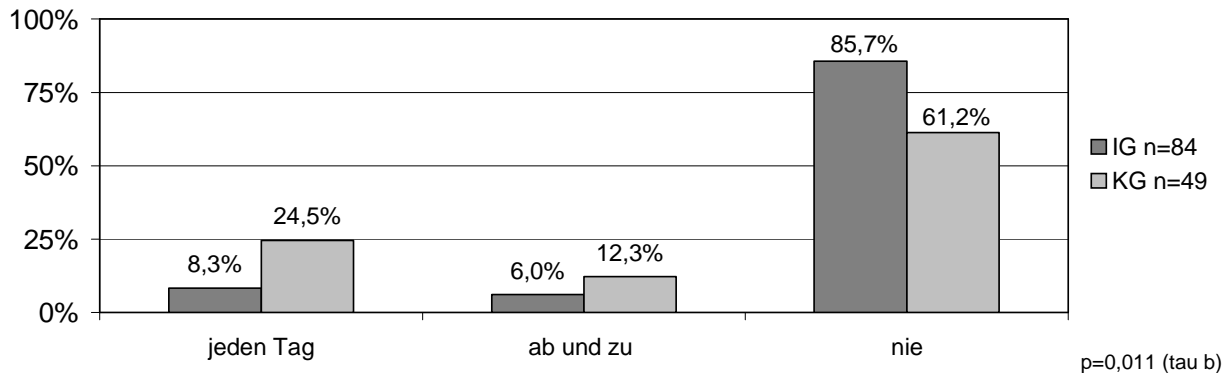


Diagramm 19: Erhält Ihr Kind tagsüber Fertigtee aus der Flasche?

Mehr als die Hälfte der Kinder der IG schlafen nachts ohne Flasche. Es waren 30,1% der befragten Mütter (IG), die angaben, dass Ihr Kind jede Nacht die Flasche bekommt. Mit 45,3% lag dieser Wert in der KG signifikant höher.

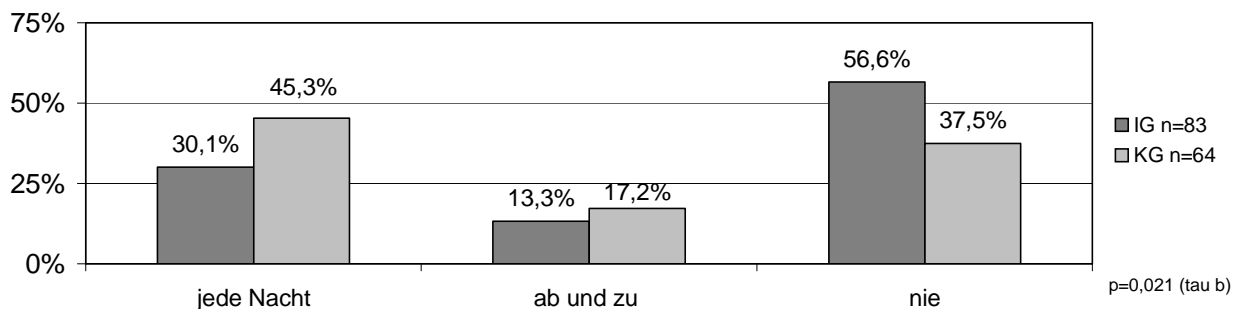


Diagramm 20: Erhält Ihr Kind in der Nacht die Flasche?

Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bestehen auch hinsichtlich der Frage, ob die Kinder nachts Milch erhalten. Fast ein Viertel der Mütter der KG bejahten dies. Mit 89,2% wählten deutlich mehr Mütter der IG als die der KG (76,1%) die Antwortmöglichkeit „nie“.

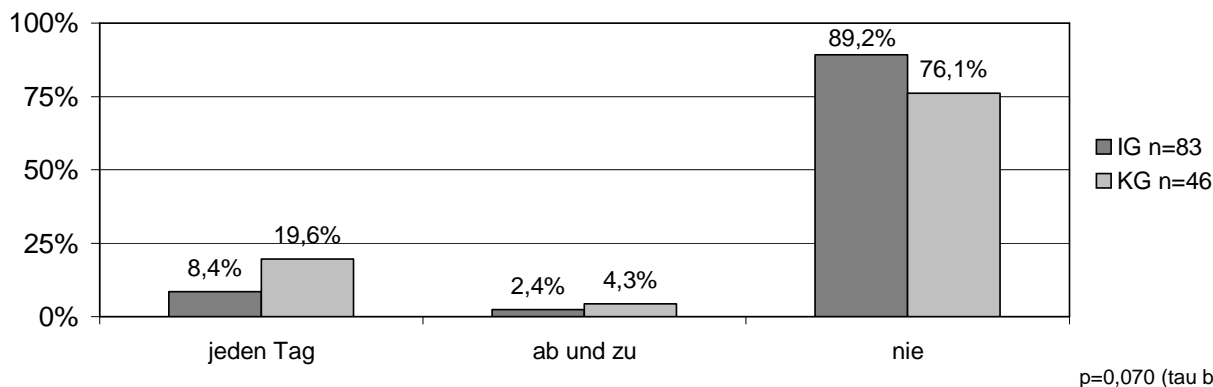


Diagramm 21: Erhält Ihr Kind nachts Milch?

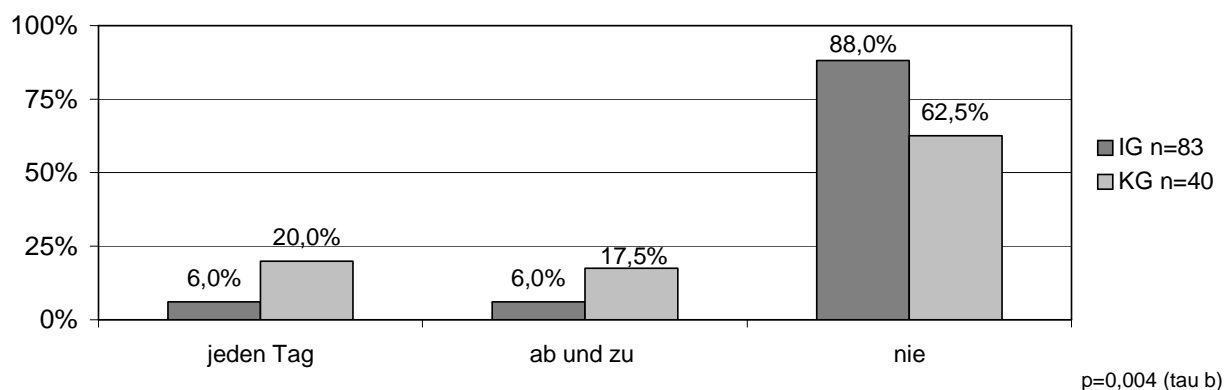


Diagramm 22: Erhält Ihr Kind nachts Wasser?

In der KG erhalten 37,5% der Kinder gelegentlich bzw. jede Nacht eine mit Wasser gefüllte Flasche. In der IG sind es lediglich 12%. Mit 88,0% verzichten in der IG signifikant mehr Mütter auf die Wasserflasche als in der KG (62,5%).

Von den Kindern der IG sind 84,4% in der Lage aus einer beliebigen Tasse zu trinken. Dagegen wird dies nur von 72,3% der Kontrollgruppenkinder beherrscht.

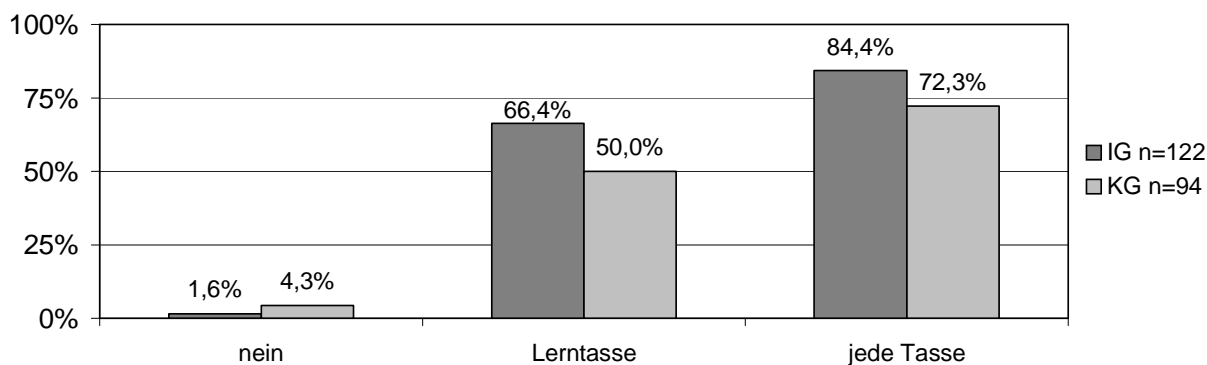


Diagramm 23: Kann Ihr Kind aus einer Tasse trinken? (Doppelantworten möglich)

Im Hinblick auf die Gabe von Süßigkeiten, zeigten sich lediglich geringe, statistisch nicht signifikante Unterschiede. Auf die Frage, ob sie zuckerfreie Süßigkeiten kaufen, antwortete gut

die Hälfte der IG-Mütter mit „ja, manchmal“. Diese Antwortmöglichkeit wurde dagegen nur von 33,0% der KG gewählt. In der KG gaben 44,3% der Mütter an, zuckerfreie Süßigkeiten nicht zu kennen. In der IG lag dieser Wert mit 16,1% deutlich niedriger.

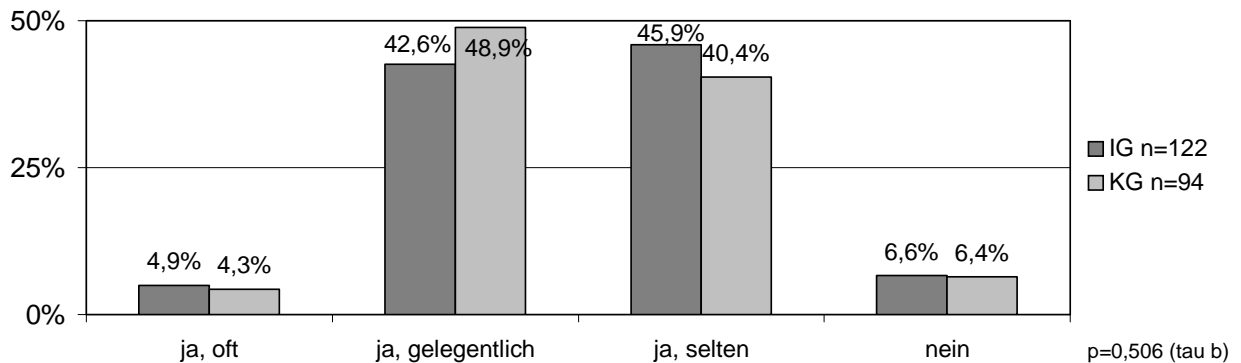


Diagramm 24: Geben Sie Ihrem Kind Süßigkeiten?

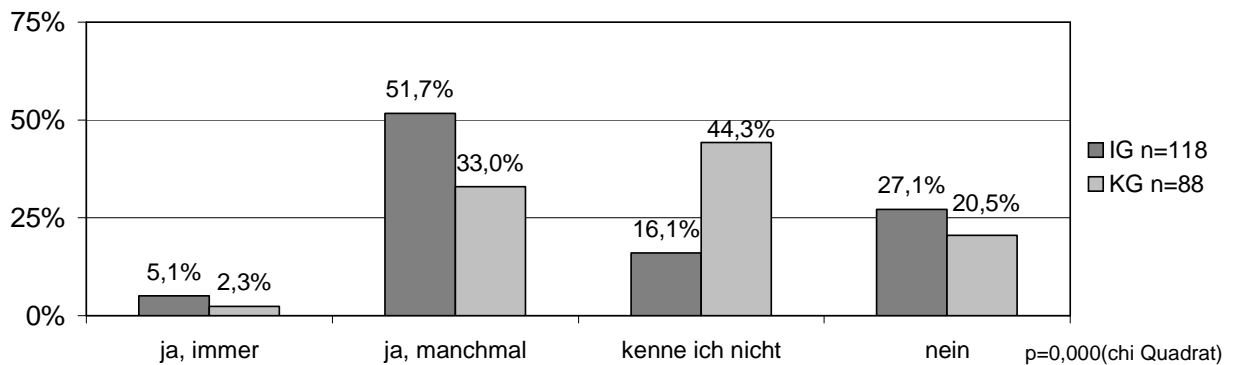


Diagramm 25: Kaufen Sie zuckerfreie Süßigkeiten?

