



Zahngesundheit und zahnärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt – auch eine Frage des Geschlechts

A. Einleitung

Das Landesamt für Verbraucherschutz (LAV) ist seit dem Jahr 2006 mit der Gesundheitsberichterstattung (GBE) für das Land Sachsen-Anhalt beauftragt. In diesem Rahmen wurde der jährliche elektronische Einzug von GBE-relevanten Daten aus den ärztlichen und zahnärztlich „Reihenuntersuchungen“ der Gesundheitsämter in Kitas und Schulen aufgebaut¹. Seither fällt dem LAV die Rolle der Überwachung (Monitoring) der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt zu². Das vorliegende Schlaglicht stellt einerseits ein 10-Jahres-Update zum ersten Kindergesundheitsbericht³ des LAV dar (**Teil 1**). Andererseits berichtet es von einem Pilotprojekt zur Erfassung der Zahngesundheit von neu zugezogenen Migrantenkindern, ein Thema, das Zahnärztinnen und Zahnärzte seit dem vermehrten Zuzug von Flüchtlingen im Jahr 2015 beschäftigt (**Teil 2**).

B. Teil 1: Entwicklung der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt in den letzten 10 Jahren und geschlechtsspezifische Unterschiede

1.1 Hintergrund

Seit einer ersten Darstellung der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt im Schuljahr 2007/2008³ hat das LAV ein Update der Situation im Schuljahr 2011/2012⁴ und diverse Zwischen- und Teilergebnisse zur kindlichen Zahngesundheit in einem Fokusbericht⁵, einem Schlaglicht⁶ und bei Fachtagungen⁷⁻¹⁰ veröffentlicht. Die Daten zur Zahngesundheit von Heranwachsenden in Sachsen-Anhalt werden regelmäßig von zahnärztlichen, wissenschaftlichen und politischen Institutionen des Landes angefragt und genutzt (z.B.⁹⁻¹²). Im Folgenden werden entsprechende Zeittrends aktualisiert und die Schwerpunktthemen frühkindliche Karies, Polarisierung der kindlichen Karies und Geschlechtsspezifität der Karies von Heranwachsenden beleuchtet.

1.2 Methodische Anmerkungen

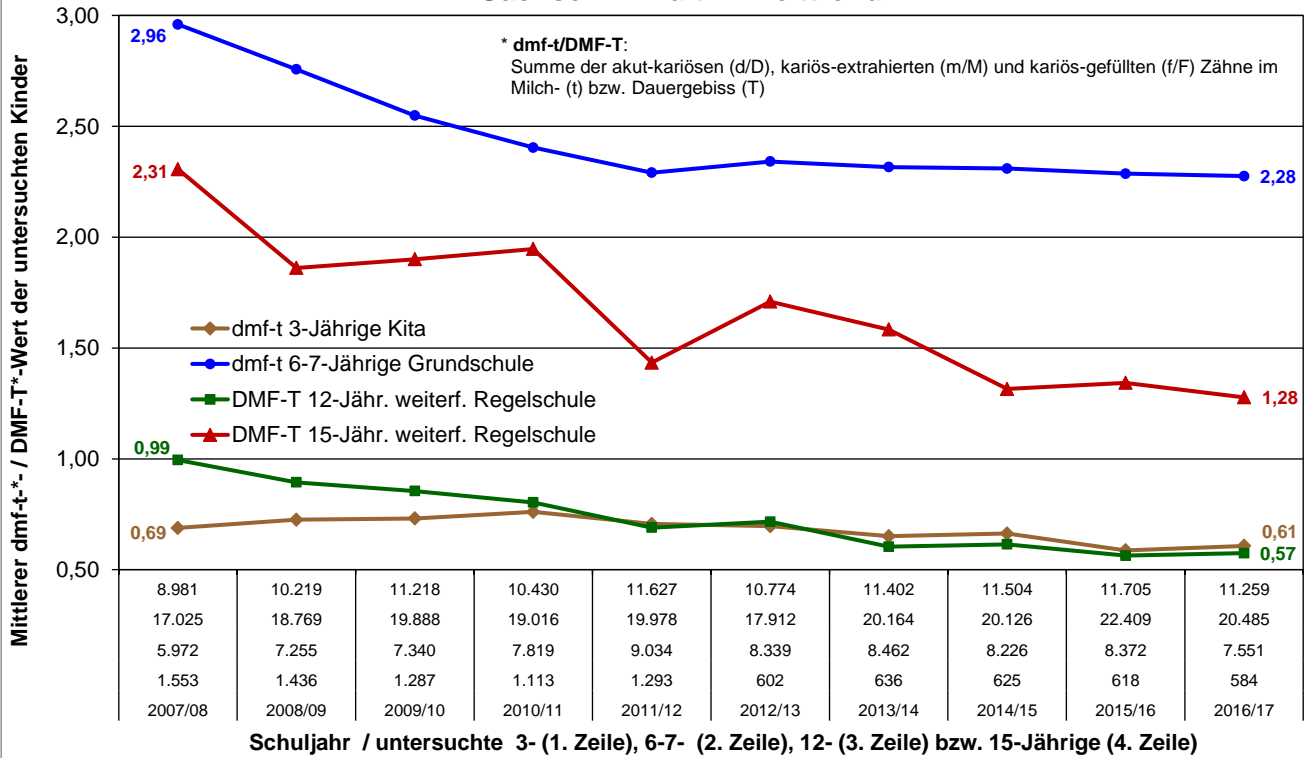
Die wichtigsten Fachbegriffe beim Monitoring der Zahngesundheit von Kindern sind in den betreffenden Abbildungen erklärt: dmf-t bzw. DMF-T (**Abb. 1.2**), Sanierungsgrad der Zähne (**Abb. 1.2**), frühkindliche Karies (**Tab. 1**), kieferorthopädischer Versorgungsgrad (**Abb. 1.7**). Aus Gründen der Übersichtlichkeit und der Vergleichbarkeit sind fast alle Auswertungsergebnisse nur bezüglich ausgewählter, in anderen bundesweiten Publikationen verwendeten Altersgruppen dargestellt (3-Jährige, 6- bis 7-Jährige, 12-Jährige, 15-Jährige), obwohl vergleichbar viele Daten in anderen Altersgruppen verfügbar wären.

