

Karen Meyer-Wübbold, Alexander Rahman, Anastasia Stepura-Breunig, Ayse Alagöz, Werner Geurtsen, Hüsametlin Günay

Kenntnisstand von Frauen mit Migrationshintergrund über zahnärztliche Frühprävention

Warum Sie diesen Beitrag lesen sollten?

Die Entwicklung zielgruppenorientierter Präventionsstrategien ist unerlässlich, da bisher nur ein geringer Informationszuwachs in Risikogruppen im Vergleich zu einer früheren Befragung stattfand.

Einleitung: Menschen mit Migrationshintergrund scheinen eine schlechtere Mundgesundheit als Menschen ohne Migrationshintergrund zu haben. Vor allem bei Kindern mit Migrationshintergrund ist eine höhere Kariesprävalenz zu beobachten. Das Gesundheitswesen steht somit vor der Aufgabe, Personen mit Migrationshintergrund effektiver in die zahnärztliche Versorgung einzubinden. Diese Studie sollte den aktuellen Kenntnisstand von Müttern 3- bis 4-jähriger Kinder mit russischem und türkischem Migrationshintergrund über die Zahn- und Mundgesundheit und Möglichkeiten der zahnärztlichen Gesundheitsfrühförderung evaluieren und diesen mit einer 10 Jahre zurückliegenden Befragung vergleichen. Es sollte evaluiert werden, ob in dieser Bevölkerungsgruppe innerhalb von 10 Jahren ein Informationszuwachs stattgefunden hat.

Methode: Mithilfe eines selbstkonzipierten Multiple-Choice-Fragebogens erfolgte in Form eines Face-to-Face-Interviews 2007 und 2016 eine Befragung von Müttern 3- bis 4-jähriger Kinder in Kindergärten, Kinderarztpraxen und sozialen Einrichtungen.

Ergebnisse: 2007 wurden insgesamt 300 (150 mit russischem und 150 mit türkischem Migrationshintergrund) und 2016 insgesamt 153 Frauen (59 mit russischem und 94 mit türkischem Migrationshintergrund) befragt. 2007 zeigten sich bei beiden Gruppen ein unzureichendes Präventionsverhalten, sowie ein unzureichender Kenntnisstand über die Zahn- und Mundgesundheit ihrer Kinder und über die Möglichkeiten zahnärztlicher Frühpräventionsprogramme. Sowohl das Präventionsverhalten als auch der Kenntnisstand waren 2016 zwar höher, stellten sich allerdings noch immer als gering dar.

Schlussfolgerung: Um den Kenntnisstand bei Frauen mit Migrationshintergrund über die Zahn- und Mundgesundheit zu erhöhen, sollten spezielle zielgruppenorientierte Strategien entwickelt werden.

Schlüsselwörter: Migrationshintergrund; russisch; türkisch; zahnärztliche Gesundheitsfrühförderung; Informationsstand

Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde, Hannover: Dr. Karen Meyer-Wübbold, PD Dr. Alexander Rahman, Anastasia Stepura-Breunig, Ayse Alagöz, Prof. Dr. Werner Geurtsen, Prof. Dr. Hüsametlin Günay

Zitierweise: Meyer-Wübbold K, Rahman A, Stepura-Breunig A, Alagöz A, Geurtsen W, Günay H: Kenntnisstand von Frauen mit Migrationshintergrund über zahnärztliche Frühprävention. Dtsch Zahnärztl Z 2019; 74: 244-255

Peer-reviewed article: eingereicht: 17.02.2017, revidierte Fassung akzeptiert: 22.06.2017

DOI.org/10.3238/dzz.2017.4992

State of information of women with a migration background about early oral health care

Introduction: The oral health of people with a migration background seems to be poorer than the oral health of people without a migration background. Especially in children with a migration background a higher caries prevalence can be observed. Therefore, one challenge of our health care system is to include people with a migration background more effectively in dental care. The aim of the present study was to evaluate the current level of information of mothers of 3- to 4-year-old children with a Russian and Turkish migration background about possibilities of oral health care and early oral health care prevention. It should be determined whether the level of information has increased in this group of population compared to a previous survey 10 years ago.

Methods: In 2007 and 2016 a survey of mothers of 3- to 4-year-old children was performed in kindergartens, pediatric surgeries and social facilities with the help of a self-defined multiple-choice questionnaire based on face-to-face interviews.

Results: In 2007, a total of 300 women (150 with Russian and 150 with Turkish migration background) and 2016 a total of 153 women (59 with Russian and 94 with Turkish migration background) were interviewed. In 2007, both groups showed poor preventive behavior, as well as insufficient information about dental and oral health of their children and about the possibilities of early oral health care programs. Both the preventive behavior and the information level were higher in 2016, but still low.

Conclusion: In order to increase the knowledge of women with a migration background about oral health, specific target group-oriented strategies have to be developed.

Keywords: migration background; Russian; Turkish; early oral health care; level of information

Einleitung

Im Mikrozensus aus dem Jahr 2005 wurde der Begriff Migrationshintergrund eingeführt, mit welchem statistisch alle Bürger erfasst werden, die nach 1949 in die heutige Bundesrepublik Deutschland eingewandert sind, sowie alle hier geborenen Ausländer. Unter diesem Begriff werden auch Eingebürgerte, sowie alle Deutschen mit mindestens einem zugewanderten oder ausländischen Elternteil zusammengefasst [38]. Laut statistischem Bundesamt lebten im Jahr 2015 insgesamt 82,2 Millionen Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland. Davon hatten 17,1 Millionen einen Migrati-

onshintergrund, was einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von ca. 21 % entspricht [40]. Zu den 3 wichtigsten Herkunftsländern zählen die Türkei, Polen und die Russische Föderation [39, 40]. Durch den ständig steigenden Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund gewinnt das Zuwanderungsthema gesundheitspolitisch immer mehr an Bedeutung. Fundierte Erkenntnisse über die Gesundheits- und Versorgungslage von Personen mit Migrationshintergrund sind bisher noch nicht zufriedenstellend vorhanden.

Migration bringt nicht nur eine Änderung des sozialen Umfelds, der Arbeitsbedingungen und Anpas-

sungsprobleme mit sich, sondern hat auch Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen. Sprachbarrieren und kulturspezifische Faktoren können für diese Personengruppe Probleme beim Zugang zum deutschen Gesundheitssystem darstellen [33]. Das Versorgungssystem wird gerade von türkischsprachigen Migranten eher zurückhaltend in Anspruch genommen. Die meisten konsultieren erst dann einen Arzt, wenn die Krankheit schon in einem fortgeschrittenen Stadium und nicht mehr durch „Selbstbehandlung“ zu therapieren ist [14, 48].

Mehrere Studien belegen, dass Kinder mit Migrationshintergrund eine Risikogruppe im Gesundheitswesen bilden [4, 6, 18, 20, 37, 47]. Das Inanspruchnahmeverhalten präventiver Leistungen ist bei Personen mit Migrationshintergrund und deren Kindern deutlich geringer ausgeprägt als bei Personen ohne Migrationshintergrund [18, 20].