Die Mütter wurden befragt, wie sie handeln würden, wenn im Supermarkt der Nuckel des Kindes auf den Boden fallen würde. Dabei standen die Antwortmöglichkeiten „Nuckel wieder in den Mund stecken“, „Nuckel ablutschen und wieder in den Mund stecken“, „Ersatznuckel geben“ sowie „Anderes“ zur Auswahl.

Signifikante Unterschiede ($p=0,044$, chi Quadrat, Fisher`s exakter Test) zeigten sich bei Antwortmöglichkeit 2. Ein Fünftel der Mütter der KG gaben an, den Nuckel abzulecken und dann dem Kind wieder in den Mund zu stecken. In der IG waren es dagegen nur 6,8%. Über zwei Drittel der IG-Mütter haben für derartige Situationen einen Ersatznuckel dabei.

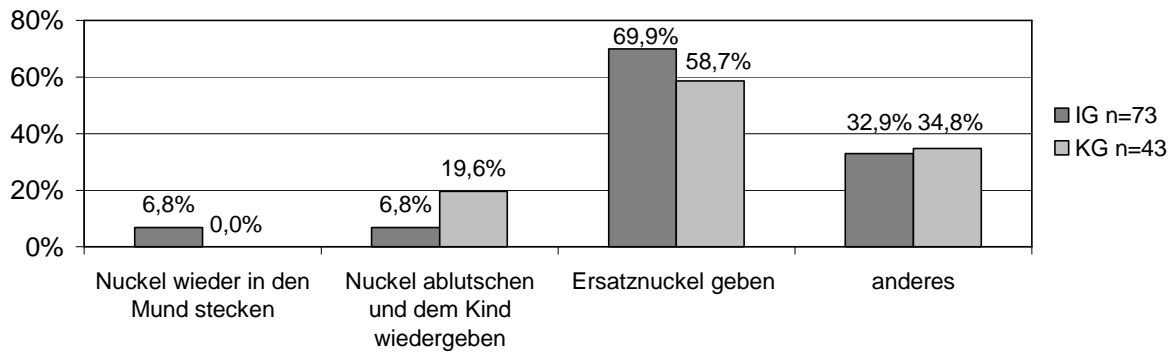


Diagramm 26: Nuckelsituation

Mehr als ein Fünftel der KG-Mütter hatten die Angewohnheit, oft denselben Löffel zu benutzen wie Ihr Kind bzw. dessen Nuckel abzulecken. In der IG wurde dies von signifikant weniger Müttern praktiziert.

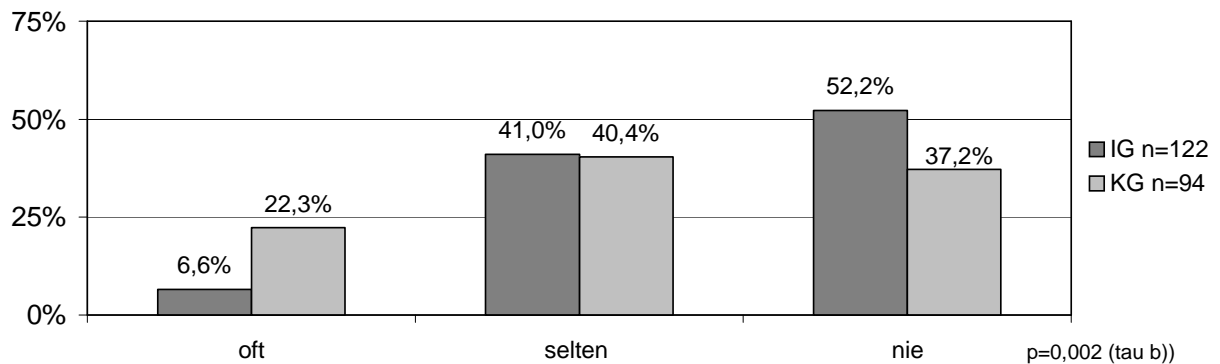


Diagramm 27: Verwendeten Sie denselben Löffel oder lutschten Sie den Nuckel ab?

Alle Kinder der IG bekamen bzw. bekommen zur Kariesprophylaxe Fluoridtabletten verabreicht. In der KG sind es mit 97,7% nur geringfügig weniger.

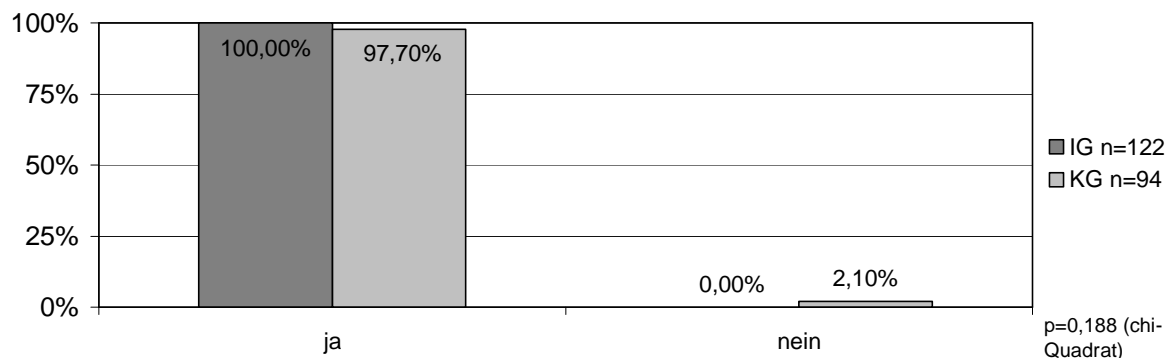


Diagramm 28: Erhält bzw. erhielt Ihr Kind Fluoridtabletten?

Auch beim Verwenden von jodiertem und fluoridiertem Speisesalz im Haushalt existieren keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Die Hälfte der KG kauft dies regelmäßig. In der IG sind es mit 61,3% etwas mehr.

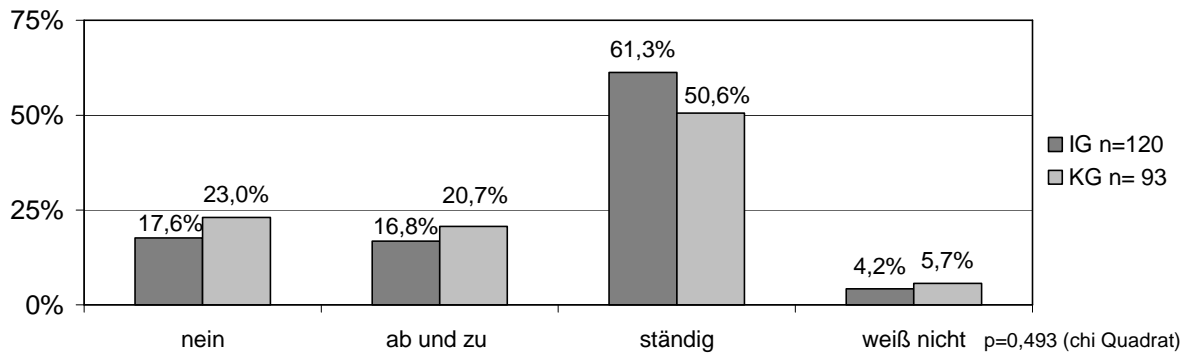


Diagramm 29: Verwenden Sie im Haushalt jodiertes und fluoridiertes Speisesalz?

3.6 Befunde

3.6.1 Mütter

Die Mütter der KG weisen einen signifikant höheren Mittelwert zerstörter, fehlender sowie gefüllter Zahnflächen auf (D_{1-4} MFS-Wert) als die Mütter der IG. Werden initiale kariöse Läsionen nicht in die Betrachtung einbezogen (D_{3-4} MFS-Wert), so liegen die Werte der KG ebenfalls über denen für die IG. Die Unterschiede erreichen jedoch keine Signifikanz.

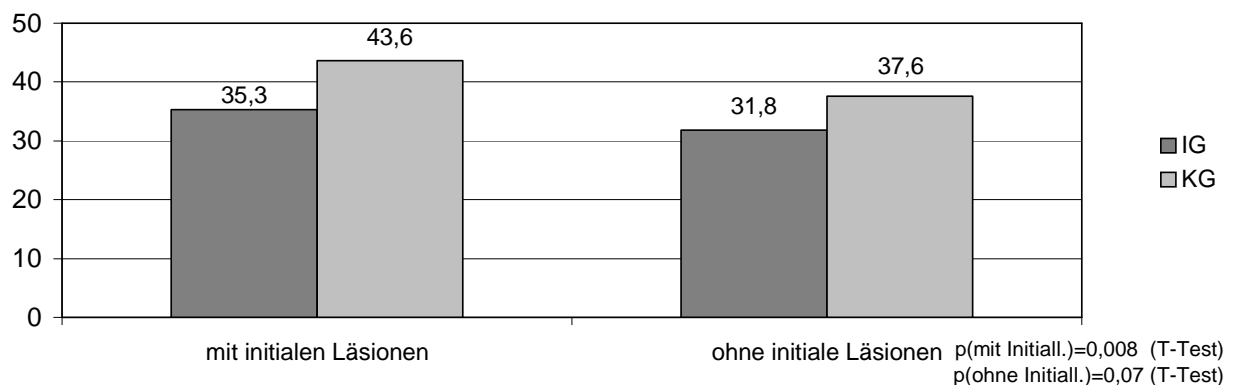


Diagramm 30: Mittelwerte DMFS (Mütter)

In der IG konnten durchschnittlich 94,1 Zahnflächen als gesund eingestuft werden. Dagegen waren es in der KG nur durchschnittlich 84,4.

Der Mittelwert aus den Messungen des SBI liegt für die KG mit 11,5 gegenüber 6,77 für die IG signifikant höher.

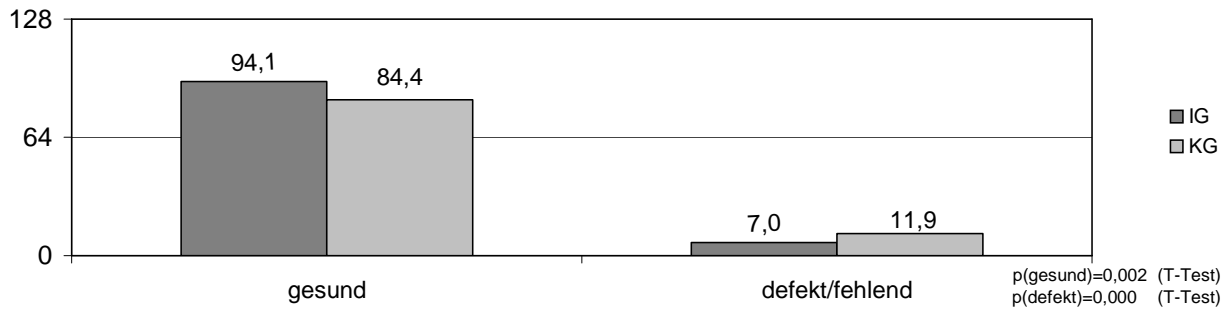


Diagramm 31: Zahnflächen Mütter

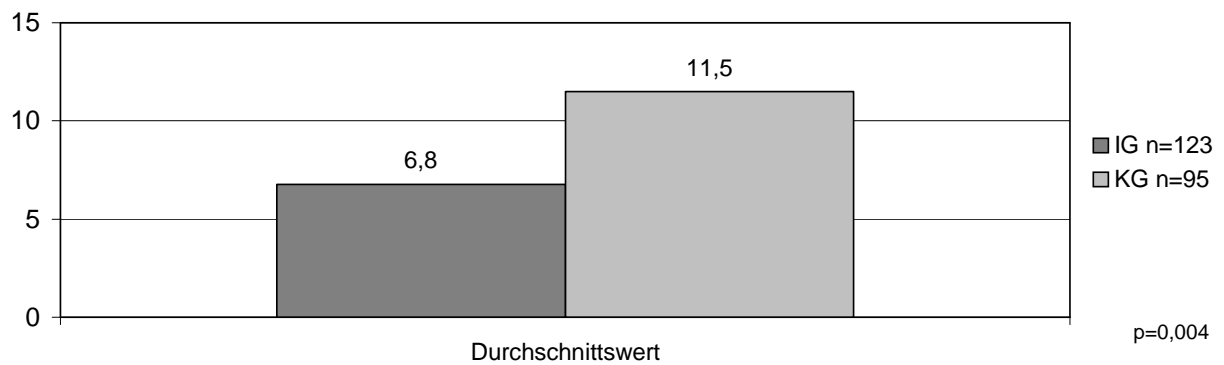


Diagramm 32: SBI Mütter

3.6.2 Kinder

In der IG wurde bei 3 Kindern (2,5%), in der KG bei 9 Kindern (10,5%) ein dmfs-Wert größer als Null festgestellt.