1.3 Ergebnisse

1.3.1 Zeittrends

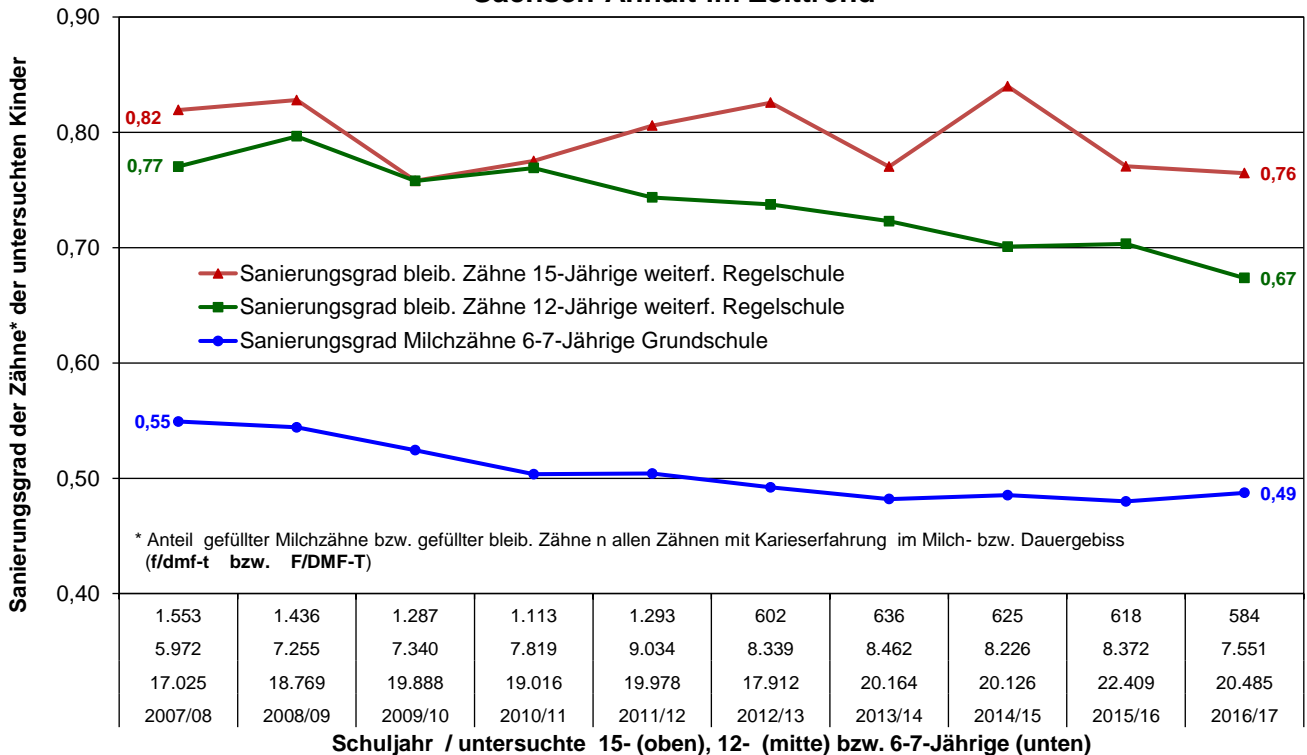
Die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt hat sich seit dem letzten Update im Schuljahr 2012/2013⁶ nochmals verbessert (**Abb. 1.1**). Beim bleibenden Gebiss von 12- und 15-Jährigen ist die Verbesserung im gesamten 10-jährigen Beobachtungszeitraum deutlich (Reduktion um mehr als 40% vom Ausgangswert). Beim Milchgebiss ist die Reduktion des dmf-t-Wertes weniger deutlich: Bei 6–7-Jährigen beträgt sie insgesamt -23% und stagniert seit dem Schuljahr 2012/2013. Bei 3-Jährigen beträgt sie insgesamt nur -11% und zeigt keinen klaren Abwärtstrend. Das WHO-Gesundheitsziel für 12-Jährige für das Jahr 2020 (DMF-T <1,00) war an Regelschulen in Sachsen-Anhalt schon seit Beginn des Monitorings erreicht (**Abb. 1.1**). Der mittlere DMF-T-Wert der 12-Jährigen an Regelschulen (0,57) ist inzwischen deutlich besser als der letzte veröffentlichte bundesdurchschnittliche Wert (0,72, Pieperstudie 2009). Bei 6–7-Jährigen an Grundschulen ist allerdings auch im letzten Beobachtungsjahr der mittlere dmf-t-Wert (2,28) noch immer deutlich schlechter als der letzte veröffentlichte bundesdurchschnittliche Wert (1,87, Pieperstudie 2009). Trotz der mehrheitlich positiven Gesamtentwicklung in Sachsen-Anhalt (**Abb. 1.1**) gibt es bei bestimmten Versorgungsparametern Zeittrends, die zur Sorge Anlass geben: Der Sanierungsgrad der Zähne (**Abb. 1.2**) und die Anzahl der versiegelten bleibenden Zähne (**Abb. 1.3**) haben sich im Beobachtungsraum geringfügig aber stetig verringert, und zwar in fast allen Altersgruppen (Ausnahme: Versiegelungen 15-Jährige: Trend nicht deutlich). Dies ist eventuell ein Hinweis darauf, dass das Vorsorgeverhalten der Kinder und Jugendlichen (bzw. deren Eltern) im Land etwas nachlässt.

Abb. 1.1: Mittlere dmf-t*/DMF-T*-Werte bei 3-, 6/7-, 12- und 15-Jährigen, Sachsen-Anhalt im Zeitrend



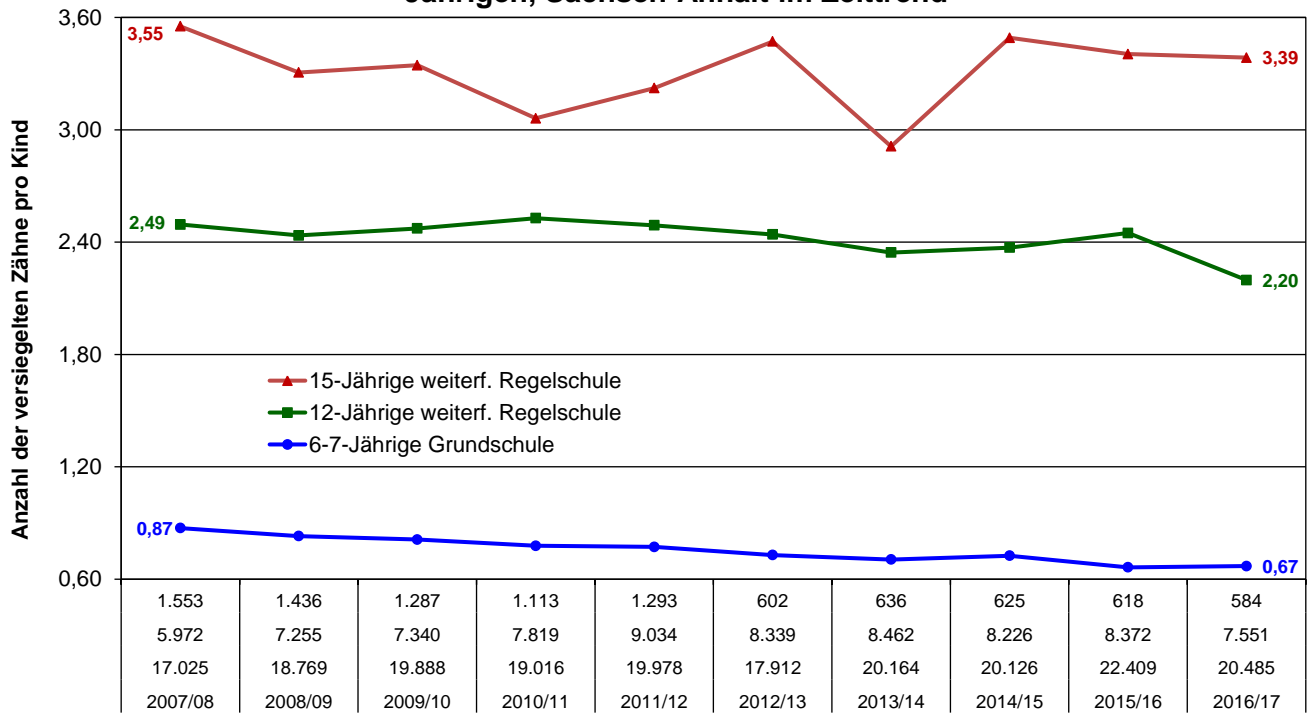
Datenquelle/Copyright: Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Dokumentation der zahnärztlichen Untersuchungen der Gesundheitsämter in Kitas und Schulen

Abb. 1.2: Sanierungsgrad der Zähne* bei 6/7-, 12- und 15-Jährigen, Sachsen-Anhalt im Zeitrend



Datenquelle/Copyright: Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Dokumentation der zahnärztlichen Untersuchungen der Gesundheitsämter in Kitas und Schulen

Abb. 1.3: Mittlere Anzahl versiegelter bleibender Zähne bei 6/7-, 12- und 15-Jährigen, Sachsen-Anhalt im Zeittrend



Schuljahr / untersuchte 15-Jährige (oben), 12-Jährige (mitte) bzw. 6-7-Jährige (unten)

Datenquelle/Copyright: Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Dokumentation der zahnärztlichen Untersuchungen der Gesundheitsämter in Kitas und Schulen

1.3.2 Frühkindliche Karies

Aufgrund der deutschlandweit steigenden Aufmerksamkeit bezüglich des Kariesbefalls im frühen Kindesalter wird auch bei den zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in Sachsen-Anhalt seit dem Schuljahr 2015/2016 die *frühkindliche Karies* als eigener Befund erfasst. Nach den ersten beiden Erhebungsjahren zeigt sich, dass tatsächlich ein nicht unerheblicher Teil der Kleinkinder auch in Sachsen-Anhalt von Karies bzw. vom Nuckelflaschensyndrom betroffen ist (**Tab. 1.1**).