Seit 1994 ist in Deutschland ein deutlicher Kariesrückgang bei Kindern und Jugendlichen („Caries decline“) zu beobachten. Laut der aktuellen Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) sind mittlerweile 81 % der 12-jährigen Kinder kariesfrei [17]. Im Vergleich zu 1997 hat sich die Anzahl der kariesfreien Gebisse verdoppelt [17]. Für die 6- bis 7-jährigen konnte bisher jedoch kein Rückgang der frühkindlichen Karies (ECC) beobachtet werden, sondern es wurde in den letzten Jahren eher ein Anstieg verzeichnet [26, 28, 29]. Parallel dazu ist eine Polarisierung des Kariesbefalls belegt. Die Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko stammen oft aus sozial schwachen/bildungsfernen Familien und zeigen bis zu 80 % des gesamten Kariesbefalls dieser Altersgruppe. Statistisch gesehen ist der sozioökonomische Status bei Personen mit Migrationshintergrund geringer [33], weshalb auch Kinder mit Migrationshintergrund zu den Kariesrisikogruppen gezählt werden [2, 22, 29, 35–37]. Die Auswirkungen der ECC (z.B. frühzeitiger Zahnverlust mit Beeinflussung des Kieferwachstums und bleibender Zähne, sprachliche und psychische Entwicklungsstörungen, negative Veränderung des Ernäh-

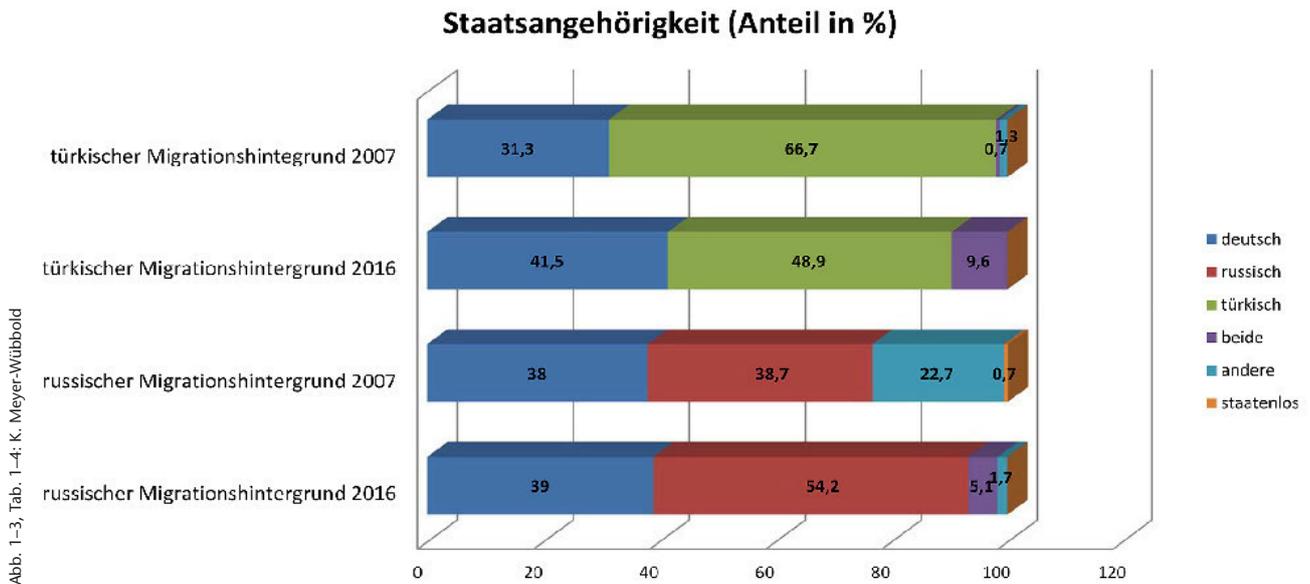


Abbildung 1 Staatsangehörigkeit der Befragten mit russischem und türkischem Migrationshintergrund in den Jahren 2007 und 2016

rungsverhaltens) stellen immer noch ein ungelöstes Public-Health-Problem dar [21, 22, 34, 46].

Die Eltern spielen bei der Herausbildung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen der Kinder eine große Rolle, nehmen eine Vorbildfunktion ein und legen im Kindes- und Jugendalter die Grundlagen für das Gesundheitsverhalten im Erwachsenenalter. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit einer frühzeitigen Intervention. Die effektivsten Frühförderungsprogramme beginnen somit schon in der Schwangerschaft. Auch im Bereich der Zahnmedizin haben sich Konzepte etabliert, welche bereits in der Schwangerschaft beginnen und Aspekte der Gesundheitsförderung (Förderung/Befähigung zu verantwortungsbewussten Entscheidungen hinsichtlich der Gesundheit beispielsweise durch Ernährungsberatung und Verbesserung/Stärkung/Optimierung des allgemeinen und oralen Gesundheitsverhaltens) enthalten [25]. Diese Konzepte sind jedoch derzeit noch nicht hinreichend bekannt und scheinen auch gerade Risikogruppen nicht zu erreichen.

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, den aktuellen Informationsstand von Müttern 3- bis 4-jähriger Kinder mit russischem und türkischem Migrationshintergrund über die Zahn- und Mundgesundheit und Möglichkeiten der zahnärztlichen Gesundheitsfrühförderung zu

evaluieren und diesen mit einer Befragung der gleichen Bevölkerungsgruppe aus dem Jahr 2007 zu vergleichen. Weiterhin sollte geklärt werden, ob die Frauen während der Schwangerschaft diesbezüglich aufgeklärt wurden. Es sollte überprüft werden, ob in dieser Gruppe innerhalb von 10 Jahren ein Informationszuwachs stattgefunden hat. Die Ergebnisse der Gruppen sollten miteinander verglichen werden, um eventuelle kulturspezifische Unterschiede zu eruieren und hieraus Empfehlungen für zukünftige Präventionsprogramme abzuleiten.

Material und Methode

Mittels eines Fragebogens in Form eines „Face-to-face“-Interviews wurden im Zeitraum von 2007/08 insgesamt 300 (150 russisch und 150 türkisch sprechende) und 2016 insgesamt 153 (59 russisch und 94 türkisch sprechende) Migrantinnen mit Kindern bis zum vierten Lebensjahr in der Region Hannover, Stadt Hannover und in Regionen im nördlichen Niedersachsen befragt. Die Probanden konnten die Fragen in deutscher als auch in russischer/türkischer Sprache beantworten. Es lag eine vollständige Übersetzung des Fragebogens in beide Sprachen vor, sodass das Interview bei schlechten Deutschkenntnissen auch in russisch bzw. türkisch durchgeführt werden

konnte. Die Fragebögen wurden von fachkundigen Personen übersetzt und im Vorfeld validiert. Die Befragungen fanden u.a. an Orten wie Kinderarztpraxen, Kindergärten oder Informationsveranstaltungen für Mütter statt.

Bei dem selbstkonzipierten Fragebogen wurden zum größten Teil Multiple-Choice-Fragen gestellt, wobei teilweise Mehrfachnennungen möglich waren. In einigen Fällen gab es neben vorformulierten Antworten auch die Möglichkeit, stichwortartig zu antworten. Die Fragebögen von 2007 und 2016 waren identisch. Die Fragebögen gliederten sich in die Themenkomplexe Zahngesundheit und Schwangerschaft, Mundhygiene, Fluoride, Ernährung, Kenntnisstand über Karies/Parodontitis/lokale Fluoridierung, Informationsstand über zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen, zahngesund Verhalten der Kinder (Zahnpflege, zahnärztliche Vorsorgetermine) sowie persönliche Angaben (Alter, Schulbildung Nationalität der Mutter, Herkunftsland und Aufenthaltsdauer in Deutschland).

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS Statistics 22/24 (IBM Corporation, New York, USA). Die Analyse der Daten erfolgte mit nicht-parametrischen Testverfahren. Ein Chi-Quadrat-Test in Verbindung mit Kreuztabellen sollte die Unterschiede/

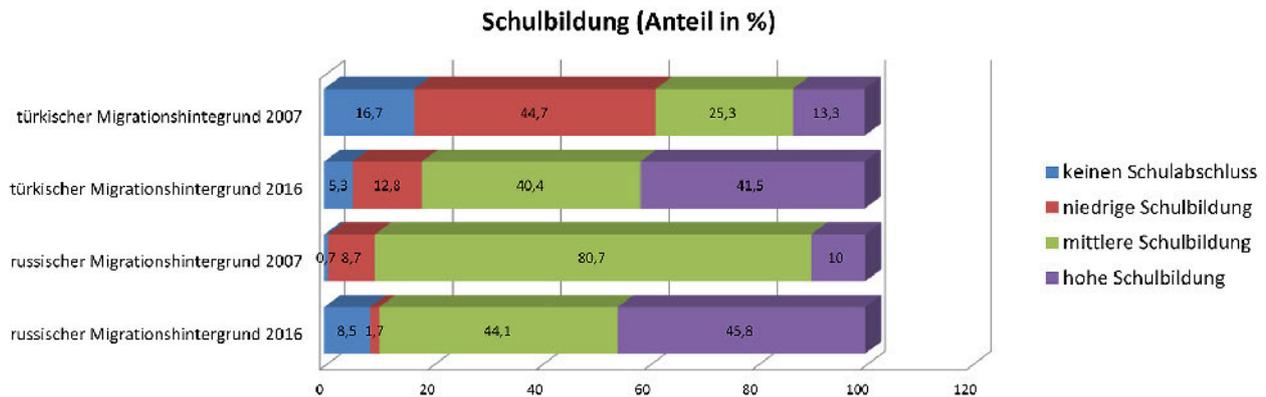


Abbildung 2 Schulbildung der Befragten mit russischem und türkischem Migrationshintergrund in den Jahren 2007 und 2016

Zusammenhänge zwischen 2 verschiedenen Nationalitäten (russisch, türkisch) überprüfen. Das Signifikanzniveau wurde mit $p < 0,05$ definiert.