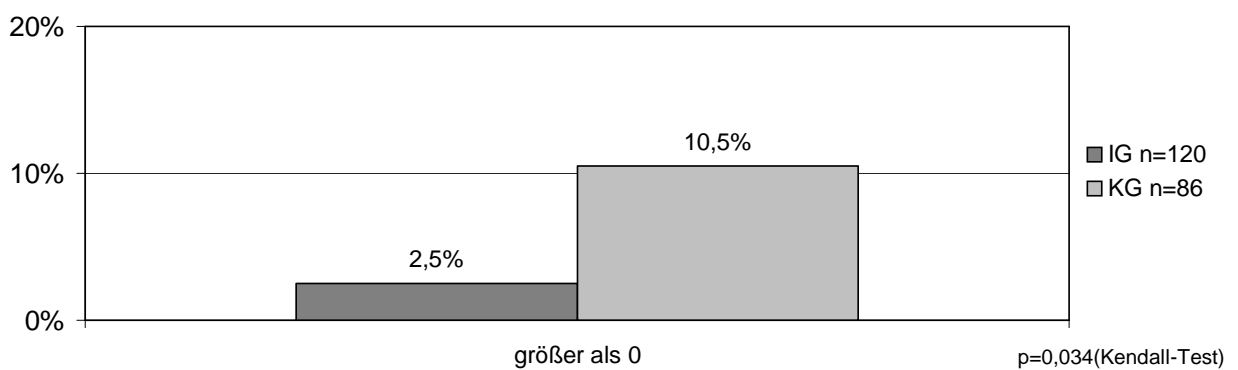


Diagramm 33: dmfs-Werte

3.6.3 Ergebnisse der Speicheltests

3.6.4 Mütter

Aus den Ergebnissen der Speicheltests konnte entsprechend der Anzahl koloniebildender Einheiten an Streptokokken sowie Laktobazillen ein hohes bzw. niedriges Kariesrisiko abgeleitet werden. In der IG wurde in Bezug auf Streptokokken für 71,9% aller Mütter ein hohes Kariesrisiko prognostiziert. Dieser Wert liegt in der KG mit 88,2% signifikant höher. Die entsprechenden Werte für die Laktobazillen liegen in beiden Gruppen deutlich niedriger. Gegenüber 59,1% der KG-Mütter wiesen nur 45,5% der Mütter in der IG ein hohes Kariesrisiko hinsichtlich Laktobazillen auf. Die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant.

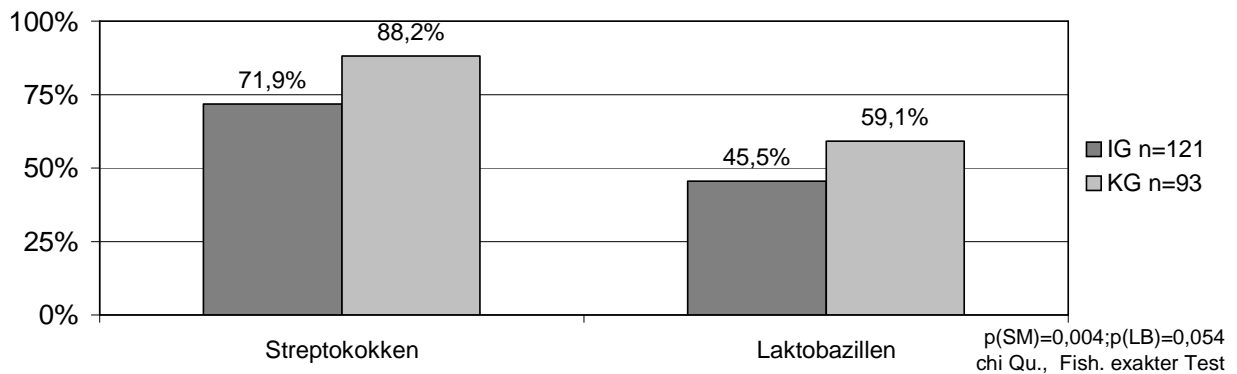


Diagramm 34: Speicheltest Mütter, hohes Kariesrisiko

3.6.5 Kinder

Signifikant mehr Kinder der KG zeigten ein hohes Kariesrisiko in Bezug auf Streptokokken ($p=0,021$ Fisher's exakter Test). Hohe Laktobazillenwerte traten in beiden Gruppen sehr selten auf.

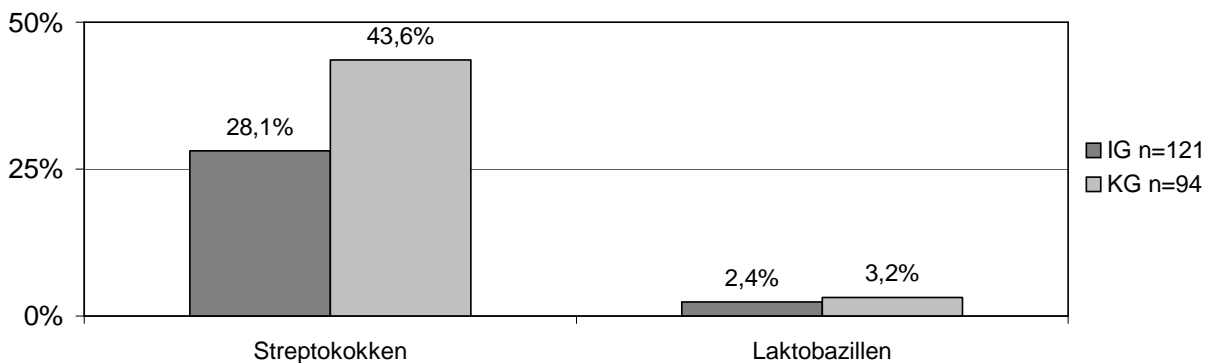


Diagramm: 35: Speicheltest Kinder, hohes Risiko

3.7 Vergleiche innerhalb der Interventionsgruppe (Zeitpunkt Geburt, 6 und 18 Monate nach der Entbindung)

3.7.1 Wissen über Zahngesundheit

3.7.2 Kariesursachen

Das Wissen der Mütter über die Ursachen der Karies hat sich zwischen der Geburt des Kindes und der 18 Monats-Untersuchung verbessert.

Die Zahl der Mütter, die auf die Frage nach der Ansteckung als Ursache für Karies mit „stimmt völlig“ antworteten, stieg von 22,1% (Fragebogen Geburt) auf 78,9% (Fragebogen 18 Monate) an. Aus den Werten wird ersichtlich, dass im Hinblick auf „Ansteckung“ als Kariesursache der größte Wissenszuwachs erzielt werden konnte. Dieser ist auch in der KG zu verzeichnen. Hier stieg die Zustimmung von 25,3% im 6. Monat auf 35,2%.

Während kurz nach der Geburt noch fast die Hälfte (46,3%) der IG-Mütter glaubten, dass Ansteckung nicht als Ursache für Karies in Frage kommt, sank diese Zahl nach Besuch der Schulungen des „Eltern-Kollegs“ auf 5,3%.

Zwischen den Zeitpunkten „Geburt“ und „18 Monate“ stieg die Zustimmung für eine falsche Ernährung als Kariesursache in der Interventionsgruppe signifikant an. Dazwischen ist lediglich ein geringer, nicht signifikanter Anstieg zu verzeichnen. In der KG glaubten zum Zeitpunkt 6 bzw. 18 Monate jeweils rund zwei Drittel der Mütter, dass falsche Ernährung eine Ursache für Karies darstellt.

Mangelnde Pflege der Zähne wird bereits zum Zeitpunkt „Geburt“ von 86,4% der Befragten als Ursache für Karies angesehen. Diese Zahl steigt bis zur Untersuchung 18 Monate später auf 96,1%. Innerhalb der KG sank die Zustimmung von 90,1% (6.Monat) auf 74,4% (18.Monat).

Im Fragebogen „6 Monate“ antworteten 59,3% der Mütter auf die Frage nach Fluoridmangel als Kariesursache mit „stimmt völlig“. Diese Zahl sank ein Jahr später leicht auf 54,9% ab. In der KG sahen zu beiden Zeitpunkten weniger Mütter als in der IG einen Zusammenhang zwischen Fluoridmangel und Karies.

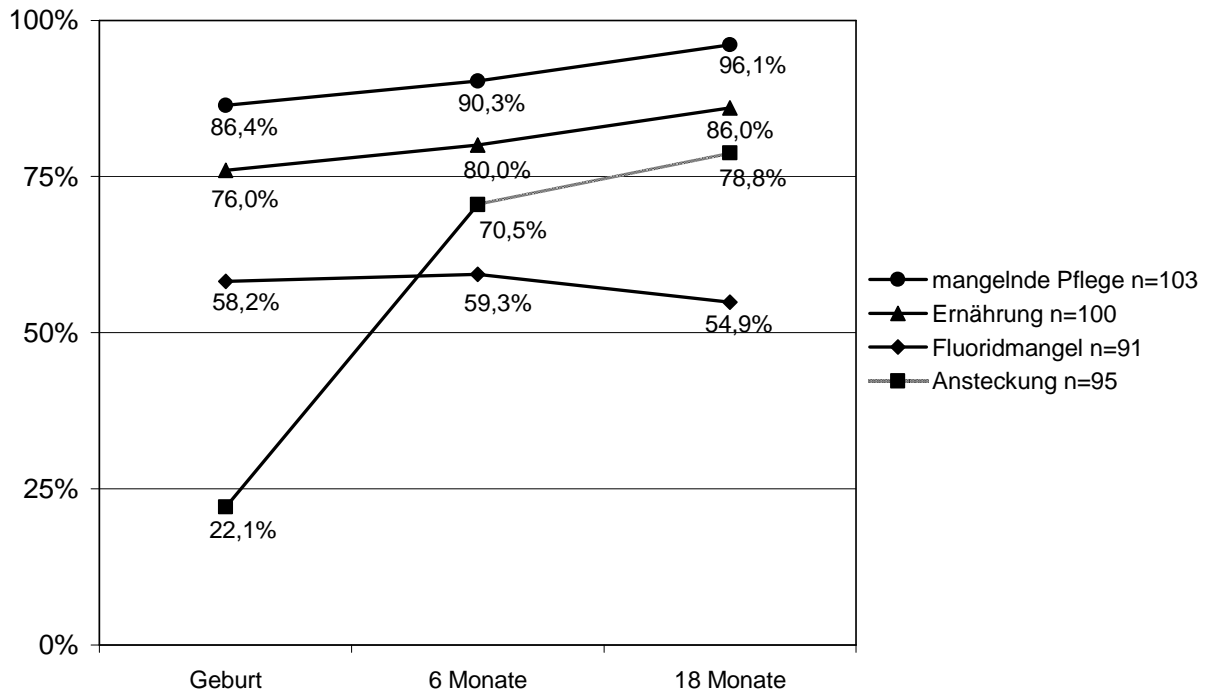


Diagramm 36: verschiedene Kariesursachen „stimmt völlig“ (IG)

3.7.3 Zahnschädigende Faktoren

In der Interventionsgruppe stieg die Zustimmung für die Aussage, dass das Ablecken des Schnullers durch die Eltern sehr schädlich für die Zähne des Kindes sei, stetig an. Signifikanz wird zwischen den Zeitpunkten „Geburt“ und „6 Monate“ erreicht. Etwa die Hälfte der KG bestätigt im Fragebogen „6 Monate“ die Schädlichkeit des Schnullerableckens. Das sind deutlich weniger als in der IG. Ein Jahr später stimmen 60,4% zu, sodass eine Annäherung zwischen beiden Gruppen erfolgt.