Tab. 1.1: Frühkindliche Milchzahnkaries und Nuckelflaschensyndrom, Sachsen-Anhalt 2015/2016+2016/2017

		Alter:	0-1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	0-3 Jahre
Von den kinder- und jugendzahnärztlichen Diensten der Gesundheitsämter untersuchte Kinder (kumulierte Daten 2015/2016 + 2016/2017)	Anzahl untersuchter Kinder		11.259	19.836	22.964	54.059
	Anteil (%) mit frühkindl. Milchzahnkaries**		1,1	5,9	17,0	9,6
	Anteil (%) mit Nuckelflaschen-Syndrom***		0,8	4,0	8,3	5,1
Betroffene Kinder in der jeweiligen Altersgruppe in der Landesbevölkerung (Mittelwerte 2015/2016, 2016/2017)*	mit frühkindlicher Milchzahnkaries**		390*	1.000*	3.000*	6.800*
	mit Nuckelflaschen-Syndrom***		280*	700*	1.500*	3.650*

* Hochrechnung

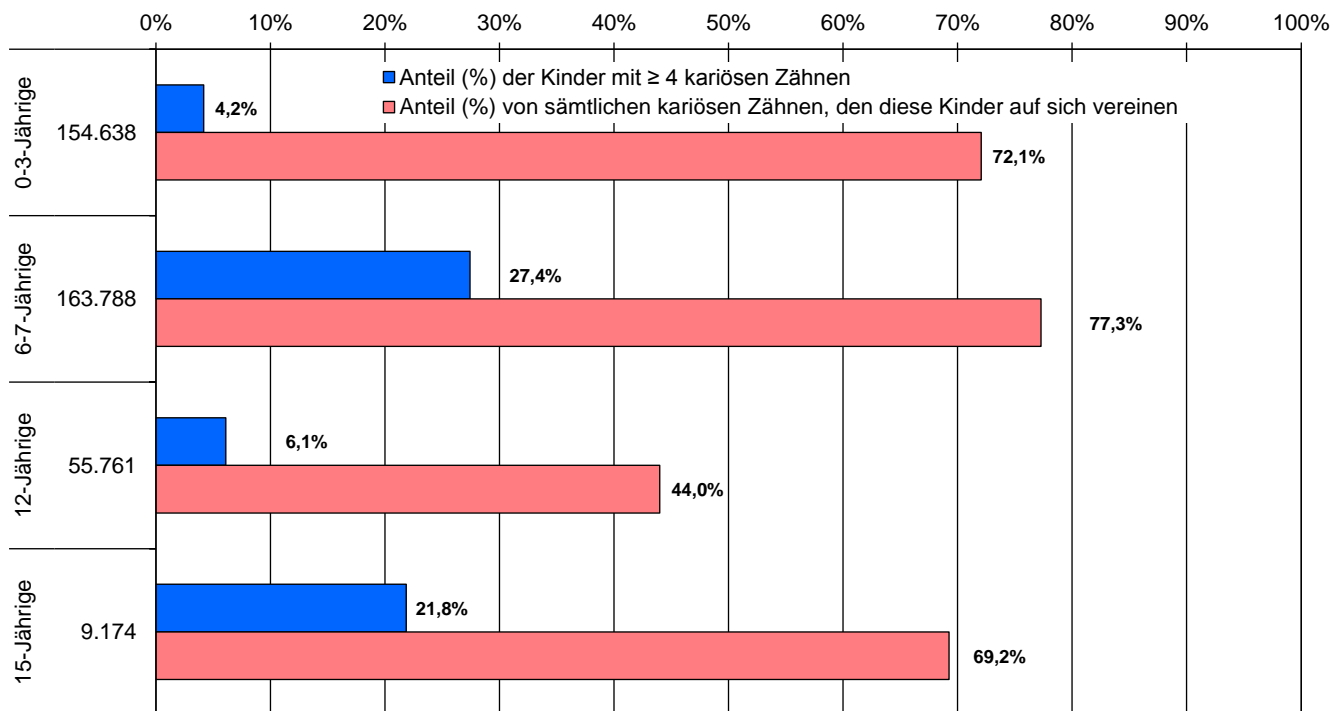
** landesspezifische Definition frühkindliche Milchzahnkaries: mindestens 1 d-, m- oder f-Zahn **im gesamten Milchgebiss** bei 0-3-Jährigen

*** landesspezifische Definition Nuckelflaschensyndrom: mindestens 1 d-, m- oder f-Zahn **unter den 4 oberen Milch-Schneidezähnen** bei 0-3-Jährigen

1.3.3 Polarisierung der Karies

Der Grund für die Abschwächung der Verbesserung bzw. für die Stagnation der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt seit 2011/2012 (vgl. **Abb. 1.1**) ist wahrscheinlich, dass nun, nachdem immer mehr Kinder zahngesund sind, die Karies auf einen relativ kleinen Teil der Altersgruppe mit sehr starkem Kariesbefall konzentriert ist (**Abb. 1.4**, sog. „Polarisierung“ der Karies). Diese Kinder/Jugendlichen stammen meist aus sozial schwachen Familien, die für individual- und gruppenprophylaktische Maßnahmen oft schwerer zugänglich sind als Familien mit mittlerem oder hohem Sozialstatus. Am stärksten ist diese Polarisierung bei den 3-Jährigen (**Abb. 1.4**), vermutlich weil hier die gruppenprophylaktischen Maßnahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und weitere präventive Maßnahmen und Einflüsse von Kita und Schule gerade erst begonnen haben und ihre korrigierende Wirkung noch nicht lange genug entfalten konnten.

Abb. 1.4: Polarisierung der Karies bei Kindern und Jugendlichen, Sachsen-Anhalt, kumulierte Daten 2011/12 - 2016/17



Datenquelle/Copyright: Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Dokumentation der zahnärztlichen Untersuchungen der Gesundheitsämter in Kitas und Schulen

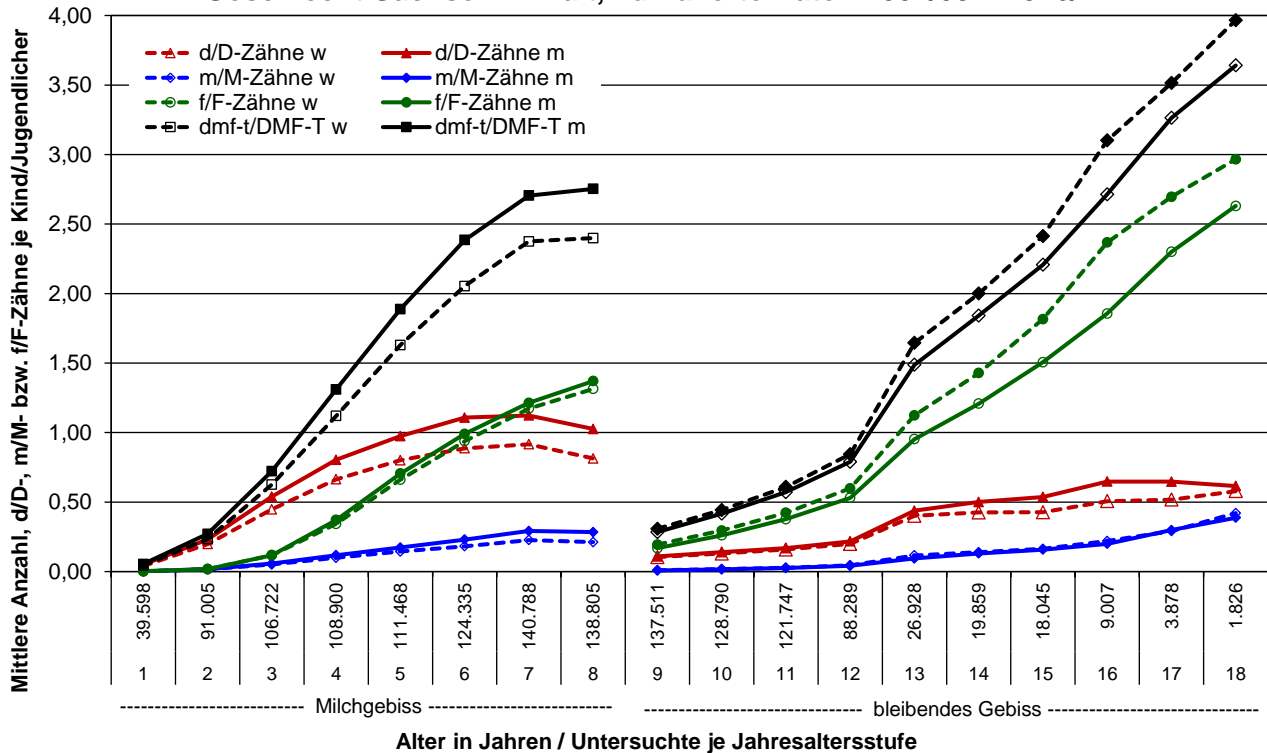
1.3.4 Geschlechtsspezifik

Jungen haben im Alter bis 8 Jahre eine schlechtere Milchzahngesundheit als Mädchen und zwar bezüglich aller drei Zahnstatus d, m und f (**Abb. 1.5**). Der Grund dafür ist wahrscheinlich ein schlechteres Pflege- und Vorsorgeverhalten. Im Alter ab 9 Jahren haben die Mädchen eine insgesamt schlechtere Zahngesundheit des bleibenden Gebisses. Der Grund dafür ist, dass ihr Gebiss „physiologisch älter“ ist und das bleibende Gebiss deshalb statistisch häufiger der Karies ausgesetzt ist. Ab 14 Jahre zeigt sich wieder der schlechtere Versorgungszustand bei Jungen, die mehr unversorgte D-Zähne haben.