Ergebnisse

Ergebnisse der russisch sprechenden Frauen 2007 und 2016

Das durchschnittliche Alter der befragten Frauen betrug im Jahr 2007 $30,17 \pm 5,27$ Jahre und im Jahr 2016 $31,66 \pm 6,08$ Jahre. In Abbildung 1 sind die Angaben der Befragten zur Staatsangehörigkeit dargestellt. 2007 gab eine Befragte an, in Deutschland geboren zu sein. Die befragten Frauen 2016 sind laut eigenen Angaben alle nicht in Deutschland geboren.

Bezogen auf den Schulabschluss zeigte sich, dass das Bildungsniveau der befragten Frauen 2016 signifikant höher war als 2007 (Abb. 2).

Insgesamt konnte ein Informationszuwachs beobachtet werden.

2007 gaben etwas mehr als zwei Drittel der russisch sprechenden Frauen an, während ihrer Schwangerschaft einen Zahnarzt aufgesucht zu haben. 2016 wurde dies auf 76,3 % gesteigert. 2016 wurde laut eigenen Angaben häufiger eine zahnärztliche Kontrolle (52,5 %) als noch 2007 (38,0 %) ($p = 0,055$) und signifikant häufiger eine zahnärztliche Prophylaxe während der Schwangerschaft (2007: 16,0 %; 2016: 28,8 %) ($p = 0,036$) durchgeführt (Tab 1).

In Bezug auf das Mundhygieneverhalten zeigten sich 2016 im Vergleich zu 2007 keine signifikanten Veränderungen (Tab. 1).

2016 gaben signifikant mehr Frauen (25,4 %) als 2007 (12,7 %) an, während ihrer Schwangerschaft Informationen über zahnärztliche Präventionskonzepte ($p = 0,025$) und Informationen über die Zahn- und Mundpflege (2016: 33,9 %; 2007: 15,3 %) ($p < 0,0001$) erhalten zu haben. Als Quellen für die zahnärztlichen Präventionskonzepte wurden dabei 2016 signifikant häufiger Gynäkologen benannt (2016: 11,9 %; 2007: 6,0 %) ($p < 0,0001$) (Abb. 3). 2016 haben sich mehr russisch sprechende Frauen (74,6 %) als 2007 (64,0 %) gewünscht, Informationen bezüglich zahnmedizinisch relevanten Veränderungen während der Schwangerschaft zu erhalten. Signifikant mehr Frauen gaben 2016 an, keine Ernährungsberatung in der Schwangerschaft erhalten zu haben (2016: 57,6 %; 2007: 39,33 %) ($p = 0,017$).

Bezüglich des Informationsstandes zu Karies und Parodontitis zeigte sich, dass von 2007 bis 2016 ein Informationszuwachs stattgefunden hat, was sich allerdings nicht als statistisch signifikant herausstellte (Tab. 2).

Signifikant mehr Frauen würden 2016 ihr Kind mit Durchbruch des ersten Milchzahnes bereits zahnärztlich vorstellen (2016: 45,8 %; 2007: 18,0 %) ($p < 0,0001$) (Tab. 3) und waren zum Befragungszeitpunkt auch bereits mit ihrem Kind bei einem Zahnarzt vorstellig (2016: 78,0 %; 2007: 42,0 %) ($p < 0,0001$). 2016 würden mehr der Befragten bereits mit Durchbruch des ersten Milchzahnes mit der kindlichen Mundhygiene beginnen, die kindlichen Mundhygienemaßnahmen auch zweimal täglich

oder häufiger durchführen und für die kindliche Mundhygiene fluoridhaltige Kinderzahnpaste benutzen. Dies stellte sich allerdings nicht als statistisch signifikant heraus (Tab. 3). Signifikant mehr Frauen gaben 2016 an, Hinweise zur Zahn- und Mundpflege durch ihren Kinderarzt erhalten zu haben (2016: 55,9 %; 2007: 32,0 %) ($p = 0,001$) (Tab. 2).

Sowohl 2007, als auch 2016 gaben etwa nur die Hälfte der Befragten an, zahnärztliche Kindervorsorgeuntersuchungen zu kennen, wobei 2016 laut eigenen Angaben signifikant mehr Frauen durch den Kinderarzt auf diese Vorsorgeuntersuchung hingewiesen wurden (2016: 25,4 %; 2007: 12,7 %) ($p = 0,024$). Auch kannten 2016 signifikant mehr Frauen den zahnärztlichen Kinderpass als noch 2007 (2016: 44,1 %; 2007: 8,0 %) ($p < 0,0001$) (Tab. 2).

In Tabelle 4 sind exemplarische Befragungsergebnisse bildungsschichtspezifisch dargestellt. Der Informationsstand bzw. das präventive Verhalten waren bei den Personen mit einer höheren Schulbildung (mittlere Reife, Abitur) in einigen Bereichen höher als bei denen mit einer niedrigen Schulbildung (kein Schulabschluss, Hauptschulabschluss). In den einzelnen Schichten konnte nicht in allen Fällen ein Informationszuwachs bzw. eine Erhöhung des präventiven Verhaltens verzeichnet werden.

Ergebnisse der türkisch sprechenden Frauen 2007 und 2016

Das durchschnittliche Alter der befragten Frauen betrug im Jahr 2007

Informationsquellen zahnärztlicher Präventionsangebote in der Schwangerschaft (Anteil in %)

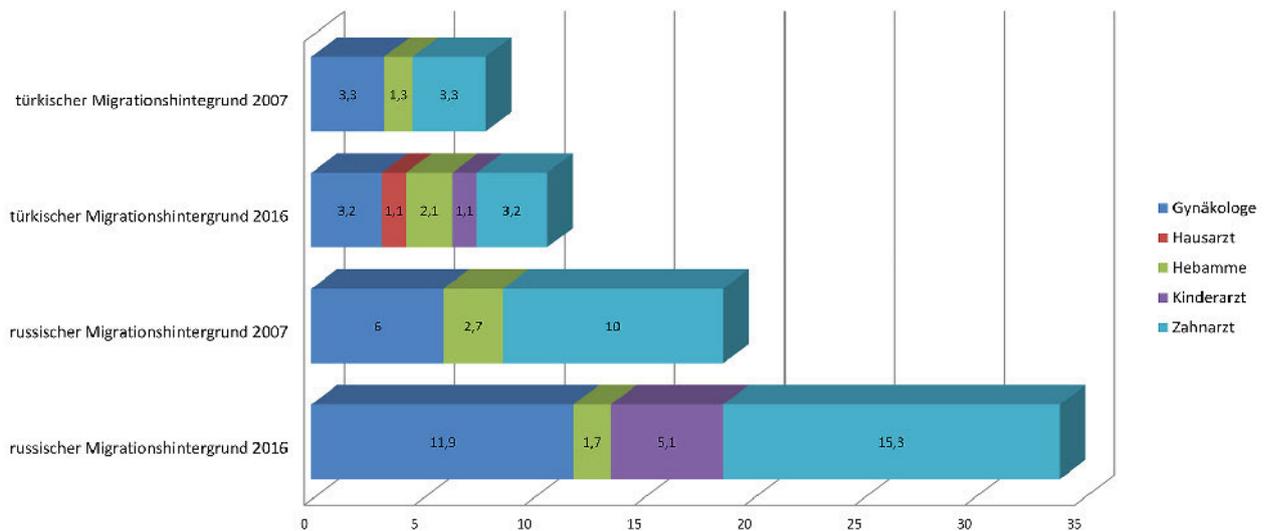


Abbildung 3 Informationsquellen der Befragten mit russischem und türkischem Migrationshintergrund in den Jahren 2007 und 2016 über zahnärztliche Präventionsangebote in der Schwangerschaft

30,8 ± 5,53 Jahre und im Jahr 2016 33,30 ± 6,13 Jahre. In Abbildung 1 sind die Angaben der Befragten zur Staatsangehörigkeit dargestellt. Signifikant mehr Frauen gaben 2016 an in Deutschland geboren zu sein (2007: 26,7 %; 2016: 56,4 %) ($p < 0,0001$).