Ähnlich verhalten sich die Ergebnisse hinsichtlich des negativen Einflusses elterlicher Karies auf die Zähne des Kindes. Auch hier ist ein signifikanter Anstieg der Zustimmung zwischen der Geburt des Kindes und der Untersuchung ein halbes Jahr später zu verzeichnen. Danach blieb der Wert konstant. Der signifikante Anstieg der Zustimmung in der KG zwischen 6 Monate (34,1%) und 18 Monate (57,1%) führt auch hier zur Angleichung der Gruppen.

Das Stillen des Kindes wird hinsichtlich des Entstehens der Karies nur von einer sehr geringen Anzahl der Mütter als „sehr schädlich“ bewertet. Während 72,2% der IG und 70% der KG im

Fragebogen „6 Monate“ das Stillen des Kindes als nicht schädlich ansahen, sind es ein Jahr später in der IG deutlich (54,8%) und in der KG nur etwas weniger (61,1%).

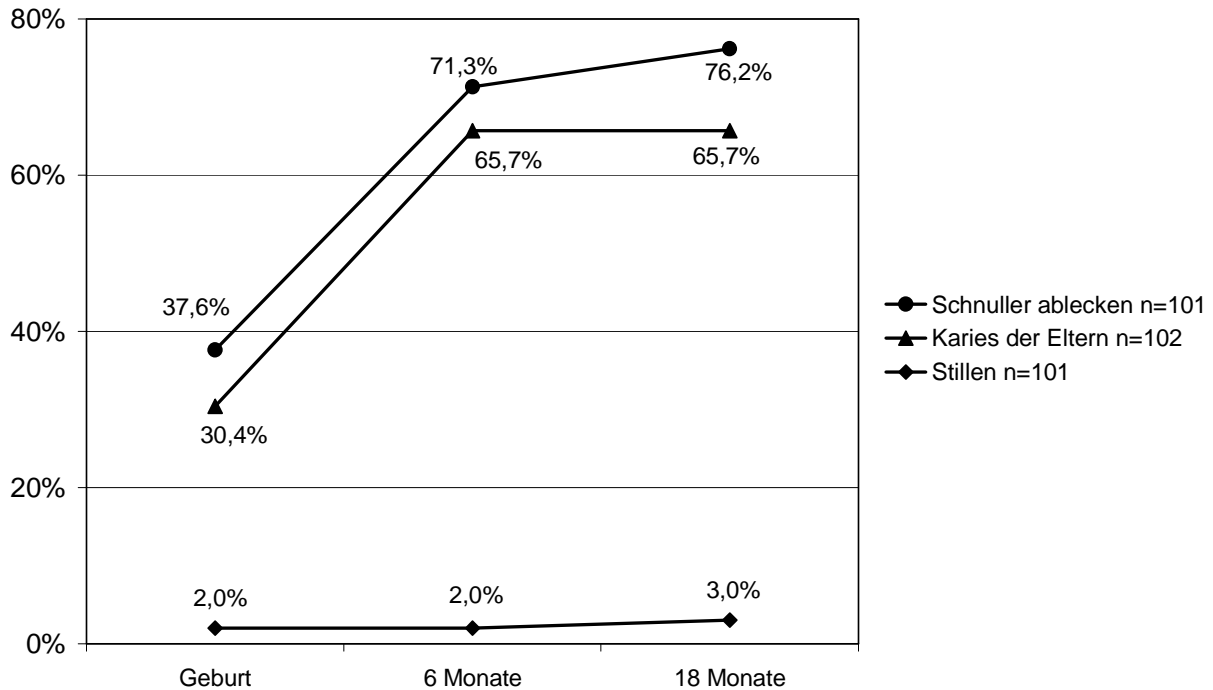


Diagramm 37: verschiedene zahnschädigende Faktoren „stimmt völlig“ (IG)

3.7.4 Zahnschädigende Nahrungsmittel

Zuckertee in der Nuckelflasche wurde bereits zum Zeitpunkt der Geburt von 76,9% der Interventionsgruppe als „sehr schädlich“ erachtet. Bis zum Fragebogen „18 Monate“ erhöhte sich der Anteil auf 94,2%. Die Mütter der KG erwiesen sich als etwas weniger kritisch. Der Aussage, dass Zuckertee „sehr schädlich“ sei, stimmten 84,4% (6 Monate) bzw. 81,1% (18 Monate) zu.

Saft in der Nuckelflasche hielten dagegen lediglich 34,0% (Zeitpunkt Geburt) der Mütter der Interventionsgruppe für „sehr schädlich“. Anderthalb Jahre später glaubten dies 65,0%. Auch in der KG konnte zwischen 6 und 18 Monaten ein Zunehmen dieser Antwortmöglichkeit beobachtet werden. Jedoch waren es zu beiden Zeiten signifikant weniger Mütter als in der IG.

Auch die zahnschädigende Wirkung des Honigs wurde zu den verschiedenen Zeitpunkten in der IG signifikant häufiger bejaht. Während kurz nach der Geburt des Kindes nur 36,9% der Mütter Honig für „sehr zahnschädlich“ hielten, waren es 18 Monate später 63,1%.

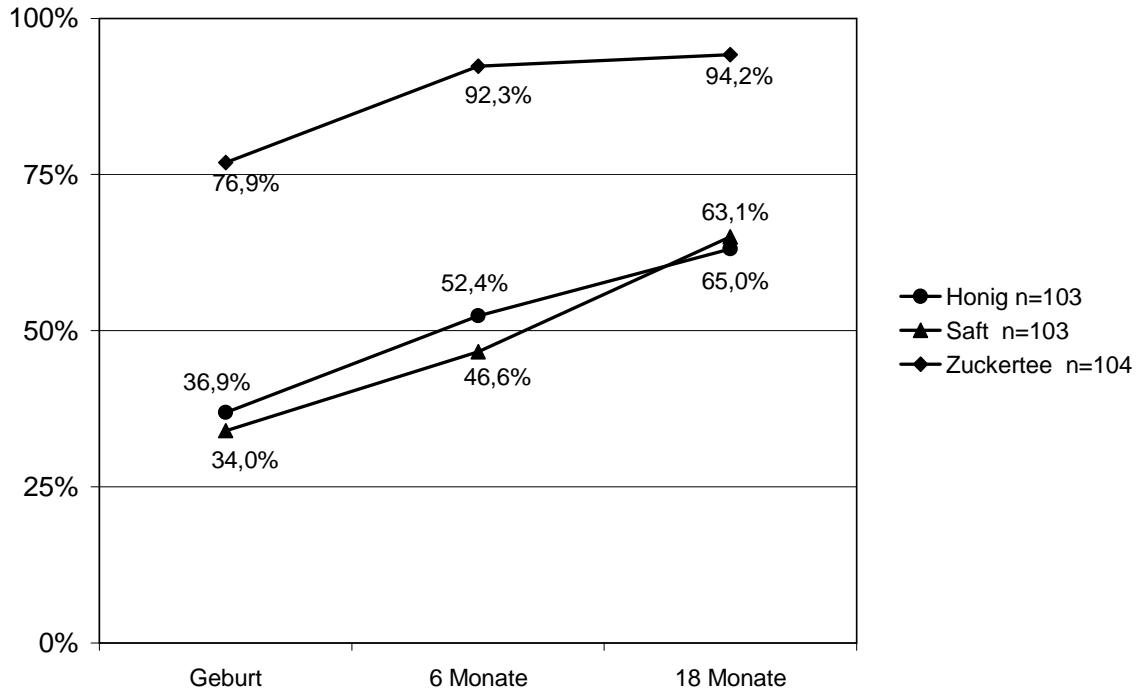


Diagramm 38: verschiedene zahnschädigende Nahrungsmittel „stimmt völlig“ (IG)

3.7.5 Einschätzung des eigenen Wissensstandes

Zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes schätzten sich 12,1% der Mütter als „informiert und aufgeklärt“ ein. Dieser Wert stieg nach der Teilnahme an den Schulungen des „Eltern-Kollektivs“ signifikant auf 57,8% und ein Jahr später nochmals auf 64,7%.

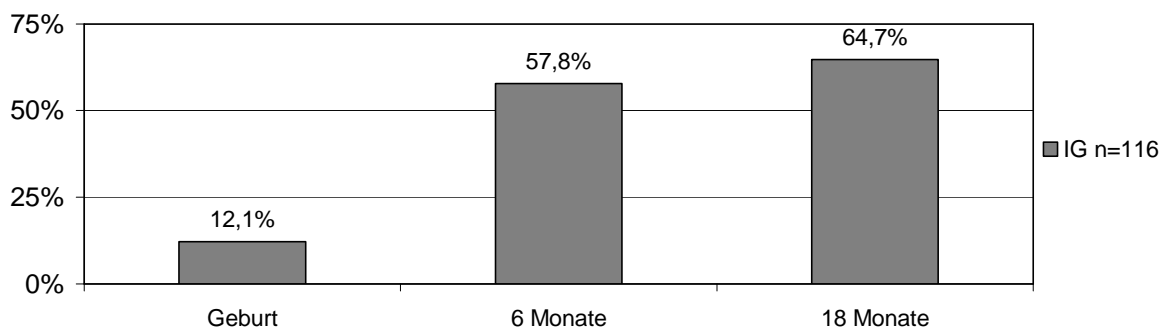


Diagramm 39: „fühle mich informiert und aufgeklärt“ (IG)

3.7.6 Verhalten

3.7.7 Zahnpflegeverhalten

Daten zur Zahnputzfrequenz- und Dauer wurden mit den Fragebögen „6 Monate“ und „18 Monate“ erhoben. Dabei konnten zwischen diesen beiden Zeitpunkten keinerlei signifikante Veränderungen festgestellt werden. Die Mütter der Interventionsgruppe benutzten 18 Monate nach der Geburt ihres Kindes signifikant öfter Fluoridgelee und signifikant weniger Mundspüllösungen als bei der Befragung ein Jahr zuvor.

3.7.8 Bewertung des „Eltern-Kollegs“

Zum Zeitpunkt „18 Monate“ wurden die Mütter der Interventionsgruppe gebeten, die Betreuung durch das „Eltern-Kolleg“ sowie die Auswirkungen auf eigene Denk- und Verhaltensweisen zu bewerten.

Nahezu alle (97,4%) sahen Ihre Einstellung zur Zahngesundheit positiv beeinflusst. Dreiviertel der Befragten gaben an, mehr Zeit für Ihre Mundhygiene zu investieren und immerhin 39,3% wandten zuvor nicht benutzte Hilfsmittel bei der Zahnpflege an.

Über die Hälfte der Mütter gab an, verstärkt auf die eigene Ernährung geachtet zu haben. Positive Einflüsse auf die Ernährung des Kindes bestätigen 83,3%.

