

5 Zusammenfassung

Die erfassten Eingliederungen oder Erneuerungen von Zahnersatz fanden in den Jahren 1953 bis 1992 statt, zumeist in den Jahren 1972 bis 1979. Die meisten Fälle fielen damit in den Zeitraum, in dem Zahnersatz erstmals erstattungsfähige Kassenleistung wurde.

Das untersuchte Patientenkollektiv setzte sich aus Arbeitern und Angestellten in der Eisen- und Stahlbranche und deren Familienmitversicherten zusammen. Die Eingliederungen von Zahnersatz fanden dabei in Patientenaltern von 20 bis 60 Jahren statt, zumeist im Alter von 35 bis 47 Jahren.

Die Spanne der Beobachtungszeiträume für Zahnersatz reichte in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Eingliederung eines Zahnersatzes von 1 bis 40 Jahren mit einem Schwerpunkt der Beobachtungsspannen zwischen 14 und 21 Jahren und mit einem Höhepunkt bei etwa 16 Jahren. Daher lassen sich kurze Liegezeiten (kleiner 17 Jahre) wesentlich besser belegen als lange (größer 20 Jahre).

Im erhobenen Datenmaterial sind einige Zahnpositionen deutlich unterrepräsentiert. Deren Liege- und Halbwertzeiten können nur unzureichend statistisch belegt werden: Dies gilt für alle Weisheitszähne (18, 28, 38, 48) und für Brückenglieder an den Positionen 17, 27 und 13, 23, 33 und 43 sowie für Brückenpfeiler an den unteren Schneidezahnpositionen (32, 31, 41, 42).

An den Positionen 16 und 26 sind bei Frauen überproportional häufig Brückenpfeiler. Männer haben deutlich mehr ersetzte Schneidezähne als Frauen.

Halbwertzeiten von Brücken liegen im untersuchten Patientenkollektiv bei 16 bis 18 Jahren. Das heißt in den 70er Jahren konnte das beschriebene Patientenkollektiv von einem gut präparierten und integrierten Zahnersatz funktionstüchtige Liegezeiten von etwa 17 Jahren erwarten.

Aus den genannten methodischen und statistischen Gründen können die ermittelten Halbwertzeiten nur die untere Grenze der tatsächlichen Halbwertzeiten darstellen. Dass die ermittelten Werte unterhalb der Werte aus prospektiven Studien liegen, entspricht daher den Erwartungen. Methodische Optimierungsmöglichkeiten durch einen verlängerten Untersuchungszeitraum sind insbesondere für die unterrepräsentierten Positionen und für die für Brückenpfeiler sehr gut geeigneten Positionen zu fordern.

Die ermittelten Halbwertzeiten sind im Vergleich zu den meisten Literaturangaben relativ niedrig. Neben den o.g. methodischen Gründen könnte dies auch auf Unterschiede des Studiendesigns, der Patientenkollektive und der untersuchenden Fachkräfte zurückzuführen. Die geringeren Liege und Halbwertzeiten in der freien Praxis werden durch neuere Untersuchungen tendenziell bestätigt.