Bezogen auf den Schulabschluss zeigte sich, dass das Bildungsniveau der befragten Frauen 2016 signifikant höher war als 2007 (Abb. 2).

Insgesamt konnte ein Informationszuwachs beobachtet werden.

2007 gab weniger als die Hälfte der türkisch sprechenden Frauen an, während ihrer Schwangerschaft einen Zahnarzt aufgesucht zu haben. 2016 war dieser Anteil mit mehr als zwei Drittel signifikant höher (74,5 %) ($p < 0,001$). Auch wurde 2016 laut eigenen Angaben signifikant häufiger eine zahnärztliche Kontrolle (2007: 11,3 %; 2016: 30,9 %) ($p < 0,001$) eine zahnärztliche Prophylaxe (2007: 2,0 %; 2016: 21,3 %; $p < 0,001$) und eine zahnärztliche Prophylaxe im Sinne einer Gesundheitsfrühförderung während der Schwangerschaft (2007: 2,0 %; 2016: 9,6 %; $p = 0,008$) durchgeführt (Tab. 1).

In Bezug auf das Mundhygieneverhalten zeigte sich 2016 im Vergleich zu 2007 lediglich eine signifikante

Veränderung im Bereich der Zahnzwischenraumreinigung. 2016 haben laut eigenen Angaben signifikant mehr Frauen Hilfsmittel zur Zahnzwischenraumreinigung als noch 2007 benutzt ($p = 0,015$) (Tab. 1).

Bezüglich des Informationsstandes zu Karies und Parodontitis zeigte sich, dass von 2007 bis 2016 ein Informationszuwachs stattgefunden hat (Tab. 2).

Zwischen 2007 und 2016 gab es hinsichtlich der Angaben über erhaltene Informationen über zahnärztliche Präventionskonzepte und Informationen über die Zahn- und Mundpflege während der Schwangerschaft keine Unterschiede. Signifikant mehr Frauen (84,0 %) haben sich 2016 gewünscht, Informationen bezüglich zahnmedizinisch relevanter Veränderungen während der Schwangerschaft zu erhalten (2007: 66,7 %; $p = 0,003$). 2016 gaben etwas weniger Frauen (79,8 %) als 2007 (84,7 %) an, keine Ernährungsberatung in der Schwangerschaft erhalten zu haben.

Signifikant mehr Frauen würden 2016 ihr Kind mit Durchbruch des ersten Milchzahnes bereits zahnärztlich vorstellen (2016: 47,9 %; 2007: 22,0 %) ($p < 0,001$) (Tab. 3), waren zum Befragungszeitpunkt auch bereits mit ihrem Kind bei einem Zahnarzt

vorstellig (2016: 73,4 %; 2007: 55,3 %) ($p = 0,005$), würden bereits mit Durchbruch des ersten Milchzahnes mit der kindlichen Mundhygiene beginnen (2016: 63,8 %; 2007: 30,0 %; $p < 0,001$) und benutzten für die kindliche Mundhygiene fluoridhaltige Kinderzahnpaste (2016: 60,6 %; 2007: 46,0 %; $p = 0,026$). 2016 würden mehr der Befragten die kindlichen Mundhygienemaßnahmen auch zweimal täglich oder häufiger durchführen, was sich allerdings nicht als statistisch signifikant herausstellte (Tab. 3). Signifikant mehr Frauen gaben 2016 an, Hinweise zur Zahn- und Mundpflege durch ihren Kinderarzt erhalten zu haben (2016: 35,1 %; 2007: 18,7 %; $p = 0,004$) (Tab. 2).

2016 gaben signifikant mehr der Befragten an, zahnärztliche Kindervorsorgeuntersuchungen zu kennen (2016: 34,0 %; 2007: 20,0 %; $p = 0,014$), wobei 2016 laut eigenen Angaben keine der Frauen durch den Kinderarzt auf diese Vorsorgeuntersuchung hingewiesen wurden (2016: 0,0 %; 2007: 8,0 %) ($p = 0,005$). 2016 kannten signifikant mehr Frauen den zahnärztlichen Kinderpass als noch 2007 (2016: 16,0 %; 2007: 0,7 %; $p < 0,0001$) (Tab. 2).

In Tabelle 4 sind exemplarische Befragungsergebnisse bildungsschicht-

	russischer MH 2016	russischer MH 2007	p-Wert	türkischer MH 2016	türkischer MH 2007	p-Wert
Zahnarztbesuch in der Schwangerschaft	76,3 %	68,0 %	0,239	74,5 %	40,7 %	< 0,0001
Zahnärztliche Kontrolle in der Schwangerschaft	52,5 %	38,0 %	0,055	30,9 %	11,3 %	< 0,0001
Zahnärztliche Prophylaxe in der Schwangerschaft	28,8 %	16,0 %	0,036	21,3 %	2,0 %	< 0,0001
Zahnärztliche Prophylaxe im Sinne einer Gesundheitsfrühförderung	15,3 %	12,8 %	0,634	9,6 %	2,0 %	0,008
Zähneputzen 2x täglich oder mehr	86,5 %	78,0 %	0,167	78,7 %	82,0 %	0,528
Benutzung von Zahnpasta mit Fluorid	61,0 %	66,7 %	0,441	55,3 %	47,3 %	0,225
Durchführung einer Zahnzwischenraumreinigung	66,1 %	54,0 %	0,111	51,1 %	35,3 %	0,015

Tabelle 1 Zahnärztliches Präventionsverhalten der Befragten in der Schwangerschaft mit russischem und türkischem Migrationshintergrund in den Jahren 2007 und 2016 (MH = Migrationshintergrund)

spezifisch dargestellt. Der Informationsstand bzw. das präventive Verhalten waren bei den Personen mit einer höheren Schulbildung (mittlere Reife, Abitur) in einigen Bereichen höher als bei denen mit einer niedrigen Schulbildung (kein Schulabschluss, Hauptschulabschluss). In den einzelnen Schichten konnte man ebenfalls einen Informationszuwachs bzw. eine Erhöhung des präventiven Verhaltens verzeichnen.

Diskussion

Inanspruchnahmeverhalten zahnärztlicher Leistungen

Es gibt zahlreiche Studien, die zeigen, dass das Verhalten zur Inanspruchnahme zahnärztlicher präventiver Leistungen bei Personen mit Migrationshintergrund als gering einzustufen ist [1, 23, 44, 45]. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Unter anderem werden Sprachbarrieren, aber auch das fehlende Wissen angeführt [44]. Ünlü et al. (2014) zeigten in einer Befragung von insgesamt 150 Personen im Alter von 16 bis 34 Jahren mit türkischem Migrationshintergrund, dass nur 57,3 % regelmäßig an zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen teilnehmen [43]. Die Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen der deutschen Gesamtbevölke-

rung fällt bei den Erwachsenen deutlich höher aus. So wurde in der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) festgestellt, dass 72 % der Erwachsenen regelmäßig zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen [17]. In der vorliegenden Studie haben zwar auch mehr als zwei Drittel aller Befragten angegeben, dass während der Schwangerschaft ein Zahnarztbesuch stattgefunden hat. Allerdings gaben dagegen nur etwa die Hälfte der russisch und nur etwa ein Drittel der türkisch sprechenden Frauen an, auch eine zahnärztliche Kontrolle erhalten zu haben. Man kann also davon ausgehen, dass der Grund des Zahnarztbesuches in der Schwangerschaft nicht eine Vorsorgeuntersuchung war.