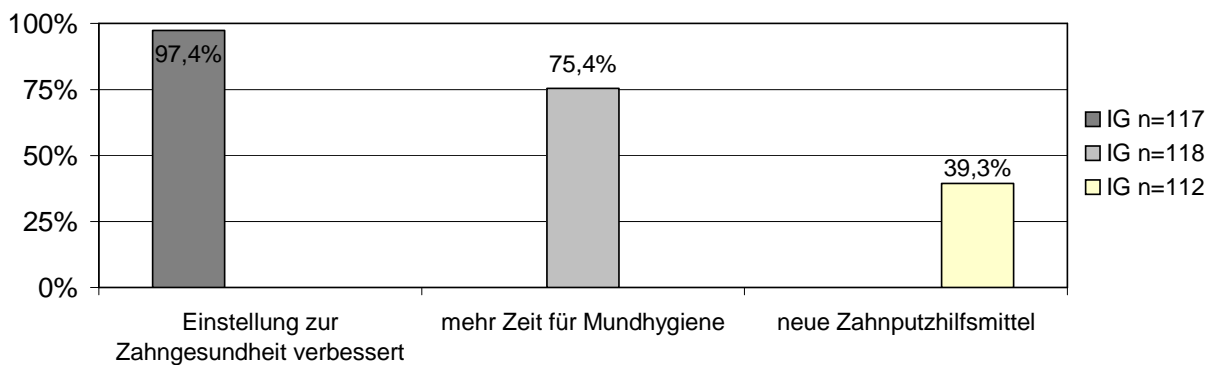


Diagramm 40: Auswirkungen des „Eltern-Kollegs“ I

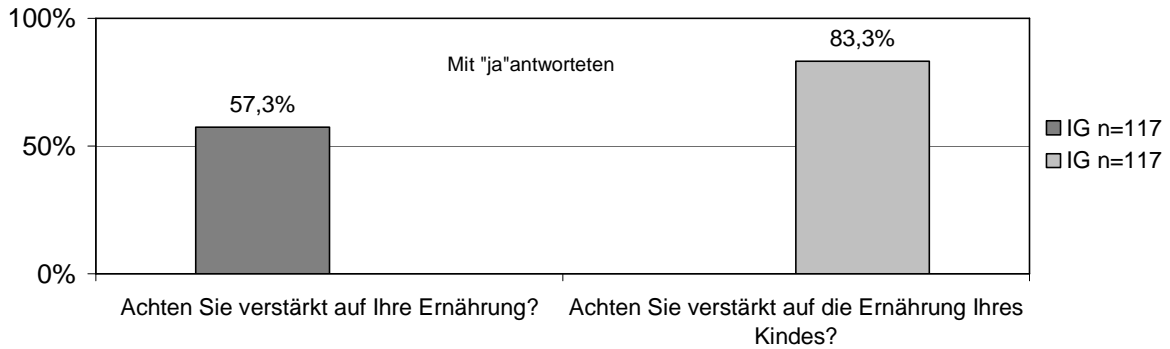


Diagramm 41: Auswirkungen des „Eltern-Kollegs“ II

Auf einer Skala von 1 („trifft voll zu“) bis 5 („stimmt gar nicht“) sollten weiterhin verschiedene Aussagen zum „Eltern-Kolleg“ bewertet werden. Dabei bescheinigten 86,0% der Mütter dem „Eltern-Kolleg“ „Verständlichkeit“, 80,0% bezeichneten es als „interessant“ und 88,3% als empfehlenswert. Das Attribut „überflüssig“ wurde fast gar nicht vergeben.

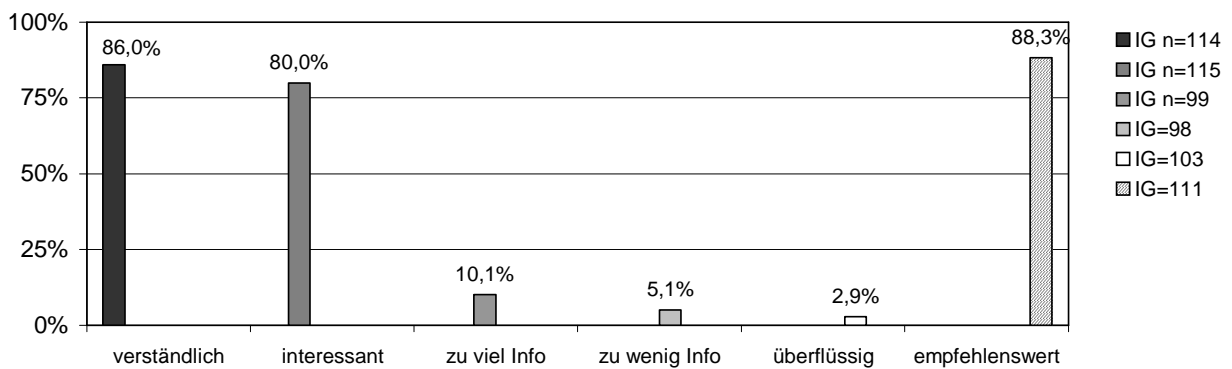


Diagramm 42: Bewertung des „Eltern-Kollegs“ „trifft voll zu“

Eine Fortsetzung des „Eltern-Kollegs“ wurde von 92% der befragten Mütter befürwortet.

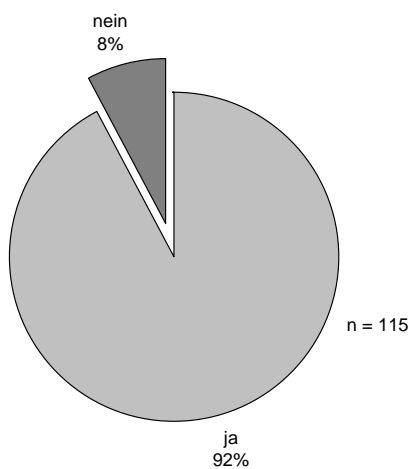


Diagramm 43: Wünschen Sie eine Fortsetzung des „Eltern-Kollegs“?

3.8 CHX

Auf die Frage, ob sie selbst im Zeitraum zwischen der Geburt des Kindes und dessen 6. Lebensmonat eine CHX-haltige Mundspüllösung benutzt hätten, antwortete ein Fünftel der Mütter der IG jedoch nur knapp 5% der KG mit „ja“. Von diesen insgesamt 45 Personen benutzten je 13,3% das Präparat einmal täglich über einen Zeitraum von 1 bzw. 2 Wochen. Ein Viertel gab an, für 14 Tage zweimal täglich gespült zu haben.

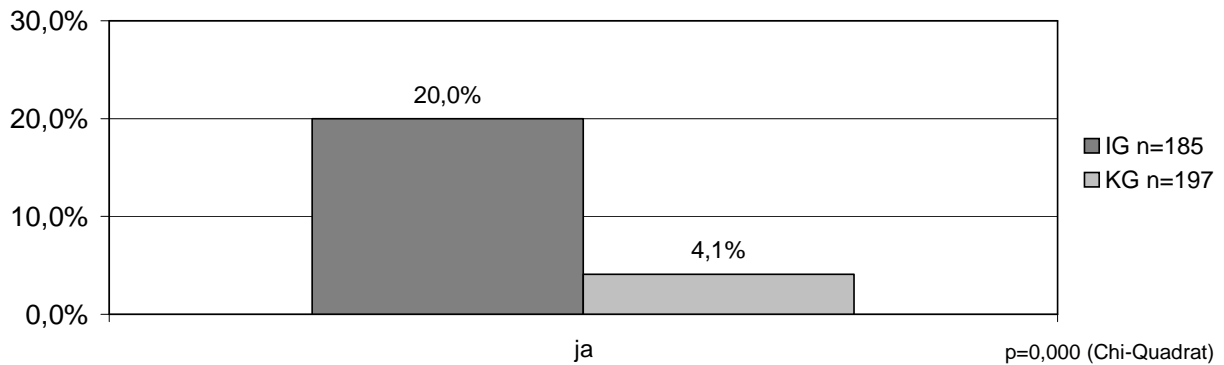


Diagramm 44: Anwenden von CHX zwischen 1 und 6 Monate (IG und KG)

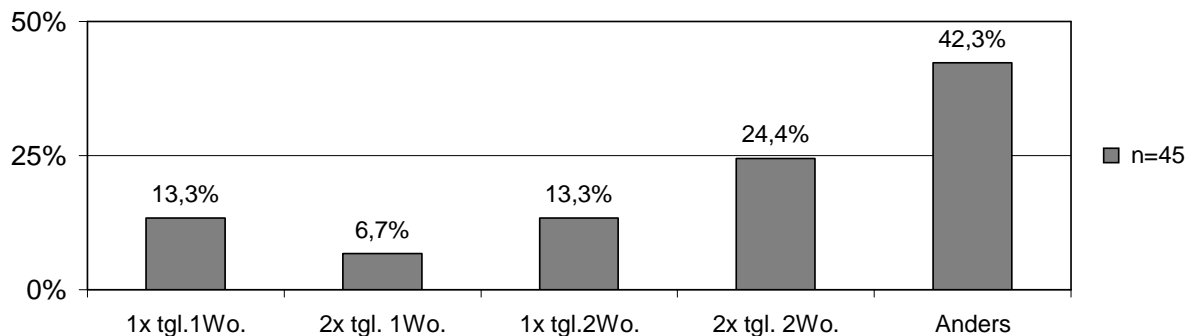


Diagramm 45: Frequenz/Dauer der CHX-Anwendung zwischen 1 und 6 Monate (IG und KG zusammen)

Mit chlorhexidinhaltigen Lösungen spülten zwischen 6 und 18 Monaten über Dreiviertel der Mütter der IG. In der KG wurden derartige Produkte mit 15,3% signifikant weniger verwendet. Fast alle Mütter der IG, die CHX verwendet hatten, gaben auf die Frage, von wem ihnen dies empfohlen worden sei, das „Eltern-Kolleg“ an (97,8%). Knapp 10% bekamen gleichlautende Empfehlungen auch von ihren Zahnärzten. In der Kontrollgruppe waren dies 8 Mütter. Sowohl von Frauen- als auch von Kinderärzten wurde keiner Mutter der beiden Gruppen ein CHX-haltiges Produkt empfohlen.

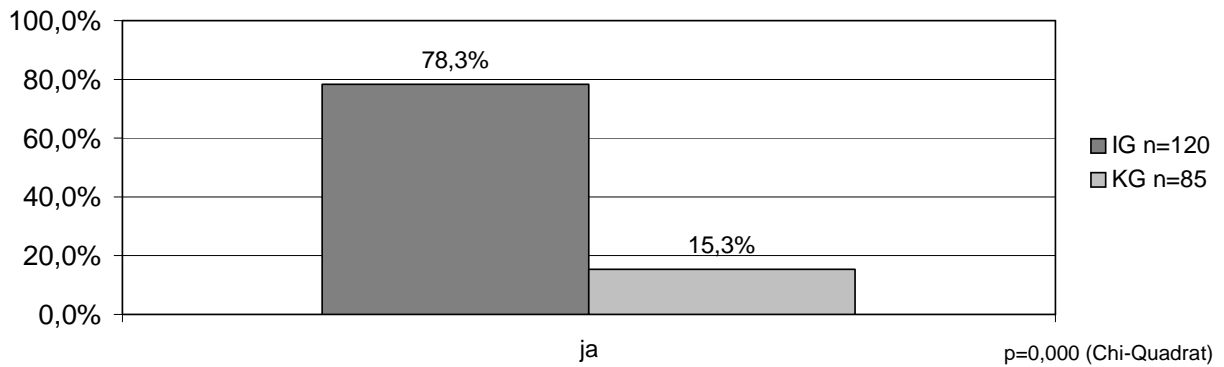


Diagramm 46: Anwenden von CHX zwischen 6 und 18 Monaten (IG und KG)

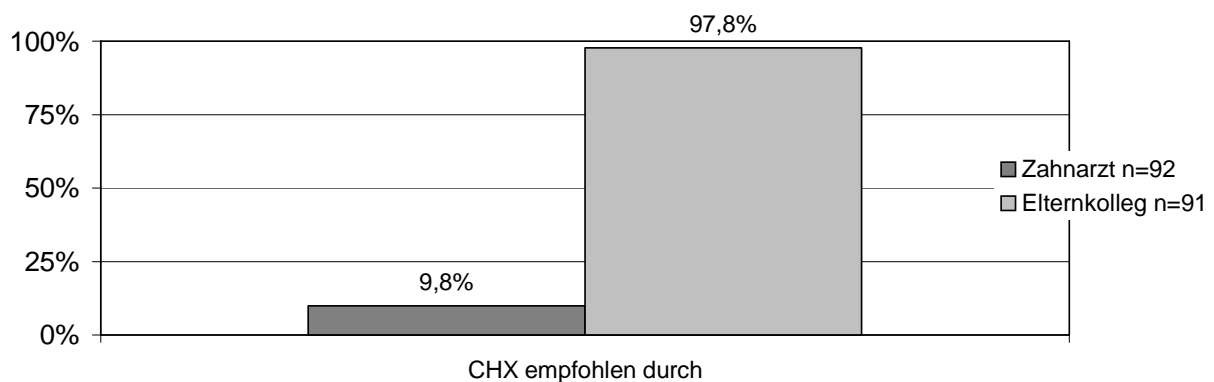


Diagramm 47: IG: Wer hat Ihnen die Anwendung von CHX empfohlen? (Mehrfachnennungen möglich)

Die Mehrheit der Mütter spülte ein- bzw. zweimal täglich. Mehr als die Hälfte verwendete die Mundspüllösung eine bzw. zwei Wochen lang. Bei den übrigen 38 Müttern erstreckte sich dieser Zeitraum über drei oder mehr Wochen.