Die Entwicklung/Verbesserung der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt in den vergangenen 10 Jahren verlief bei Mädchen und Jungen recht gleichförmig (**Abb. 1.6**). Allerdings fand bezüglich des bleibenden Gebisses bei Mädchen eine etwas deutlichere Verbesserung der Zahngesundheit statt, so dass diese in jüngster Vergangenheit (ab dem Schuljahr 2014/2015) in dieser Altersgruppe wieder besser ist als bei Jungen.

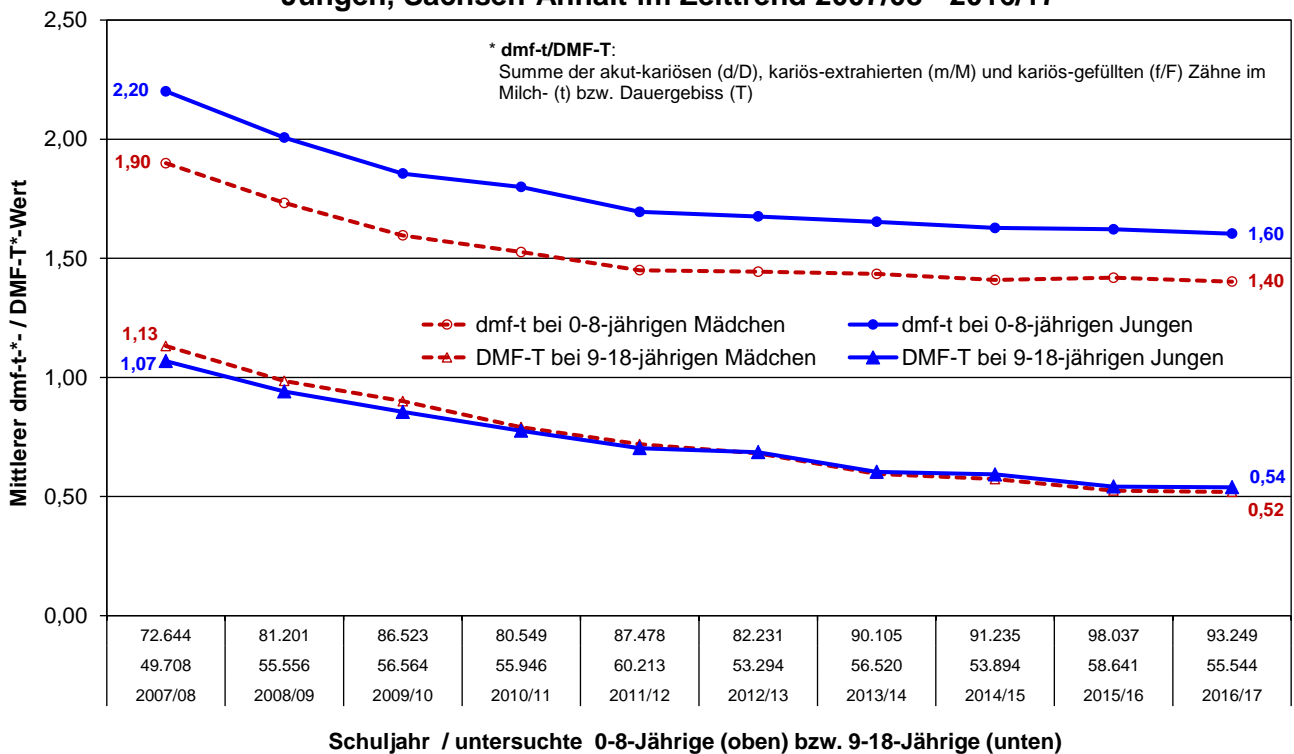
Mädchen zeigen bei allen Parametern und in allen Altersgruppen eine bessere zahnärztliche Versorgung als Jungen: Sie haben mehr versiegelte Zähne, sie haben einen höheren Sanierungsgrad der Zähne und sie haben einen besseren kieferorthopädischen Versorgungsgrad (**Abb. 1.7**).

Abb. 1.5: Entwicklung der Karies im Milch- und Dauergebiss nach Alter und Geschlecht Sachsen-Anhalt, kumulierte Daten 2007/08 – 2016/17



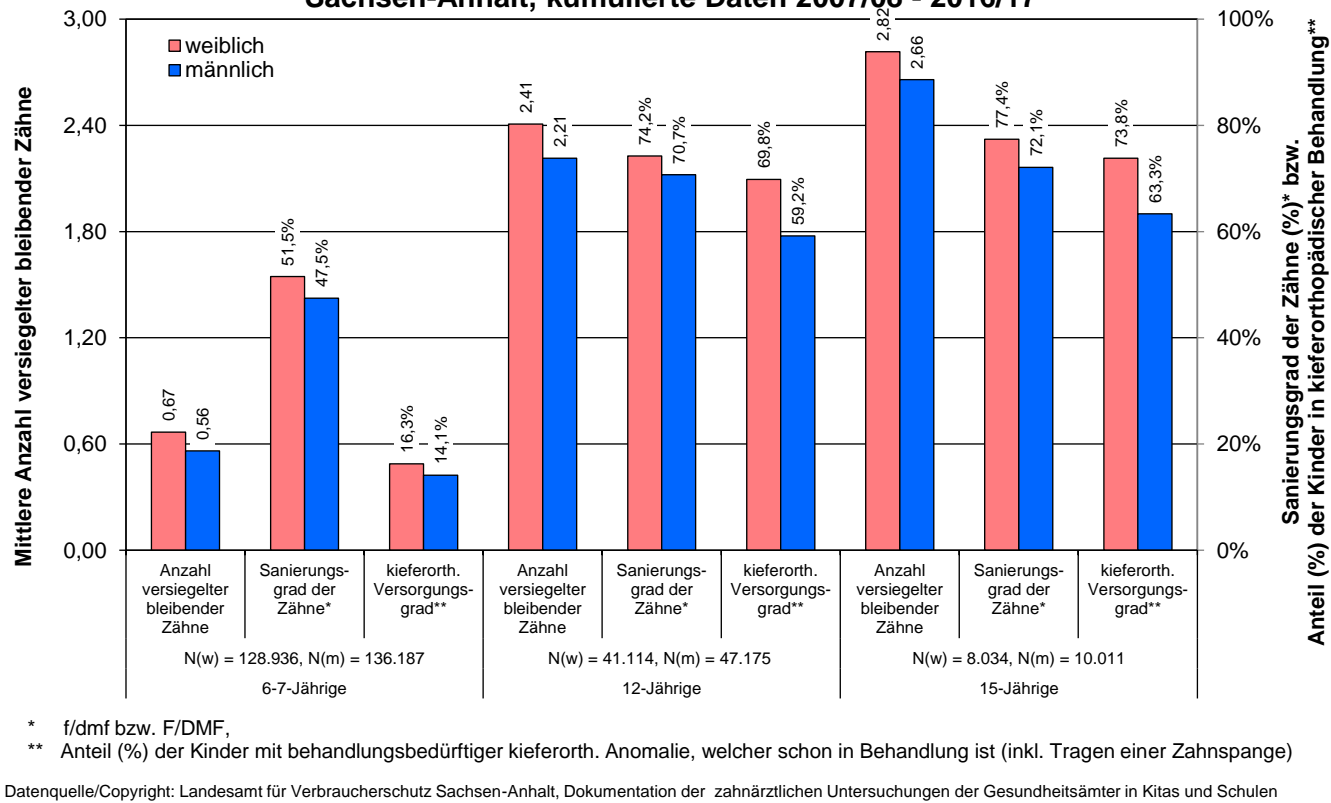
Datenquelle/Copyright: Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Dokumentation der zahnärztlichen Untersuchungen der Gesundheitsämter in Kitas und Schulen

Abb. 1.6: Entwicklung der mittleren dmf-t*/DMF-T*-Werte bei Mädchen bzw. Jungen, Sachsen-Anhalt im Zeittrend 2007/08 - 2016/17



Datenquelle/Copyright: Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Dokumentation der zahnärztlichen Untersuchungen der Gesundheitsämter in Kitas und Schulen

Abb. 1.7: Zahnärztliche Versorgungsparameter bei Mädchen bzw. Jungen, Sachsen-Anhalt, kumulierte Daten 2007/08 - 2016/17