Allgemeiner Informationsstand über Karies und Parodontitis

Bezüglich des allgemeinen Informationsstandes zu Karies und Parodontitis sind in der vorliegenden Studie die Frauen mit russischem Migrationshintergrund deutlich besser informiert als die Frauen mit türkischem Migrationshintergrund. Untersuchungen haben ergeben, dass 62 % der Frauen mit türkischem Migrationshintergrund ein geringes Gesundheitswissen über ihren eigenen Körper aufweisen [3]. Die Frauen mit

russischem Migrationshintergrund der vorliegenden Untersuchung unterscheiden sich dagegen nicht von Frauen ohne Migrationshintergrund. Gaarz et al. ermittelten in einer aktuellen Befragung von 211 Frauen mit 3-jährigen Kindern ähnliche Ergebnisse bezüglich des Informationsstandes [7]. Um langfristig ein optimales präventives Verhalten zu etablieren, sollte man die Ursachen einer Erkrankung kennen. Bei der Betreuung und Aufklärung der Patienten sollte auf diese kulturspezifische Besonderheit Rücksicht genommen werden.

Informationsstand bezüglich zahnärztlicher Präventionsangebote für Schwangere

Alle Befragten zeigten sowohl 2007 als auch 2016 einen niedrigen Informationsstand bezüglich zahnärztlicher Präventionsangebote für Schwangere. Allerdings scheint der Informationsstand bei Frauen ohne Migrationshintergrund im Vergleich zu den russisch sprechenden Frauen nicht deutlich höher zu sein. So konnte Nicksch et al. (2010) in einer Befragung von 375 Wöchnerinnen feststellen, dass lediglich ein Drittel der Frauen (29,3 %) über Präventionsangebote während der Schwangerschaft informiert waren [27]. Die

	russischer MH 2016	russischer MH 2007	p-Wert	türkischer MH 2016	türkischer MH 2007	p-Wert
Wissen, was Karies ist	100,0 %	92,0 %	0,025	90,4 %	56,7 %	< 0,0001
Wissen, wie Karies entsteht	86,4 %	77,3 %	0,139	76,6 %	61,3 %	0,013
Wissen, dass kariogene Bakterien über den Speichel übertragen werden	78,0 %	64,0 %	0,051	54,3 %	54,0 %	0,969
Wissen, was eine Parodontitis ist	86,4 %	80,0 %	0,277	41,5 %	28,7 %	0,039
Wissen, wie eine Parodontitis entsteht	42,4 %	42,0 %	0,961	21,3 %	15,3 %	0,236
Wissen, dass parodontalpathogene Keime über den Speichel übertragen werden	61,0 %	52,7 %	0,275	39,4 %	45,3 %	0,359
Wissen, dass es einen Zusammenhang zwischen Parodontitis und Frühgeburt gibt	20,3 %	10,7 %	0,065	14,9 %	11,3 %	0,416
Kenntnis über zahnärztliche Kindervorsorgeuntersuchungen	49,2 %	45,3 %	0,618	34,0 %	20,0 %	0,014
Hinweis auf zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen durch den Kinderarzt erfolgt	25,4 %	12,7 %	0,024	0,0 %	8,0 %	0,005
Hinweise über die kindliche Zahn- und Mundpflege durch den Kinderarzt	55,9 %	32,0 %	0,001	35,1 %	18,7 %	0,004
Kenntnis über zahnärztlichen Kinderpass	44,1 %	8,0 %	<0,0001	16,0 %	0,7 %	< 0,0001

Tabelle 2 Informationsstand der Befragten mit russischem und türkischem Migrationshintergrund in den Jahren 2007 und 2016 über Karies; Parodontitis und zahnärztliche Präventionsmaßnahmen für das Kind (MH = Migrationshintergrund)

Befragten der vorliegenden Studie waren sowohl 2007 als auch 2016 nur wenig über die Zahn- und Mundpflege während der Schwangerschaft informiert. Auch andere Studien mit schwangeren Frauen ohne Migrationshintergrund zeigen, dass diese oft nicht über die Bedeutung der Mundgesundheit während der Schwangerschaft informiert sind [8, 12, 16, 27, 31]. Ein großes Defizit besteht hinsichtlich der Information über die Zusammenhänge zwischen der Mundgesundheit und der Schwangerschaft. Güntsch et al. (2013) stellten in einer Befragung von 85 Schwangeren fest, dass 49 % der Befragten nicht wussten, dass sich die Zahngesundheit auch auf die Schwangerschaft auswirken kann [12]. Eine Beratung zum Thema „Mundgesundheit“ während der Schwangerschaft ist seit April 2009 in den Mutterschaftsrichtlinien ver-

ankert. Der Gynäkologe ist demnach verpflichtet, diese Beratung durchzuführen und die Ausführung zu dokumentieren. Auch andere Studien in Gruppen ohne Migrationshintergrund zeigen, dass eine Aufklärung der Schwangeren bzw. eine Empfehlung von Seiten der Gynäkologen eine zahnärztliche Betreuung während der Schwangerschaft wahrzunehmen in einem nur unzureichenden Maß stattfindet [27, 30, 31, 35]. Rahman und Günay (2005) zeigten, dass 86 % der Frauen nicht über die Zahn- und Mundgesundheit während der Schwangerschaft informiert wurden, sich jedoch 82 % gerne mehr Informationen gewünscht hätten, wie sich ihr Gebisszustand auf die Zähne ihrer Kinder auswirken kann [31]. Auch aktuell fühlen sich die Frauen der vorliegenden Untersuchung zu wenig informiert, denn über 80 % gaben an, sich mehr In-

formationen diesbezüglich zu wünschen.

Informationsstand über zahnärztliche Präventionsangebote für Kleinkinder

In Bezug auf den Zeitpunkt der zahnärztlichen Erstvorstellung des Kindes scheint im Zeitraum von 2007 bis 2016 sowohl bei den russisch sprechenden, als auch bei den türkisch sprechenden Frauen ein enormer Informationszuwachs stattgefunden zu haben. Mehr als doppelt so viele würden laut eigenen Angaben aktuell ihr Kind mit dem ersten Zahndurchbruch zahnärztlich vorstellen. Allerdings handelt es sich dabei trotzdem noch um weniger als 50 % aller Befragten. Zum Befragungszeitpunkt befanden sich die Kinder im 3. bis 4. Lebensjahr. Lediglich etwas mehr als zwei Drittel aller Befragten waren jedoch aktuell bereits mit ihrem Kind

	russischer MH 2016	russischer MH 2007	p-Wert	türkischer MH 2016	türkischer MH 2007	p-Wert
Zahnärztliche Vorstellung mit Durchbruch des ersten Milchzahnes	45,8 %	18,0 %	< 0,0001	47,9 %	22,0 %	< 0,0001
Beginn der kindlichen Zahnpflege mit dem ersten Zahn	64,4 %	56,7 %	0,306	63,8 %	30,0 %	< 0,0001
Durchführung der kindlichen Mundhygienemaßnahmen 2x täglich oder häufiger	84,7 %	75,4 %	0,139	67,0 %	59,3 %	0,228
Benutzung von Kinderzahnpaste mit Fluorid	64,4 %	50,7 %	0,073	60,6 %	46,0 %	0,026
Mutter führt Mundhygienemaßnahmen beim Kind durch bzw. putzt nach	57,6 %	52,7 %	0,517	60,6 %	42,0 %	0,005

Tabella 3 Zahnärztliches Präventionsverhalten der Befragten mit russischem und türkischem Migrationshintergrund in den Jahren 2007 und 2016 bezogen auf die Kinder (MH = Migrationshintergrund)

bei einem Zahnarzt. Die fehlende Information über den Zeitpunkt und die Durchführung der zahnärztlichen Erstvorstellung des Kindes konnte auch in Studien ohne Migrationshintergrund festgestellt werden. In einer Befragung von 661 Eltern mit Kindern im Alter zwischen 13 bis 36 Monaten waren lediglich 40 % der Befragten mit ihrem Kind bereits bei einem Zahnarzt vorstellig [6]. Laut Thumeyer und Splieth (2010) nehmen nur etwa 5 % der Kinder im Alter von 0 bis 2 Jahren und 16,2 % der Kinder im Alter zwischen 3 und 6 Jahren an einer zahnärztlichen Vorsorge teil. Die Autoren sehen das Problem primär nicht in einem Desinteresse der Eltern, sondern vielmehr in einem Wissensdefizit über die Möglichkeiten im Bereich der zahnärztlichen Präventionsangebote für Kleinkinder [42].