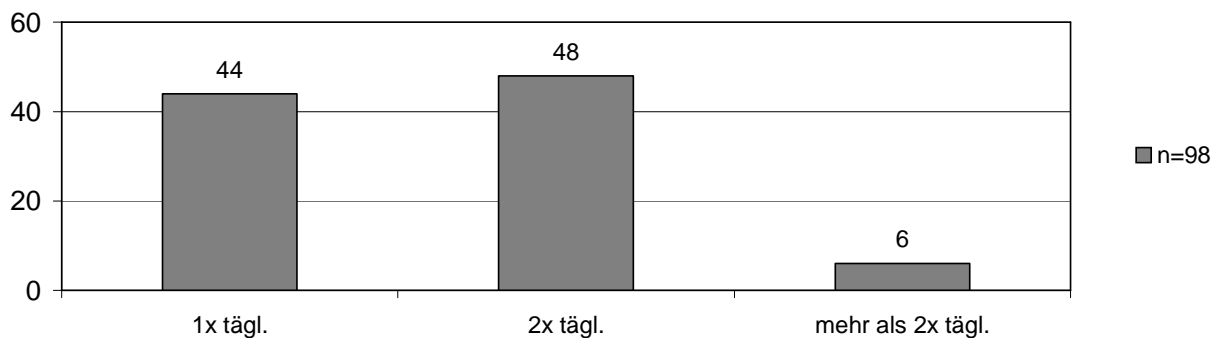


Diagramm 48: Frequenz des Anwendens von CHX zwischen 6 und 18 Monaten (IG und KG zusammen)

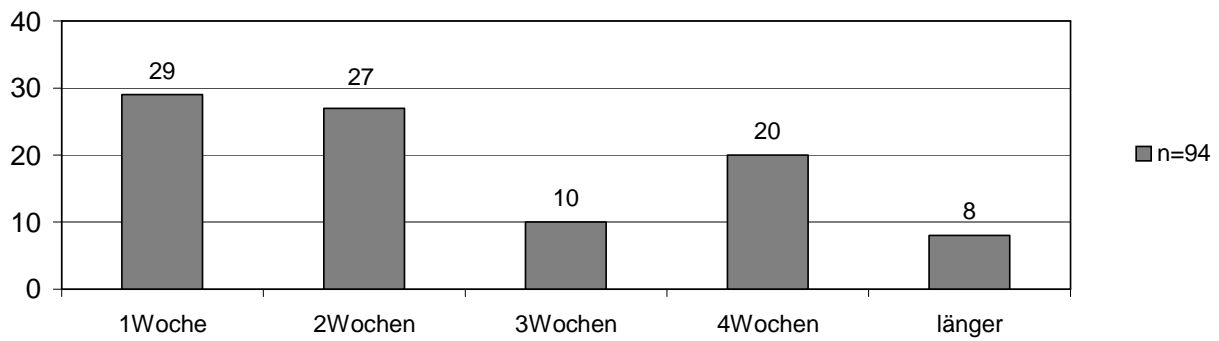


Diagramm 49: Dauer des Anwendens von CHX zwischen 6 und 18 Monaten (IG und KG zusammen)

3.9 Veränderungen der Speicheltestergebnisse in IG und KG

Im ersten Diagramm sind die Veränderungen der Speicheltestergebnisse innerhalb der IG im Zeitraum Geburt bis 18 Monate dargestellt. Sowohl für MS als auch für LB sank die Anzahl derer, denen ein hohes Kariesrisiko bescheinigt wurde zwischen der Geburt des Kindes und dem Test ein halbes Jahr später.

Zwischen 6 und 18 Monaten stieg die Anzahl der Mütter mit hohem Risiko für MS wieder leicht (von 68,5% auf 71,9%), für LB dagegen deutlich (von 23,4% auf 45,5%) an.

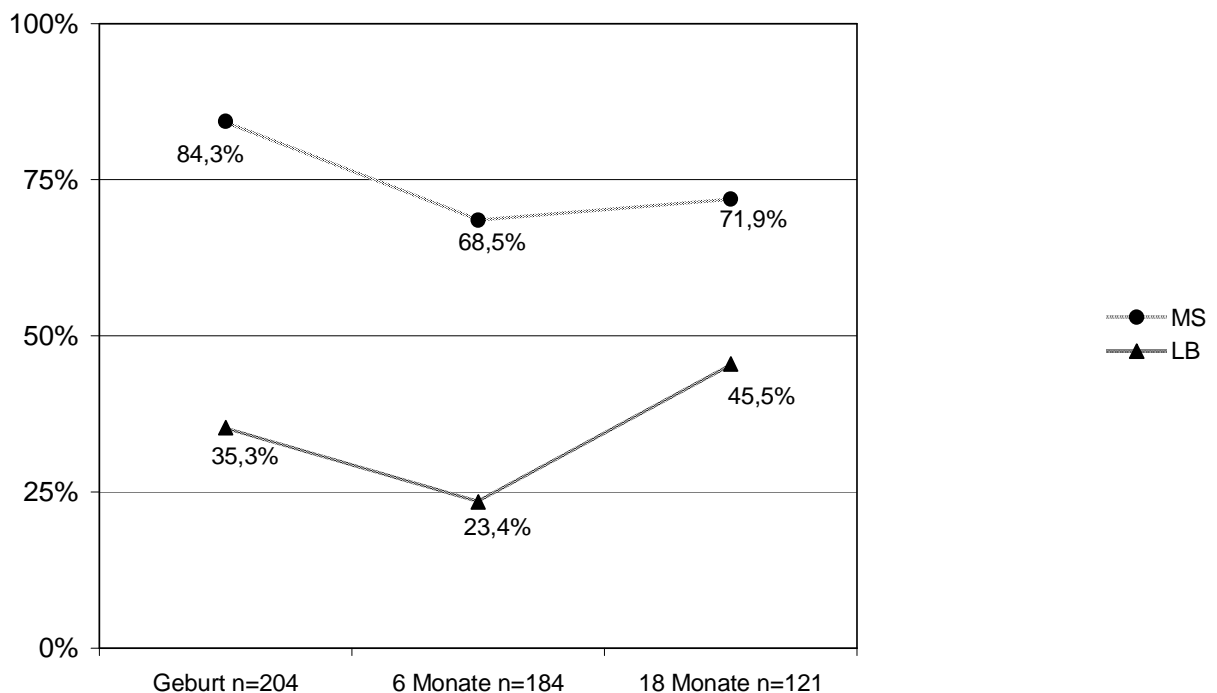


Diagramm 50: Veränderung der Speicheltestergebnisse: hohes Risiko (IG)

Betrachtet man IG und KG parallel, so zeigt sich, dass die MS-Werte der KG zum Zeitpunkt 6 Monate auf dem Niveau der IG zum Zeitpunkt Geburt liegen. Zwischen 6 und 18 Monaten stieg die Zahl der Mütter mit hohem Risiko in der KG nochmals etwas an, sodass zu diesem Zeitpunkt die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen signifikant sind ($p=0,004$; chi-Quadrat-Test).

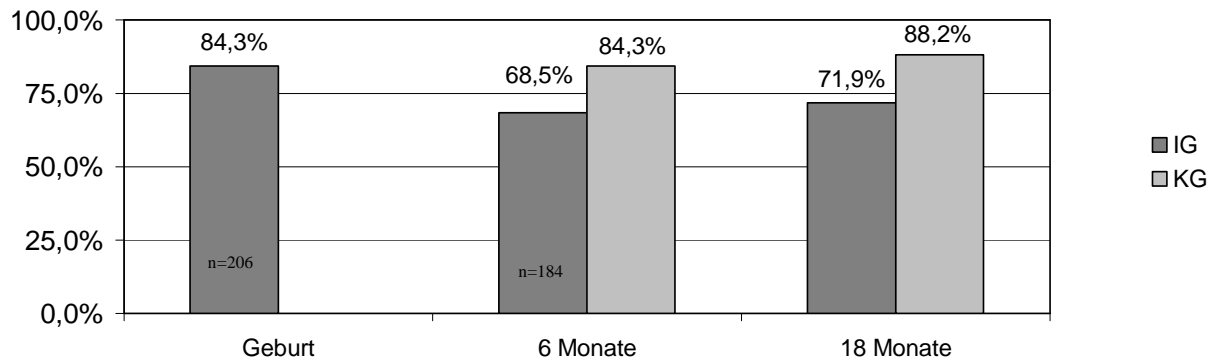


Diagramm 51: Speicheltest Mütter; Vergleich IG/KG (hohes Kariesrisiko für MS)

3.9.1 Veränderungen zwischen 1 und 6 Monaten (IG)

Bei den Müttern der IG wurde sowohl im Rahmen des 1- als auch des 6-Monatsseminars ein Speicheltest durchgeführt. Dabei konnten sich im Bezug auf MS signifikant mehr Mütter (61) verbessern, als verschlechtern (28). Bei den LB traten nur wenig mehr Verbesserungen als Verschlechterungen auf.

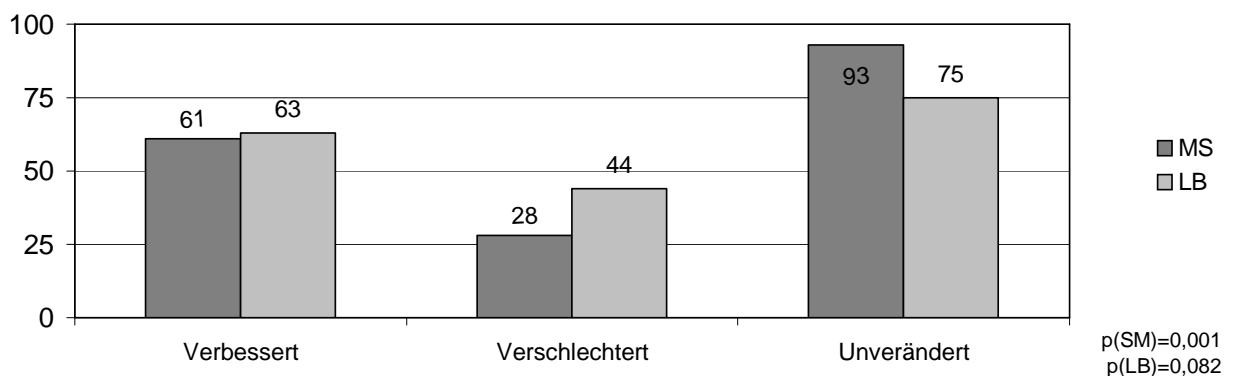


Diagramm 52: Veränderung der Speicheltestergebnisse (IG) 1 bis 6 Monate

Unterscheidet man dabei, ob eine CHX-haltige Spüllösung benutzt wurde oder nicht, so zeigt sich, dass sich mit CHX in Bezug auf MS signifikant mehr (mehr als 10mal so viele) Mütter verbesserten als verschlechterten. Für LB wurden nur geringe Unterschiede zwischen den 3 Kategorien nachgewiesen.

Von den Müttern, die auf das Spülen mit CHX verzichteten, konnten sowohl für MS als auch für LB etwas mehr Verbesserungen als Verschlechterungen registriert werden. Die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant.