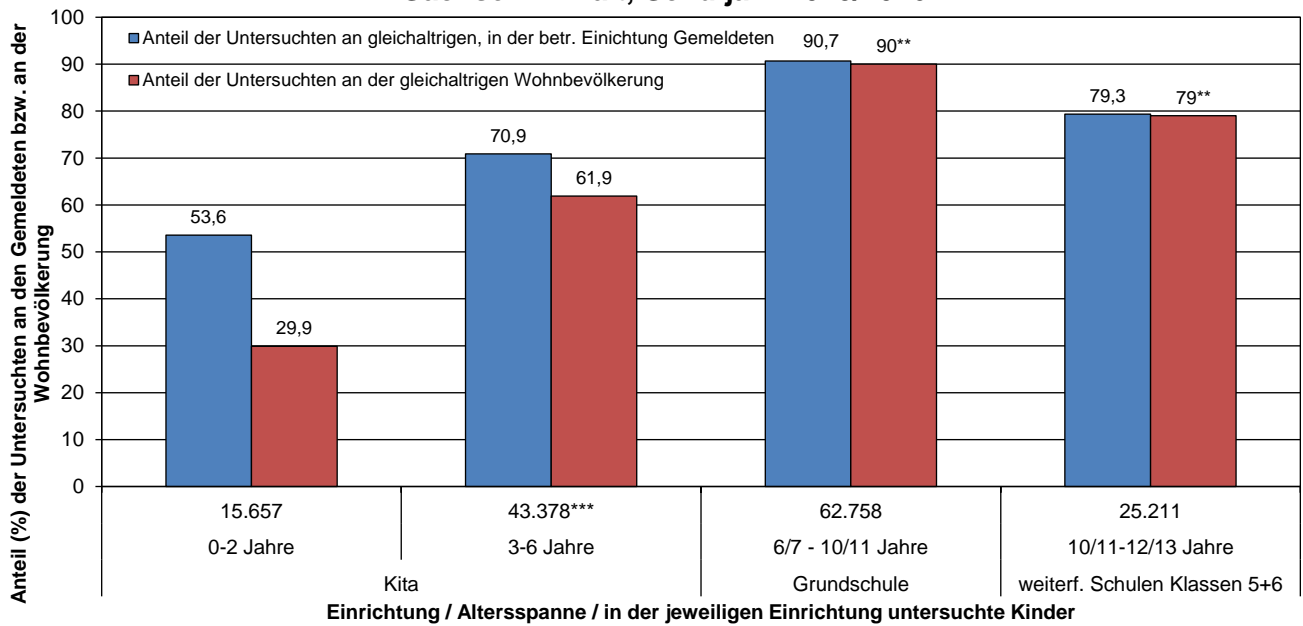
1.4 Diskussion

Die stetige Verbesserung der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt in den letzten 10 Jahren (**Abb. 1.1**) ist wahrscheinlich zum großen Teil auf die in Sachsen-Anhalt besonders intensive zahnärztliche Betreuung der Kinder und Jugendlichen nach § 21 des SGB V durch den ÖGD zurückzuführen: 62%–90% aller im Land lebenden Kinder im Alter von 3 bis 13 Jahren werden jährlich vom ÖGD untersucht (**Abb. 1.8**); ein noch höherer Anteil wird durch gruppenprophylaktische Maßnahmen erreicht^{4,7}. Die Untersuchungs- und Betreuungsgrade sind in Sachsen-Anhalt in *Schulen* deutlich höher als im Bundesdurchschnitt^{4,7}. In *Kindertagesstätten* (Kitas) ist der Betreuungsgrad nur deshalb scheinbar geringer als im Bundesdurchschnitt, weil in den neuen Bundesländern ein viel höherer Anteil Kleinkinder in Kitas betreut wird als in den alten Bundesländern (und damit im Bundesdurchschnitt) und eine umfassende Betreuung hier schnell an personelle Grenzen in den Gesundheitsämtern stößt.

Der Erfolg der anhaltenden Verbesserung der Zahngesundheit von Heranwachsenden in Sachsen-Anhalt ist umso höher einzuschätzen, als die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in einem Bundesland augenscheinlich stark von der sozialen Lage (hier exemplarisch in Form der Arbeitslosenquote dargestellt) beeinflusst wird: Je größer der Anteil sozial schwacher Familien, desto schlechter ist die Zahngesundheit der Kinder (**Abb. 1.9**) und der Anteil sozial schwacher Familien ist in Sachsen-Anhalt bekanntermaßen überdurchschnittlich hoch. Sowohl bei 6-7-Jährigen als auch vor allem bei 12-Jährigen liegt jedoch der mittlere dmf-t- bzw. DMF-T-Wert in Sachsen-Anhalt unter dem „sozialen Erwartungswert“ – vermutlich in erster Linie aufgrund der intensiven zahnärztlichen Betreuung durch den ÖGD.

Die hier dargestellten Unterschiede bei der Entwicklung und Prävalenz des Kariesbefalls und bei der Inanspruchnahme von zahnärztlicher Versorgung bei Mädchen und Jungen sind im Prinzip nicht neu. Sie besitzen jedoch aufgrund des sehr großen ausgewerteten Datenpools und der daraus resultierenden hohen Belastbarkeit einen wichtigen exemplarischen Charakter. Es ist daraus ersichtlich, dass Individualprophylaxe, Gruppenprophylaxe und Kariesprävention im Kindes- und Jugendalter geschlechtsspezifisch ausgerichtet werden müssen, um die bestehenden Unterschiede auszugleichen und möglichst viele Kinder zu erreichen. So müssen Jungen noch stärker an eine ausreichende Zahnpflege und Vorsorge herangeführt werden und müssen Mädchen noch stärker für die besondere Gefährdung ihres Gebisses in der Pubertät und im jungen Erwachsenenalter sensibilisiert werden.

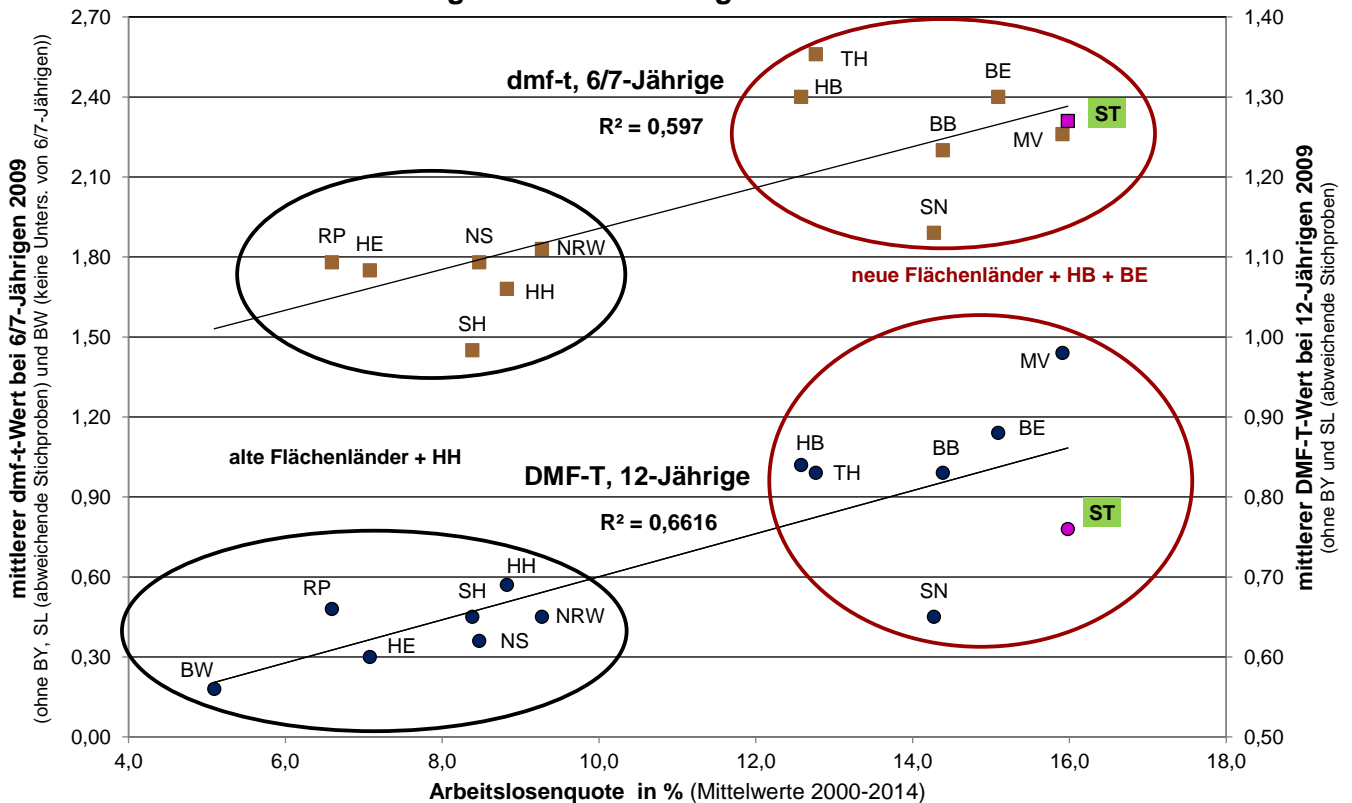
Abb. 1.8: Anteil der von Gesundheitsämtern zahnärztlich untersuchten Kindern in Kitas, Grundschulen und 5./6. Klassen* an allen in diesen Einrichtungen gemeldeten bzw. im Land lebenden Gleichaltrigen*, Sachsen-Anhalt, Schuljahr 2015/2016



* ohne Förderschüler, ** geschätzt anhand der allg. Schulpflicht, ***in Kitas untersuchte 7-Jährige wurden zum Vergleich mit der 3-6-jährigen Wohnbevölkerung ausgeschlossen

Datenquellen/Copyright: Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt: Dokumentation der zahnärztlichen Untersuchungen der Gesundheitsämter in Kitas und Schulen; Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt: Kita-Statistik und Schuljahresanfangsstatistik; Statistisches Bundesamt: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes.