Weniger als die Hälfte der Frauen der vorliegenden Befragung kennen zahnärztliche Kindervorsorgeuntersuchungen oder den zahnärztlichen Kinderpass. Auch solche Ergebnisse findet man in Studien ohne Migrationshintergrund. In einer aktuellen Befragung von 211 Frauen mit Kindern im Alter von 3 Jahren wurde ermittelt, dass weniger als ein Drittel einen zahnärztlichen Kinderpass besitzen [7]. Um zahnärztliche Präventionsangebote für Kleinkinder mehr im Bewusstsein junger Eltern zu verankern, ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der Zahnärzteschaft

mit anderen Berufsgruppen wie Gynäkologen, Pädiatern und Hebammen dringend erforderlich. Allerdings ist auch bei diesen Berufsgruppen vorher noch Aufklärungsarbeit notwendig. So wurde in einer Befragung von 800 Hebammen ermittelt, dass laut eigenen Angaben zwar 71,6 % zahnärztliche Präventionsangebote, jedoch lediglich 42 % den zahnärztlichen Kinderpass kennen [32]. Lediglich 45,6 % der befragten Hebammen würden zudem das Kind bereits mit dem ersten Zahndurchbruch zahnärztlich vorstellen [32]. Auch bei den Pädiatern sollte das Thema zahnärztliche Präventionsangebote stärker in den Fokus gerückt werden. Der Kinderarzt ist durch die Kinder-Richtlinien nach § 26 SGB V gesetzlich verpflichtet, während der ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen auch Hinweise zur zahngesunden Ernährung (U3) und zur kindlichen Mundhygiene und Zahnpflege (U5 und U6), sowie eine Untersuchung auf Karies sowie Kiefer- und Zahnstellungsanomalien (U7, U8 und U9) durchzuführen. In der vorliegenden Befragung haben weniger als ein Drittel angegeben, von den Kinderärzten Informationen über zahnärztliche Präventionsangebote und weniger als die Hälfte Hinweise über die kindliche Zahn- und Mundpflege erhalten zu haben. Im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund scheinen die Frauen der vorliegenden Untersuchung nur etwas schlechter auf-

geklärt zu sein. Gaarz et al. (2017) ermittelten in ihrer Befragung, dass ungefähr mehr als die Hälfte der Kontrollgruppe im Rahmen der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen Informationen zur Zahngesundheit ihres Kindes (53,8 %) und die Empfehlung vom Kinderarzt bekommen haben, zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen mit ihrem Kind wahrzunehmen (41,1 %) [7]. In einer weiteren Studie haben von 442 befragten Eltern 3-jähriger Kinder 51 % angegeben, während der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchung Hinweise zur Zahngesundheit von den Pädiatern erhalten zu haben [35]. Seit 1999 gibt es die zahnärztlichen Frühuntersuchungen (FU1–3). Allerdings setzen diese Frühuntersuchungen erst ab dem 30. Lebensmonat der Kinder ein, was für die Prävention einer frühkindlichen Karies deutlich zu spät ist [13]. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) haben 2014 gemeinsam mit dem Bundesverband der Kinderzahnärzte (BuKiZ) und dem Deutschen Hebammenverband (DHV) das Konzept „Frühkindliche Karies vermeiden“ entwickelt, welches die Vernetzung zahnärztlicher Früherkennungsuntersuchungen zwischen dem 6. und 30. Lebensmonat mit den kinderärztlichen Untersuchungen im gelben Kinderuntersuchungsheft vorsieht [19]. Eine Entscheidung diesbezüglich von Seiten des Gesetzgebers steht zum jetzigen

	russischer MH 2016		russischer MH 2007		türkischer MH 2016		türkischer MH 2007	
	niedrige SB	hohe SB						
Zahnarztbesuch in der Schwangerschaft	50,0 %	79,2 %	71,4 %	67,6 %	64,7 %	76,6 %	38,0 %	44,8 %
Zahnärztliche Kontrolle in der Schwangerschaft	33,3 %	54,7 %	50,0 %	36,8 %	23,5 %	32,5 %	12,0 %	10,3 %
Wissen, was Karies ist	100,0 %	100,0 %	85,7 %	92,6 %	82,4 %	92,2 %	50,0 %	67,2 %
Wissen, was eine Parodontitis ist	83,3 %	86,8 %	57,1 %	82,4 %	17,6 %	46,8 %	25,0 %	34,5 %
Wissen, dass es einen Zusammenhang zwischen Parodontitis und Frühgeburt gibt	0,0 %	22,6 %	0,0 %	11,8 %	5,9 %	16,9 %	13,0 %	8,6 %
Zahnärztliche Vorstellung mit Durchbruch des ersten Milchzahnes	33,3 %	47,2 %	0,0 %	19,9 %	41,2 %	49,4 %	22,8 %	20,7 %
Beginn der kindlichen Zahnpflege mit dem ersten Zahn	33,3 %	67,9 %	78,6 %	54,4 %	41,2 %	68,8 %	31,5 %	27,6 %

Tabelle 4 Exemplarische Darstellung einiger Ergebnisse der Befragten mit russischem und türkischem Migrationshintergrund in den Jahren 2007 und 2016 bezogen auf die Schulbildung (MH = Migrationshintergrund, SB = Schulbildung)

Zeitpunkt allerdings noch aus. Die Integration zahnärztlicher Frühpräventionsangebote im Kinderunter-suchungsheft und möglichst sogar im Mutterpass wird von Günay et al. seit längerer Zeit gefordert und scheint das Potenzial zu haben, auch sogenannte Risikogruppen zu erreichen [9–11]. Allerdings muss auch bei der Zahnärzteschaft noch Aufklärungsarbeit betrieben werden. So stellten Deichsel et al. (2012) fest, dass lediglich 53 % der Eltern von Kindern im Alter zwischen 13 und 36 Monaten durch den Zahnarzt über die Vorbeugung der frühkindlichen Karies, die Verwendung von Fluoriden, den Saugerflaschengebrauch oder eine zahn-gesunde Ernährung beraten wurden [6]. Auch Spanier et al. (2010) ermittelten, dass lediglich 31,7 % der 442 befragten Eltern von ihrem Zahnarzt Informationen zur kindlichen Prophylaxe erhalten haben [35].

Zahngesundes Verhalten der Kinder

Eine unzureichende Zahnpflege ab dem ersten Zahn zählt ebenfalls zu den Risikofaktoren bei der Entstehung der frühkindlichen Karies [5]. Weniger als zwei Drittel aller Befragten der vor-

liegenden Untersuchung würden aktuell mit Durchbruch des ersten Milchzahnes auch mit der kindlichen Zahnpflege beginnen. In einer Befragung von 442 Eltern 3- und 4-jähriger Kinder dagegen haben 79,9 % der Eltern angegeben, mit der Zahnpflege ab dem ersten Zahn begonnen zu haben [35]. Deichsel et al. werteten 661 Fragebögen von Eltern mit Kindern im Alter zwischen 13 und 36 Monaten aus. Hier gaben lediglich 56 % der Eltern an, ab dem Durchbruch des ersten Milchzahnes die Zähne des Kindes zu putzen [6]. Das Wissen um die Bedeutung eines frühzeitigen Beginns der kindlichen Mundhygiene scheint somit auch in der Gruppe der Frauen mit Migrationshintergrund vorhanden zu sein. Allerdings fehlt offensichtlich eine Anleitung zu bzw. die Umsetzung einer kindgerechten Mundhygiene. In der vorliegenden Untersuchung gaben ungefähr 40 % aller Mütter an, dass ihr Kind bereits allein die Zähne putzt. Ein Nachputzen erfolgt laut eigenen Angaben nicht. In der Befragung von Deichsel et al. (2012) dagegen putzen in der Altersklasse der 13 bis 36 Monate alten Kinder 89 % der Eltern die Zähne ihrer Kinder nach

[6]. Studien haben ergeben, dass ein Kind erst mit Beherrschung der Schreibschrift feinmotorisch in der Lage ist, alle Zahnflächen adäquat zu putzen [24]. Ein Nachputzen durch die Eltern sollte somit ca. bis zum 8. Lebensjahr erfolgen.