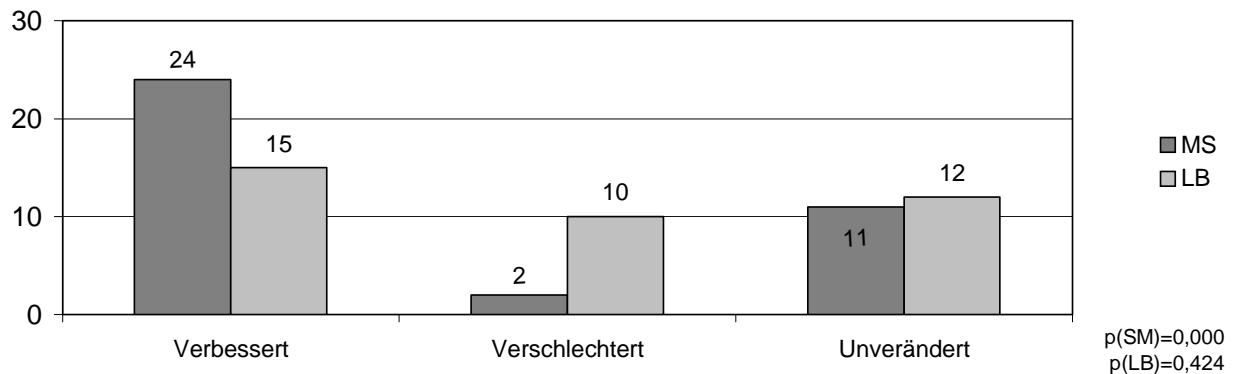


Diagramm 53: Veränderung der Speicheltestergebnisse (IG) 1 bis 6 Monate mit CHX

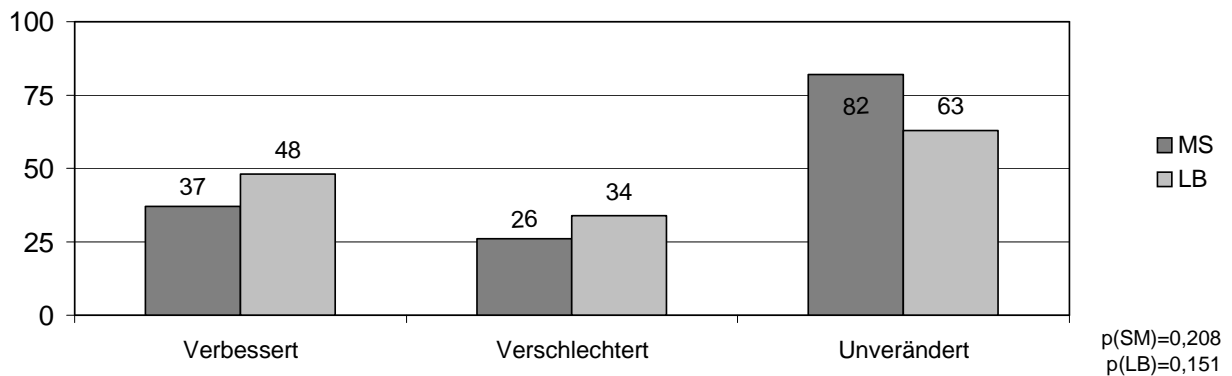


Diagramm 54: Veränderung der Speicheltestergebnisse (IG) 1 bis 6 Monate ohne CHX

3.9.2 Veränderungen der Speicheltestergebnisse zwischen 6 und 18 Monaten (IG/KG)

Nur etwa ein Fünftel der Mütter der IG (29) konnten im Hinblick auf MS ihr Ergebnis verbessern. Schlechtere Werte wurden dagegen bei 41 Müttern registriert. Bei den LB verschlechterten sich signifikant mehr Testergebnisse als sich verbesserten. Zwei Drittel schnitten hier weniger gut als ein Jahr zuvor ab.

Auch in der KG zeigten sich bei den LB-Zahlen signifikant mehr Verschlechterungen als Verbesserungen. Für die MS wird Signifikanz knapp verfehlt. Doch auch hier traten 2mal mehr Verschlechterungen auf.

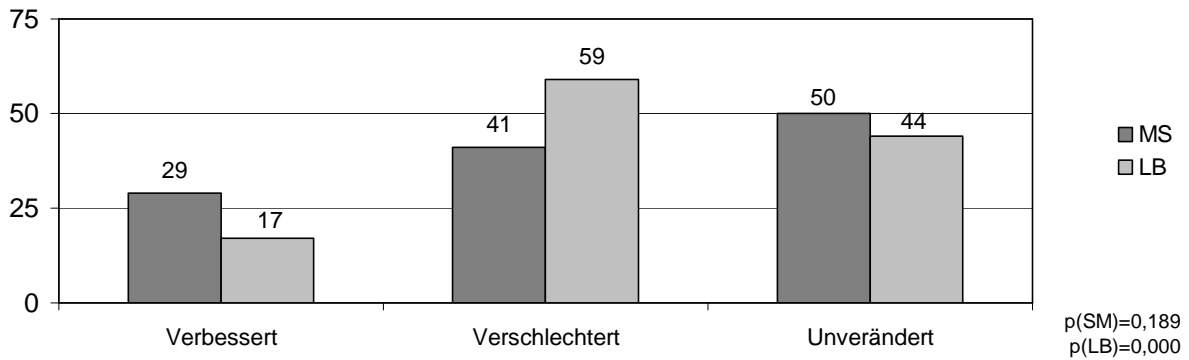


Diagramm 55: Veränderung der Speicheltestergebnisse zwischen 6 und 18 Monaten IG

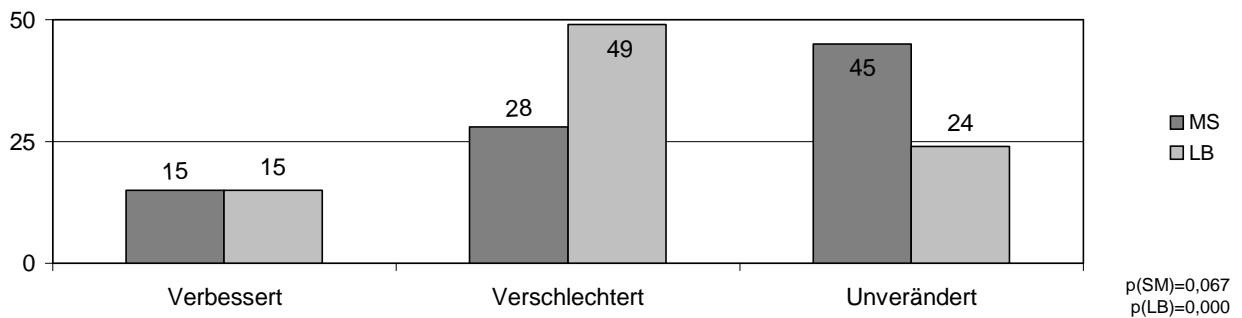


Diagramm 56: Veränderung der Speicheltestergebnisse zwischen 6 und 18 Monaten KG

3.9.3 Veränderungen zwischen 1 und 18 Monaten (IG)

Innerhalb der ersten anderthalb Lebensjahre des Kindes konnten sich in Bezug auf MS mehr Mütter der IG verbessern als verschlechtern. Jedoch erreichen diese Zahlen keine Signifikanz. Anders verhält es sich mit den LB-Werten. Gleich viele (je 32) Ergebnisse blieben konstant bzw. konnten verbessert werden. Allerdings wurden hier signifikant mehr (57) Verschlechterungen beobachtet.

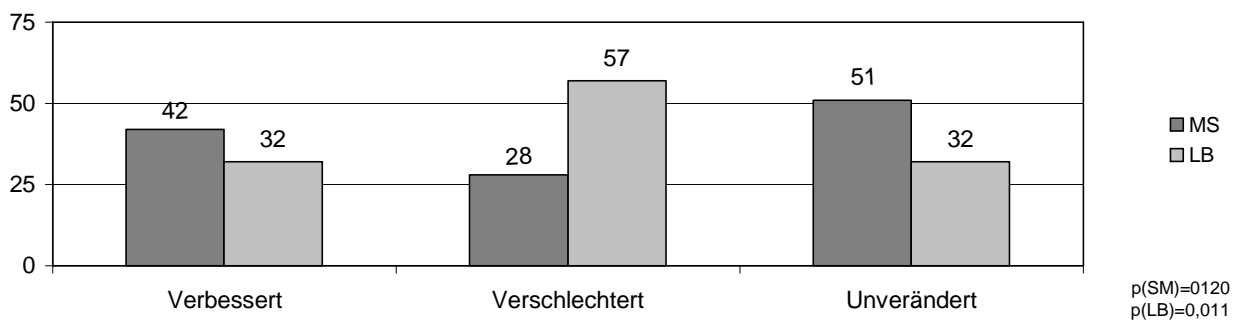


Diagramm 57: Veränderung der Speicheltestergebnisse zwischen 1 und 18 Monaten (IG)

Bei den Müttern, die entweder zwischen 1 und 6 Monaten oder danach mit CHX gespült hatten, konnten signifikant mehr verbesserte Ergebnisse registriert werden. Von denen, die angaben, CHX nie benutzt zu haben, verschlechterten sich doppelt so viele wie sich verbesserten.

Bei den LB zeigten sich sowohl mit als auch ohne CHX mehr Verschlechterungen.

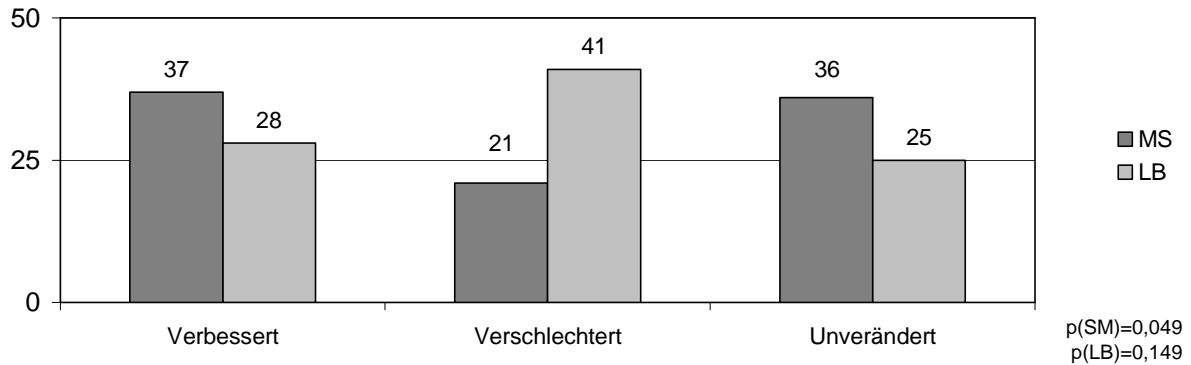


Diagramm 58: Veränderung der Speicheltestergebnisse zwischen 1 und 18 Monaten (IG) mit CHX

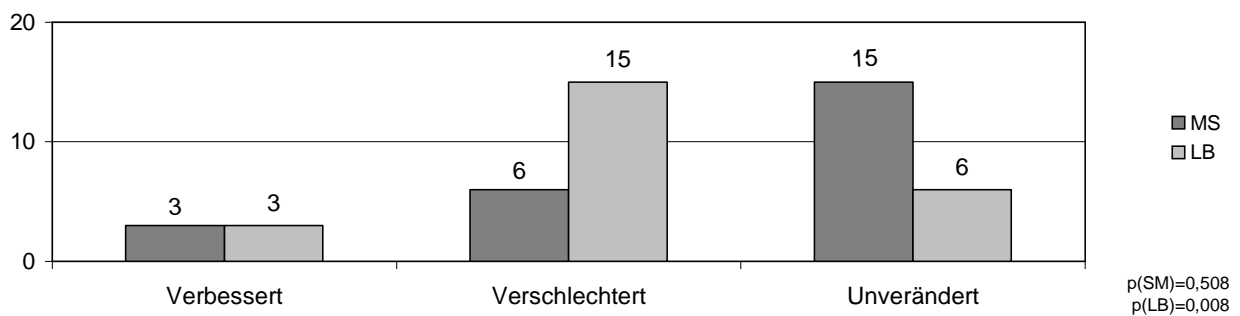


Diagramm 59: Veränderung der Speicheltestergebnisse zwischen 1 und 18 Monaten (IG) ohne CHX

3.10 Logistische Regression

Mit Hilfe der logistischen Regression soll betrachtet werden, welche Risikofaktoren für die Veränderung der Speicheltestergebnisse verantwortlich sind. Weiterhin soll überprüft werden, ob diese durch den Einfluss von CHX verbessert werden auch wenn man andere Einflussgrößen simultan berücksichtigt, um den sozialen Hintergrund beider Gruppen zu nivellieren. Dazu wurden verschiedene Modelle berechnet. Im jeweils ersten Modell werden soziodemographische Daten und in den jeweils folgenden Aspekte des Wissens bzw. Handelns der Mütter betrachtet. Als Risikoindikator wurde die Odds Ratio (OR) und ihr 95%iges Confidenzintervall (95%CI) gewählt. Signifikant ist eine OR über oder unter 1, wenn das 95%ige Confidenzintervall die 1 nicht einschließt.