Abb. 1.9: Soziale Lage und Kinderzahngesundheit in den Bundesländern



Datenquellen/Copyright: Pieperstudie 2009 (dmf-t-/DMF-T-Werte); Statistisches Bundesamt (Arbeitslosenquote), eigene Darstellung des LAV

C. Teil 2: Zahnmedizinische Untersuchungen von neu zugezogenen Migrantenkindern im Landkreis Börde

2.1 Hintergrund

Die Analyse der Gesundheits- und Versorgungslage von Menschen mit Migrationshintergrund gewinnt in Deutschland – auch vor dem Hintergrund der Flüchtlingssituation seit 2015 – zunehmend an Bedeutung, so auch in der neuen, „migrationssensiblen“ Gesundheitsberichterstattung und im Integrationsmonitoring. Die hier vorgestellte Studie diente dem Ziel, bei den nach § 21 SGB V (Gruppenprophylaxe) und § 9 GDG LSA (Kinder- und Jugendgesundheit) routinemäßig durchgeführten zahnmedizinischen Untersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Kindereinrichtungen im Landkreis Börde zu ermitteln, ob die Zahngesundheit von neu zugezogenen Migrantenkindern eventuell schlechter ist als diejenige von „einheimischen“ Kindern und wenn ja, wo mögliche Präventionsschwerpunkte liegen.

2.2 Methodische Anmerkungen

Im Rahmen der normalen Untersuchungen im Landkreis Börde in den Schulen und Kitas wurden zusätzlich zu den üblich gemeldeten Kindern auch die innerhalb der letzten zwei Jahre, seit Sommer 2015, neu eingewanderten Migrantenkinder mit untersucht. Dabei wurden insgesamt 13.913 Kinder im Alter von 2 bis 13 Jahren untersucht. In dieser Altersgruppe befanden sich 223 neu zugezogene Migrantenkinder.

Um die Untersuchungsergebnisse zwischen einheimischen Kindern und neu eingewanderten Migrantenkindern vergleichbar zu machen, werden die Untersuchungsergebnisse nur in ausgewählten Altersgruppen (6- bis 7-Jährige und 10- bis 12-Jährige) dargestellt.

Zur Bestimmung der Indikatoren wurden die standardmäßig verwendeten dmf-t-/ DMF-T-Werte genommen, welche im Milchgebiss (kleine Schreibweise) oder im bleibenden Gebiss (große Schreibweise) im Durchschnitt die Anzahl der akut-kariösen (d-Decayed), kariös-fehlenden (m-Missing) und kariös-gefüllten (f-Filled) Zähne (t-Teeth) pro Kind beschreiben.

Bei den 6-7-Jährigen wurden insgesamt 2.827 Kinder untersucht, darunter befanden sich 62 Migrantenkinder (40 Jungen, 22 Mädchen), und bei den 10-12-Jährigen wurden insgesamt 3.532 Kinder untersucht, darunter waren 51 neu hinzugezogene Kinder (36 Jungen, 15 Mädchen).

Da eine aufwändige, wissenschaftlich gesicherte Erfassung des Migrationshintergrundes der Kinder bei den zahnärztlichen Reihenuntersuchungen aufgrund des sehr geringen Zeitkontingents pro Kind ausscheidet, musste ein stark verkürztes Erhebungsinstrument verwendet werden: Konnte aufgrund eingeschränkter Deutschkenntnisse des Kindes eine kürzliche Immigration nach Deutschland angenommen werden, so wurden das Kind, die Eltern (wenn anwesend) oder die Erzieherinnen/ Lehrkräfte der Einrichtung, in welcher die Untersuchung stattfand, gefragt, ob bei dem Kind tatsächlich ein Migrationshintergrund vorliegt und wie lange das Kind schon in Deutschland lebt. Zur Gegenüberstellung mit „einheimischen Kindern“ wurden solche „neu zugezogenen Migrantenkinder“ separat gewertet, die somit zum Zeitpunkt der Untersuchung seit weniger als zwei Jahren in Deutschland gelebt hatten.

Zusätzliche Indikatoren wie das Vorhandensein von Versiegelungen als präventive Maßnahme oder verschiedenen Erscheinungsformen an den Zähnen, wie z. B. der Melanodontie (Black-Stain-Attack) – dieses ist eine ungefährliche Besiedelung von einer bestimmten dunkel gefärbten Bakterienart – wurden routinemäßig mit untersucht. Auch Mineralisationsstörungen wie der verstärkt in den öffentlichen und wissenschaftlichen Fokus gerückten Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH) wurden mit berücksichtigt und verglichen.

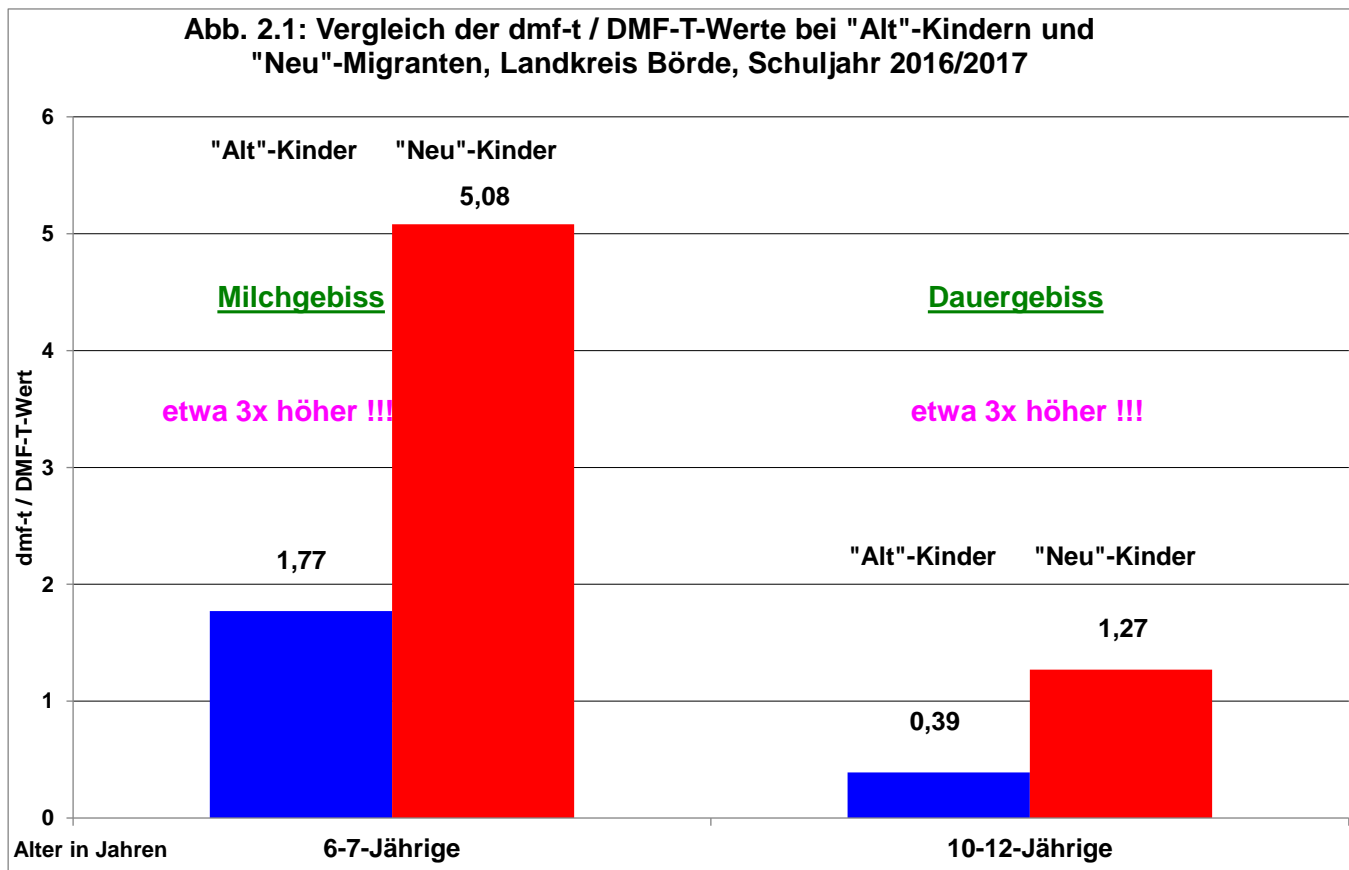
Alle neu hinzugezogenen Migrantenkinder erhielten nach der zahnärztlichen Untersuchung eine Information für die Eltern über den Zustand der Zähne und da wo möglich wurde mehrsprachiges Informationsmaterial mitgegeben.