Auch bei der Verwendung fluoridhaltiger Kinderzahn-pasta sind die Frauen mit Migrationshintergrund noch zurückhaltend. Aktuell verwenden laut eigenen Angaben etwas weniger als zwei Drittel fluoridhaltige Kinderzahn-pasta bei der täglichen kindlichen Mundhygiene. In der Befragung von Deichsel et al. dagegen verwenden 89 % der Eltern eine fluoridhaltige Kinderzahn-pasta [6]. Im Bereich der Kariesprävention spielt die lokale Zufuhr von Fluoriden nachweislich eine bedeutende Rolle. Von zahnärztlicher Seite aus wird die tägliche lokale Verwendung fluoridhaltiger Kinderzahn-pasta mit einem Fluoridgehalt von 500 ppm ab Durchbruch des ersten Milchzahnes empfohlen [15]. In diesem Bereich herrscht somit in der Gruppe der Frauen mit Migrationshintergrund noch Aufklärungsbedarf.

In der vorliegenden Arbeit wurde nicht explizit erfragt, in welcher Ge-

neration der Migrationshintergrund vorlag. Es wurde lediglich nach dem Geburtsland gefragt und darauf geachtet, dass die Befragten die entsprechende Sprache (entweder russisch oder türkisch) sprachen. Signifikant mehr türkisch sprechende Frauen gaben 2016 an, in Deutschland geboren zu sein, was den allgemeinen Informationszuwachs erklären könnte. Demgegenüber steht jedoch der Informationszuwachs der russisch sprechenden Frauen. Hier konnte ebenfalls ein Informationszuwachs verzeichnet werden, obwohl keine der Frauen 2016 Deutschland als Geburtsland angab. Auch war in den meisten Bereichen der Informationszuwachs in der Gruppe der russisch sprechenden zudem höher als in der der türkisch sprechenden Frauen. Ein Informationszuwachs scheint somit nicht zwangsläufig allein mit der Dauer der Integration zusammenzuhängen. Dies verdeutlicht, wie heterogen die Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund ist.

Das Bildungsniveau der befragten Frauen von 2016 der vorliegenden Studie war signifikant höher im Vergleich zu den befragten Frauen von 2007. Dies muss bei der Interpretation der Ergebnisse bezüglich des Informationszuwachses und des präventiven Verhaltens berücksichtigt werden. Auch sollte man bei der Interpretation von Ergebnissen aus Fragebögen immer berücksichtigen, dass es sich dabei um Selbstangaben handelt. Man kann nicht ausschließen, dass die Befragten unter dem Aspekt der sozialen Erwünschtheit geantwortet haben [41]. Die befragten Frauen der vorliegenden Studie von 2016 unterschieden sich im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund nur in wenigen Bereichen. Diese Erkenntnis widerspricht zahlreichen Studien, die zu dem Ergebnis kamen, dass Personen mit Migrationshintergrund im Gesundheitssystem generell zu einer Risikogruppe gehören. Dies könnte daran liegen, dass das Bildungsniveau der Befragten von 2016 der vorliegenden Studien verglichen mit in Deutschland lebenden Personen mit Migrationshintergrund deutlich höher ist [40]. Die Erhöhung des Informationslevels bzw. das verbesserte präventive Verhalten in der

Gruppe der Frauen mit Migrationshintergrund kann somit nicht als Konsequenz der in den letzten Jahren stetigen Bemühungen zum verbesserten Ausbau zahnärztlicher präventiver Angebote für Risikogruppen gesehen werden. Es ist vielmehr anzunehmen, dass in bildungsfernen Gruppen auch bei Personen mit Migrationshintergrund der Informationsstand und das zahnmedizinisch präventive Verhalten als gering einzustufen ist. Dies wird durch die bildungsspezifisch exemplarisch ausgewerteten Befragungsergebnisse der vorliegenden Untersuchung unterstützt. Es zeigte sich, dass das präventive Verhalten und der Informationsstand in den meisten Bereichen bei Personen mit einer höheren Schulbildung höher waren. Auch wurde in der Gruppe der Befragten mit höherer Schulbildung von 2007 bis 2016 ein Informationszuwachs und eine Verbesserung des präventiven Verhaltens beobachtet. Bei den Personen mit niedriger Schulbildung konnte dieser Effekt nicht beobachtet werden. Vielmehr zeigte sich in einigen Bereichen 2016 ein geringerer Kenntnisstand bzw. ein geringeres präventives Verhalten als 2007. Ein Migrationshintergrund allein ist somit offensichtlich kein entscheidender Faktor für ein schlechteres zahnmedizinisches Präventionsverhalten oder einen geringeren Informationsstand. Zu einer ähnlichen Schlussfolgerung kamen auch Splieth et al. (2016). In Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass eher ein geringer Bildungsstand mit einer höheren Kariesprävalenz korreliert als ein alleiniger Migrationshintergrund [37]. So wiesen Personen mit Migrationshintergrund und einem höheren Bildungsstand ähnliche Kariesprävalenzen auf wie Personen ohne Migrationshintergrund des gleichen Bildungsstandes [37]. Allerdings gibt es auch Studien, die zeigen, dass Kinder von Eltern mit Migrationshintergrund trotz höherem Bildungsstand der Eltern eine höhere Kariesprävalenz als Kinder ohne Migrationshintergrund aufweisen [4]. Personen sollten per se nicht allein aufgrund des Migrationshintergrundes zu Risikogruppen gezählt werden, sondern es müssen differenziert auch der sozioökonomische Sta-

tus, die Lebensgewohnheiten (z.B. Ernährungsverhalten) und das Gesundheitsverständnis (z.B. Präventionsverhalten) betrachtet werden.

Schlussfolgerung

Der Informationsstand von Müttern 3- bis 4-jähriger Kindern mit russischem und türkischem Migrationshintergrund über die Zahn- und Mundgesundheit und Möglichkeiten der zahnärztlichen Gesundheitsförderung ist nach wie vor als verbesserungswürdig anzusehen. Frauen mit Migrationshintergrund scheinen nicht wesentlich schlechter informiert zu sein als Frauen ohne Migrationshintergrund. Der Migrationshintergrund allein scheint nicht ausschlaggebend für ein Informationsdefizit zu sein. In zukünftigen Studien sollte der kumulative Effekt zwischen dem sozioökonomischen Status und dem Migrationshintergrund genauer untersucht werden.

Um den Informationsstand von jungen Müttern/Eltern, Schwangeren oder Frauen/Eltern mit Kinderwunsch zu erhöhen, muss eine Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit erfolgen. Die feste Integration von zahnmedizinischen präventiven Leistungen im Mutterpass und Kinderuntersuchungsheft scheint unerlässlich, gerade auch um Risikogruppen zu erreichen.