3.10.1 Erklärungsmodelle der Verbesserung der MS-Werte von 1 auf 6 Monate (IG)

	Erstes Modell		Zweites Modell		Drittes Modell	
	Odds Ratio	95% CI	Odds Ratio	95% CI	Odds Ratio	95% CI
Alter der Mutter (in Jahren)	1,081	1,000-1,168	1,045	0,962-1,136	1,049	0,963-1,142
deutsche Staatsangeh.	0,976	0,337-2,826	0,93	0,307-2,819	0,906	0,294-2,794
Abitur Mutter	0,696	0,321-1,510	0,692	0,305-1,567	0,662	0,288-1,522
Kariesursache Ansteckung "stimmt völlig"	1,265	0,596-2,687	0,964	0,435-2,135	0,932	0,415-2,093
CHX zw. 1 Monate und 6 Monate			5,142	2,173-12,169	5,176	2,143-12,499
PZR					0,981	0,468-2,057
mind. 2x tgl. Zähneputzen					0,706	0,237-2,106
Anwenden v. Fluoridgelee					1,638	0,526-5,102
Nagelkerkes R-Quadrat	0,04		0,162		0,17	

Tabelle 9: Logistische Regression für die Verbesserung der MS-Werte von 1 auf 6 Monate (IG)

Im ersten Modell zeigt sich, dass unter den soziodemographischen Variablen nur das Alter der Mutter einen Einfluss auf die Verbesserung der MS-Werte hat. Im zweiten und dritten Modell wird deutlich, dass diejenigen Mütter, die im ersten Lebenshalbjahr des Kindes CHX benutzt hatten, ihre Chance auf Verbesserung des MS-Wertes 5fach und signifikant erhöhten. Dem Benutzen von Fluoridgelee konnte ebenfalls ein positiver, wenn auch nicht signifikanter Einfluss bescheinigt werden. Das Wissen um die Kariesursache „Ansteckung“ spielte in keinem der drei Modelle eine Rolle.

3.10.2 Erklärungsmodelle der Verbesserung der MS-Werte von 6 auf 18 Monate (IG und KG)

	Erstes Modell		Zweites Modell		Drittes Modell		Viertes Modell	
	Odds Ratio	95% CI	Odds Ratio	95% CI	Odds Ratio	95% CI	Odds Ratio	95% CI
Alter der Mutter (in Jahren)	1,01	0,93-1,10	1,01	0,92-1,10	1	0,92-1,10	1,01	0,92-1,11
deutsche Staatsangeh.	3,95	0,88-17,75	3,68	0,80-16,85	3,65	0,79-16,73	3,85	0,83-17,81
Abitur Mutter	1,26	0,57-2,78	1,32	0,59-2,99	1,34	0,59-3,04	1,32	0,57-3,05
Intervention	1,44	0,66-3,12	0,91	0,39-2,11	0,71	0,25-1,99	0,74	0,26-2,12
Kariesursache Ansteckung "stimmt völlig"			5,23	1,84-14,88	5,05	1,77-14,39	4,97	1,74-14,22
Verwenden von CHX					1,54	0,56-4,26	1,58	0,56-4,44
PZR							0,92	0,39-2,16
mind. 2x tgl. Zähneputzen							0,63	0,20-1,95
Anwenden v. Fluoridgelee							0,95	0,36-2,49
Nagelkerkes R-Quadrat	0,05		0,15		0,16		0,162	

Tabelle 10: Logistische Regression für die Verbesserung der MS-Werte von 6 auf 18 Monate (IG)

Das erste Modell zeigt, dass der soziodemographische Hintergrund und die Gruppenzugehörigkeit der Mütter keinen signifikanten Einfluss auf die Verbesserung der MS-Werte von 6 auf 18 Monate hatten. Als entscheidender Faktor dafür erwies sich das Wissen um die Ansteckung als eine Ursache für Karies. Mütter, die dies wussten, erhöhten ihre Chance auf Verbesserung des Speicheltestergebnisses um mehr das 5fache (zweites Modell). Im dritten Modell wird deutlich, dass der Einfluss nur geringfügig abnimmt, wenn man das Benutzen von CHX in die Berechnung mit aufnimmt, d.h. das Wissen führt neben dem Anwenden von CHX auch zu weiteren Prophylaxemaßnahmen. Eine professionelle Zahnreinigung, das zweimal tägliche Zähneputzen und das Verwenden von Fluoridgelee erwiesen sich nicht als signifikante

Einflussgrößen (viertes Modell). Auch hier sank die OR für das Wissen um die Kariesursache „Ansteckung“ gegenüber dem vorhergehenden Modell nur geringfügig (auf 4,97).

Mit einer weiteren (hier nicht dargestellten) Regression sollte überprüft werden, ob sich der Einfluss des Anwendens von CHX verändert, wenn man den Faktor „Kariesursache Ansteckung“ nicht in die Berechnung einbezieht. Zwar steigt die OR dafür in Abhängigkeit von Dauer und Frequenz der Anwendung etwas an, Signifikanz wird jedoch in keinem der Modelle erreicht. Mit einer OR von 4,63 erwies sich die deutsche Staatsangehörigkeit der Mütter als einzig signifikanter Faktor für eine Verbesserung des MS-Wertes.

3.10.3 Verbesserung der MS-Werte von 1 auf 18 Monate (IG) bzw. von 6 auf 18 Monate (KG)

	Erstes Modell		Zweites Modell		Drittes Modell		Viertes Modell	
	Odds Ratio	95% CI	Odds Ratio	95% CI	Odds Ratio	95% CI	Odds Ratio	95% CI
Alter der Mutter (in Jahren)	1,023	0,945-1,106	1,015	0,936-1,099	1	0,921-1,086	0,999	0,917-1,089
deutsche Staatsangeh.	1,112	0,423-2,927	0,982	0,359-2,686	0,963	0,347-2,672	1,008	0,360-2,826
Abitur Mutter	1,557	0,745-3,257	1,664	0,775-3,571	1,712	0,781-3,751	1,734	0,786-3,824
Intervention			1,368	0,612-3,055	0,701	0,256-1,924	0,699	0,253-1,933
Kariesursache Ansteckung "stimmt völlig"			4,632	1,863-11,517	4,493	1,780-11,345	4,489	1,764-11,424
Verwenden von CHX 6-18 Monate					3,069	1,149-8,194	3,185	1,180-8,591
PZR							1,119	0,491-2,549
mind. 2x tgl. Zähneputzen							0,782	0,271-2,253
Anwenden v. Fluoridgelee							0,927	0,378-2,273
Nagelkerkes R-Quadrat	0,058		0,156		0,195		0,197	

Tabelle 11: Erklärungsmodelle für die Verbesserung des MS-Wert 1 bis 18 Monate (IG) bzw. 6 bis 18 Monate (KG)

Das zweite Modell zeigt, dass diejenigen Mütter, die zum Zeitpunkt 18 Monate auf die Frage nach der Ansteckung als Ursache für Karies mit „stimmt völlig“ antworteten, eine 4,6fach höhere Chance hatten, ihr Testergebnis in Bezug auf MS zwischen 1 bzw. 6 und 18 Monaten zu verbessern. Soziodemographische Hintergründe spielten hierbei keine wesentliche Rolle (Modell 1). Nimmt man weitere Variablen mit auf (Modell 3), so zeigt sich, dass das Anwenden von CHX ebenfalls einen signifikanten Einflussfaktor darstellt (Odds Ratio 3,0).

Betrachtet man ausschließlich die IG (nicht in der Tabelle dargestellt), dann hatten diejenigen Mütter die höchste Chance, ihren MS-Wert zu verbessern, die sowohl zwischen 1 und 6 Monaten als auch im folgenden Jahr mit CHX-haltigen Produkten spülten. Ihre Chance auf Verbesserung (8,9fach) lag damit deutlich höher, als die Chance derer, die angaben, CHX ausschließlich in den ersten 6 Monaten verwendet zu haben (5,2fach).

Darüber hinaus blieben regelmäßiges Zähneputzen, das wöchentliche Verwenden von Fluoridgelee sowie die PZR (Modell 4) ohne signifikanten Einfluss.

3.10.4 Niedriges Kariesrisiko des Kindes

	Erstes Modell		Zweites Modell		Drittes Modell	
	Odds Ratio	95% CI	Odds Ratio	95% CI	Odds Ratio	95% CI
Alter des Kindes	1,017	1,002-1,032	1,017	1,001-1,033	1,017	1,002-1,033
Zahl nicht durchgebr. Zähne	1,147	1,026-1,283	1,150	1,026-1,288	1,151	1,027-1,290
deutsche Staatsangeh	1,436	0,641-3,215	1,240	0,535-2,877	1,322	0,559-3,127
Abitur Mutter	1,528	0,807-2,893	1,341	0,690-2,606	1,206	0,611-2,381
IG	2,824	1,412-5,649	2,613	1,244-5,486	2,382	1,123-5,052
Kariesursache Ansteckung "stimmt völlig			1,045	0,533-2,046	1,029	0,521-2,034
tagsüber gesüßten Tee			0,407	0,080-2,053	0,346	0,067-1,788
mind. 2x tgl. Zähneputzen			1,626	0,682-3,874	1,597	0,664-3,844
Anwenden v. Fluoridgelee			1,265	0,644-2,482	1,196	0,603-2,370
Kariesrisiko Mutter (MS) 6.Monat niedrig					2,178	1,017-4,664
Nagelkerkes R-Quadrat	0,119		0,138		0,165	

Tabelle 12: Erklärungsmodelle für ein niedriges Kariesrisiko des Kindes mit 18 Monaten

Betrachtet man näher, welche Variablen Einfluss auf ein niedriges Kariesrisiko des Kindes haben, so wird ersichtlich, dass hierfür die Zahl noch nicht durchgebrochener Zähne von Bedeutung ist. Ihr Einfluss bleibt in allen drei Modellen annähernd gleich.

Es konnte weiterhin gezeigt werden, dass die Kinder, deren Mütter der IG angehörten, eine 2,8fach bessere Chance auf ein niedriges Kariesrisiko als die Kinder der Kontrollgruppe hatten (1.Modell). Der Einfluss des Interventionseffektes nimmt leicht ab, wenn weitere Punkte in Betracht gezogen werden.

Mütter, bei denen im Test 6 Monate nach der Geburt des Kindes ein niedriges Kariesrisiko hinsichtlich MS ermittelt werden konnte, erhöhten die Wahrscheinlichkeit auf ein niedriges Kariesrisiko ihrer Kinder um mehr als das Doppelte (Odds Ratio 2,178).

Das Anwenden von CHX wurde hier nicht berücksichtigt, da es von der Mehrheit der IG zwischen 6 und 18 Monaten benutzt wurde und somit nur wenige Vergleichspersonen vorhanden waren. Nimmt man das CHX dennoch mit auf, wird der Interventionseffekt deutlich verstärkt (Odds Ratio 3,483).

Ziel einer weiteren, hier nicht dargestellten logistischen Regression, war es, unabhängig vom Interventionseffekt, aufzuzeigen, welche Maßnahmen ausschlaggebend für ein niedriges Kariesrisiko des Kindes waren. Zwar zeigt sich beim Wissen um die Ansteckung als Ursache für Karies, beim zweimal täglichen Zähneputzen der Mutter oder beim Verwenden von Fluoridgelee ein niedrigeres Kariesrisiko, jedoch ist der Effekt nicht signifikant.