Auch wurden sie gruppenprophylaktisch mitbetreut. Bei Vorliegen des Einverständnisses der Eltern wurden die Zähne fluoridiert, und es erfolgte eine Ausstattung von Zahnputzmaterialien, wie Zahnbürste, Zahnpasta und Zahnputzbecher für alle Kinder in den Kindereinrichtungen.

2.3 Ergebnisse

Auffallend war, dass durch den Zuzug von Flüchtlingen im Jahr 2015 und 2016 relativ viele Kinder mit Migrationshintergrund im Landkreis Börde in den Kindereinrichtungen wie Schulen und Kitas registriert und angemeldet wurden, aber als dann die zahnärztliche Untersuchung durchgeführt wurde, hatten viele von ihnen schon wieder die Einrichtung gewechselt und/oder den Landkreis ganz verlassen. Dadurch ist der „Erfassungsgrad“ bei den zahnmedizinischen Untersuchungen (Untersuchte im Verhältnis zu Gemeldeten) um etwa 12 % geringer als bei den einheimischen Kindern.

In beiden Altersgruppen lagen bei den neu zugezogenen Migrantenkindern jeweils die dmf-t-/ DMF-T-Werte der Milchzähne wie auch die der bleibenden Zähne um den Faktor 3 höher, d.h. die Migrantenkinder haben dreimal schlechtere Zähne als die übrigen Kinder (**Abb. 2.1**).



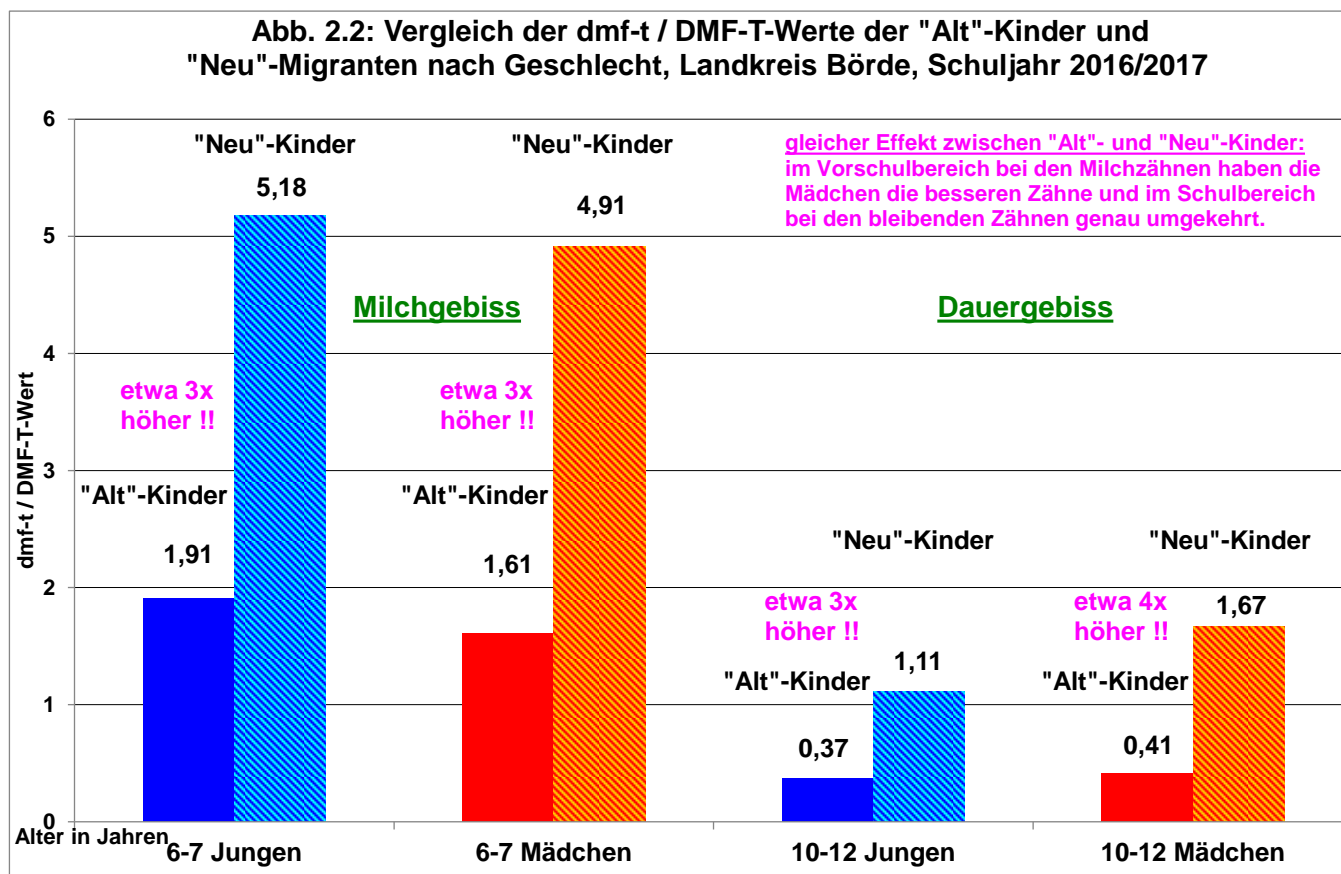
Geschlechterspezifisch wurden bei den neu zugezogenen Migrantenkindern dieselben Unterschiede in der Zahngesundheit zwischen Jungen und Mädchen festgestellt wie bei den übrigen Kindern: Im Vorschulbereich waren die Milchzähne der Mädchen etwas besser als die der Jungen und mit der Einschulung wendet sich dieses bei den bleibenden Zähnen (**Abb. 2.2**).

Dieses kann dadurch erklärt werden, dass entwicklungsphysiologisch die neuen bleibenden Zähne bei den Mädchen eher durchbrechen und in der Mundhöhle somit eher und länger den schädlichen Einflüssen ausgesetzt sind als es bei den sich später entwickelnden Zähnen der Jungen der Fall ist.

Als Nebenbefund wurde festgestellt, dass die neuen Migrantenkinder keine in Deutschland üblichen Versiegelungen als präventive Maßnahme aus ihren Herkunftsländern aufwiesen. Hier liegt ein erhebliches Präventionspotenzial.

Bei den verschiedenen Erscheinungsformen an den Zähnen, wie z. B. der Melanodontie (Black-Stain-Attack) waren keine Unterschiede zwischen den einheimischen Kindern und den neuen Migrantenkindern zu erkennen: beide Gruppen zeigten diese Ausprägung in gleichem Maße.

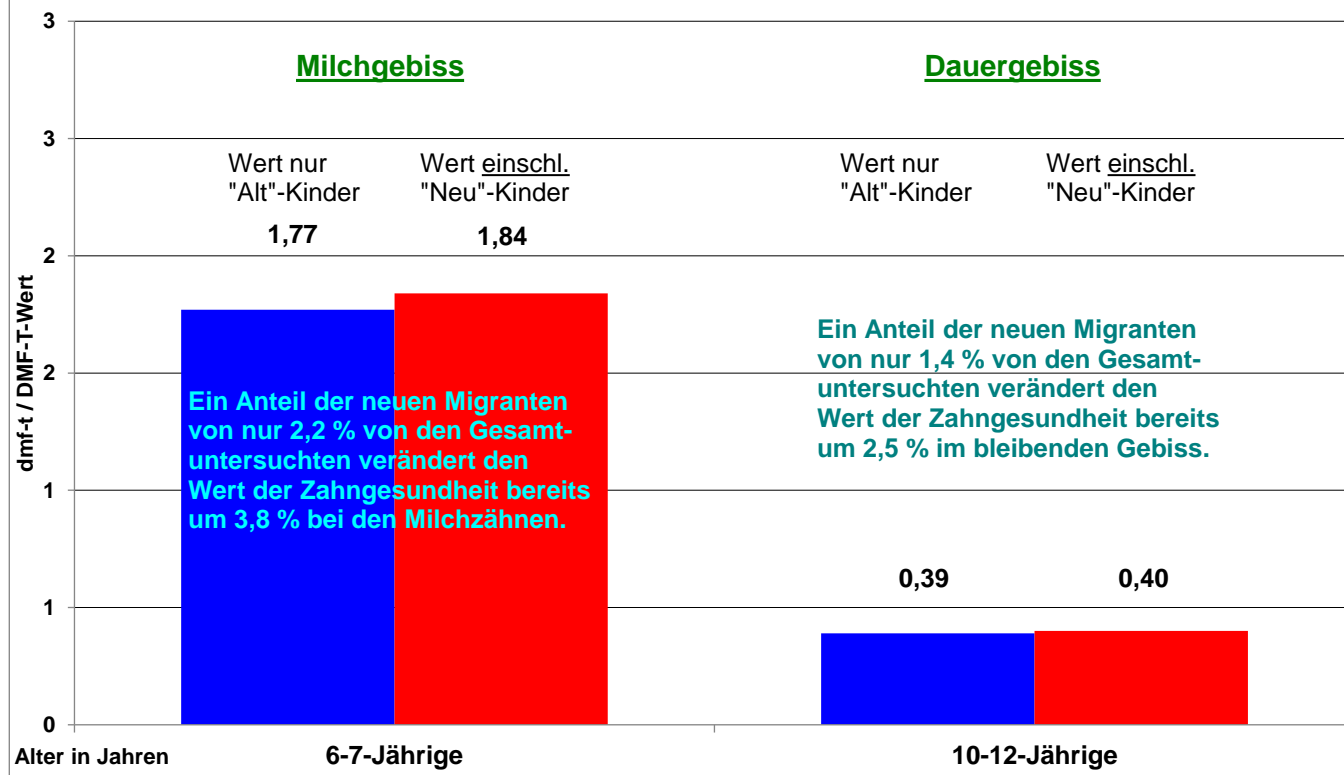
Im Gegensatz dazu wiesen die Zähne der neu zugezogenen Migrantenkinder keine Mineralisationsstörungen wie die Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH) auf, welche verstärkt in den vergangenen Jahren in Deutschland beobachtet wird und deren Ursache noch nicht ermittelt wurde.



2.4 Diskussion

Aufgrund der relativ geringen Flüchtlingszahlen in Sachsen-Anhalt und vor allem in den ländlichen Regionen wie dem Landkreis Börde und der oben beschriebenen Fluktuation dieser Flüchtlingszahlen, konnten bei der einjährigen Studie (Schuljahr 2016/2017) nur relativ wenige neu zugezogene Migrantenkinder zahnmedizinisch untersucht werden (insgesamt 223). Bei der notwendigen Aufgliederung in Alters- und Geschlechtsgruppen ergeben sich teilweise sehr geringe Untersuchtenzahlen. Aufgrund der gefundenen deutlichen Unterschiede in der Zahngesundheit sind dennoch alle hier gezeigten Ergebnisse statistisch signifikant (Chi², mindestens $p < 0,001$). Obwohl die Anzahl der neu eingewanderten Migrantenkinder im Landkreis Börde eher gering ist, haben diese durch die deutlich schlechteren Zähne mit erheblich mehr an kariösen Schäden einen messbaren Einfluss auf die mittleren dmf-t- bzw. DMF-T-Werte der Gesamtkinderpopulation des Landkreises (**Abb. 2.3**).

**Abb. 2.3: Einfluss auf die dmf-t / DMF-T-Werte durch die "Neu"-Migranten
Landkreis Börde, Schuljahr 2016/2017**



Die hier gezeigten Ergebnisse sind insbesondere für den Öffentlichen Zahngesundheitsdienst in zweierlei Hinsicht wichtig:

Erstens muss der Einfluss der sehr schlechten Zahngesundheit von neu zugezogenen Migrantenkindern berücksichtigt werden, wenn vor dem Hintergrund der bisherigen langjährigen Verbesserung der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt nun in den Jahren 2015 und 2016 in einigen Regionen eventuell eine Stagnation oder gar Verschlechterung der Zahngesundheit in der Gesamtpopulation der Kinder festgestellt wird.

Zweitens zeigen die Ergebnisse einen erheblichen Handlungsbedarf und spezifische Präventionspotenziale bei den neu zugezogenen Migrantenkindern auf.

Zusätzlich ist zu erwarten und auch schon zu erkennen, dass diese Migrantenkinder und auch deren Eltern die in Deutschland üblichen zahnärztlichen Präventionsangebote, Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungsmöglichkeiten in Anspruch nehmen und die damit verbundenen Kosten durch die Krankenkassen bzw. die Beitragszahler und Gesellschaft aufgebracht werden müssen.

D. Literatur

- ¹ Heese, D., Wahl, G. (2013). Aufbau einer elektronischen Datenerfassung in den Kinder- und Jugendzahnärztlichen Diensten der Gesundheitsämter in Sachsen-Anhalt für die Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler und Landesebene. Zahnärztlicher Gesundheitsdienst, 2.13, 16-17.
- ² Wahl, G., Heese, D. (2015): e-Monitoring der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung. Zahnärztlicher Gesundheitsdienst, 2.15, 6-8.
- ^{3*} Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt, Hrsg. (2010): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt. Ergebnisse der ärztlichen und zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in den Schuljahren 2007/2008 und 2008/2009. Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung für das Land Sachsen-Anhalt. 159 S.
- ^{4*} Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Hrsg. (2013): Zahngesundheit von Kindern in Kindertagesstätten und Schulen in Sachsen-Anhalt. Update Nr.1. Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen der Gesundheitsämter. Schuljahre 2009/2010–2011/2012 und 5-Jahres-Zeittrend seit 2007/2008. Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung für das Land Sachsen-Anhalt. 28 Seiten.
- ^{5*} Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Hrsg. (2013): Gesundheitliche Ungleichheiten bei Einschülern, Drittklässlern und Sechstklässlern in Sachsen-Anhalt. Ergebnisse der ärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen der Gesundheitsämter. Schuljahre 2007/2008–2011/2012. Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung für das Land Sachsen-Anhalt. 7 Seiten.
- ^{6*} Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Hrsg. (2013): Verbesserung der Zahngesundheit bei Heranwachsenden. Schlaglicht Gesundheit Sachsen-Anhalt Nr. 2/2013.
- ⁷ Wahl, G., Heese, D. (2009). Gebisszustand, dmf-t/DMF-T-Index und kariesprophylaktische Betreuung von Kindern bis 12 Jahre in Sachsen-Anhalt. Poster beim 59. Wissenschaftlichen Kongress des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Bielefeld. Gesundheitswesen, 71, 203.
- ⁸ Wahl, G., Heese, D. (2015). Trends und Einflussfaktoren der Zahngesundheit von Heranwachsenden in Sachsen-Anhalt: Auswertung der Daten des ÖGD im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung. Vortrag beim 65. Wissenschaftlichen Kongress des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Rostock. Gesundheitswesen, 77, 301.
- ⁹ Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (2016). Fachtag frühkindliche Karies (ECC). Zahnärztliche Nachrichten Sachsen-Anhalt 10/2016, 19.
- ¹⁰ Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (2017). Zahnärzte klopfen im Landtag an. Kammer und KZV werben bei Politikern um Hilfe beim Kampf gegen frühkindliche Karies. Zahnärztliche Nachrichten Sachsen-Anhalt 9/2017, 10-13.
- ¹¹ Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit Sachsen-Anhalt (2014). Sozialbericht Sachsen-Anhalt 2010-2013 mit integriertem Armuts- und Reichtumsbericht 2010 bis 2013.
- ¹² Landtag von Sachsen-Anhalt (2015). 6. Kinder- und Jugendbericht der Landesregierung Sachsen-Anhalt.

* Berichte auf www.gbe.sachsen-anhalt.de

Herausgeber: Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt

Kontakt/Autoren:

Teil1:

Dr. rer. nat. Goetz Wahl, Landesamt für Verbraucherschutz, Fachbereich Hygiene, Große Steinertischstr. 4, 39104 Magdeburg, Tel.: 0391 / 2564-226, E-Mail: goetz.wahl@lav.ms.sachsen-anhalt.de

Teil 2:

Dr. med. dent. Dieter Heese, Sachgebietsleiter Jugendzahnärztlicher Dienst, Fachdienst Gesundheit Gerikestr. 5, 39340 Haldensleben, Tel.: 03904 / 7240-2551 E-Mail: gesundheit@boerdekreis.de