Interessenkonflikte:

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

Literatur

1. Aarabi G, Reißmann DR, Heydecke G, Farhan D, Kofahl C: Die Mundgesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland – eine kritische Betrachtung. Dtsch Zahnärztl Z 2013; 68: 280–287
2. Baden A, Schiffner U: Milchzahnkaries bei 3- bis 6-jährigen im Landkreis Steinburg. Oralprophylaxe 2008; 30: 70–74
3. Borde T, David M, Kentenich H: Probleme der Kommunikation und Aufklärung im Krankenhaus aus der Sicht deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonal. Berlin,

2000 <https://www.aerzteblatt.de/download/files/2004/07/x0000844.pdf>

4. Cvikl B, Haubenberger-Prامل G, Drabo P et al.: Migration background is associated with caries in Viennese school-children, even if parents have received a higher education. *BMC Oral Health* 2014; 14: 51
5. Declerck D, Leroy R, Martens L et al.: Factors associated with prevalence and severity of caries experience in pre-school children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36: 168–178
6. Deichsel M, Rojas G, Lüdecke K, Heinrich-Weltzien R: Frühkindliche Karies und assoziierte Risikofaktoren bei Kleinkindern im Land Brandenburg. *Bundesgesundheitsbl* 2012; 55: 1504–1511
7. Gaarz V, Meyer-Wübbold K, Günay H: Verankerung des Konzepts der zahnärztlichen Gesundheitsfrühförderung im Mutterpass und Kinderuntersuchungsheft – eine empirische Studie. Eingereicht zur Publikation 2017
8. Gaffield ML, Gilbert BJC, Malvitz MD, Romaguera R: Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. *J Am Dent Assoc* 2001; 132: 1009–1016
9. Günay H, Jürgens B, Geurtsen W: „Primär-Primär-Prophylaxe“ und Mundgesundheit von Kleinkindern. *Dtsch Zahnärztl Z* 1996; 51: 223–226
10. Günay H, Meyer K, Rahman A: Zahnärztliche Gesundheitsfrühförderung in der Schwangerschaft – ein Frühpräventionskonzept. *Oralprophylaxe* 2007; 29: 24–35
11. Günay H, Meyer K: Interdisziplinäre Gesundheitsfrühförderung. Ein Frühpräventionskonzept für die Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit von Mutter und Kind. *Präv Gesundheitsf* 2010; 5: 326–339
12. Güntsch A, Schüler I, Kneist S, Heinrich-Weltzien R, Sigusch BW: Die Mundgesundheit von Schwangeren und deren Mundgesundheitsbewusstsein. *Gesundheitswesen* 2013; 75: e69–e73
13. Gussy MG, Waters EG, Walsh O, Kilpatrick NM: Early childhood caries: current evidence for aetiology and prevention. *J Paediatr Child Health* 2006; 42: 37–43
14. Hayran O, Karavus M, Aksayan S: Help-seeking behavior and self-medication of a population in an urban area in Turkey: cross sectional study. *Croat Med J* 2000; 41: 327–332
15. Hellwig E, Schiffner U, Schulte A, Koletzko B, Bergmann K, Przyrembel H: S2K-Leitlinie Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe. AWMF Register Nr. 083–001, 2013
16. Herrmann P, Meyer K, Sandner M et al.: Zahnärztliche Gesundheitsfrühförderung in der Frühen Hilfe – Eine randomisierte Kontrollgruppenstudie. *Dtsch Zahnärztl Z* 2014; 69: 573–583
17. IDZ, Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.). Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, Köln 2016
18. Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P, Schlaud M: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2007; 50: 836–850
19. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Bundeszahnärztekammer (BZÄK): Praktischer Ratgeber für die zahnärztliche Praxis. Frühkindliche Karies vermeiden. Berlin, Mai 2016
20. Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt, Berlin 2008
21. Kneist S, Borutta A: Zum Ursachenkomplex der frühkindlichen Karies und ihrer Vermeidung. *ZWR* 2005; 114: 286–292
22. Kneist S, Grimmer S, Harzendorf A, Udhardt A, Senf K, Borutta A: Mundgesundheit von Patienten mit frühkindlicher Karies: Eine klinisch-mikrobiologische Studie. *ZWR* 2008; 117: 74–82
23. Knopf H, Rieck A, Schenk L: Mundhygiene – Daten des KiGGS zum Kariespräventiven Verhalten. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 2008; 51: 1314–1320
24. Makuch A: Die Herausbildung von zahnhygienischen Verhaltensweisen im frühen Kindesalter. *Oralprophylaxe* 2008; 30: 26–29
25. Meyer K, Geurtsen W, Günay H: Zahnärztliche Gesundheitsfrühförderung während der Schwangerschaft – Ergebnisse einer Langzeitstudie. *Spitzenforschung in der Zahnheilkunde*. Ausgabe zum Deutschen Zahnärztetag vom 7.–8. November 2014 in Frankfurt am Main, 66–83
26. Micheelis W, Schiffner U: Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Neue Ergebnisse zu oralen Erkrankungsprävalenzen, Risikogruppen und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad in Deutschland 2005. Hrsg. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Materialienreihe Bd 31, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, Köln 2006
27. Nicksch S, Meyer K, Rahman A, Hillemanns P, Günay H: Effizienz einer interdisziplinären Veranstaltung für Schwangere zur Zahn- und Mundgesundheit. *Dtsch Zahnärztl Z* 2010; 65: 562–570
28. Pieper K: Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2004. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ), Bonn 2005
29. Pieper K, Jablonski-Momeni A: Prävalenz der Milchzahnkaries in Deutschland. *Oralprophylaxe* 2008; 30: 6–10
30. Pistorius J, Kraft J, Willershausen B: Umfrage zum Mundgesundheitsverhalten von schwangeren Frauen unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer Aspekte. *Dtsch Zahnärztl Z* 2006; 60: 628–633
31. Rahman A, Günay H: Stand des Bewusstseins der Zahn- und Mundgesundheit während der Schwangerschaft. *Dtsch Zahnärztl Z*, Abstractheft P277, Berlin 2005
32. Rahman A, Meyer K, Oehler-Rahman K, Schwarz C, Vaske B, Günay H: Wahrnehmung von zahnmedizinischen Frühpräventionskonzepten – welche Rolle kann die Hebamme übernehmen? Eine empirische Studie. *Dtsch Zahnärztl Z* 2016; 70: 51–58
33. Razum O, Zeeb H, Meesmann U, Schenk L et al.: Migration und Gesundheit. In: Robert-Koch-Institut (Hrsg): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin 2008
34. Robke FJ: Folgen des Nuckelflaschenmissbrauchs für die Zahngesundheit. Prävalenz von Karies, Zahn- und Kieferfehlstellungen bei norddeutschen Vorschulkindern. *J Orofac Orthop* 2008; 69: 5–19
35. Spanier T, Rahman A, Günay H: Kenntnisstand von Müttern 3-jähriger Kinder über die zahnärztliche Gesundheitsfrühförderung. *Dtsch Zahnärztl Z* 2010; 65: 571–576
36. Splieth CH, Treuner A, Berndt C: Orale Gesundheit im Kleinkindalter. *Präv Gesundheitsf* 2009; 4: 119–123
37. Splieth CH, Santamaria R, Takriti M, Schmoeckel J: Kariesrisiko bei Kindern mit Migrationshintergrund. www.pnc-aktuell.de/prophylaxe/story/kariesrisiko-bei-kindern-mit-migrationshintergrund_4318.html; 2016
38. Statistisches Bundesamt. Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Fachserie 1 Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Reihe 2.2 Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2007
39. Statistisches Bundesamt; Pressemitteilung Nr. 327 vom 16.09.2016: Bevölkerung mit Migrationshintergrund auf Rekordniveau
40. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Ergebnisse des Mikrozensus 2015. Fachserie 1 Reihe 2.2. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2017

41. Strack F: Zur Psychologie der standardisierten Befragung. Kognitive und kommunikative Prozesse. In: Albert D, Pawlik K, Stapf KH, Stroebe W (Hrsg.): Lehr- und Forschungstexte Psychologie 48, Springer Verlag, Berlin 1994
42. Thumeyer A, Splieth CH: Individuelle Prophylaxe plus Gruppenprophylaxe für eine optimale orale Gesundheit. Quintessenz 2010; 61: 1031–1038
43. Ünlü N, Meyer K, Müller-Heine A, Adaskina N, Geurtsen W, Günay H: Mundgesundheit bei Frauen im Alter von 16 bis 34 Jahren mit Migrationshintergrund sowie ihrer Lebenspartner. Dtsch Zahnärztl Z 2014; 69: 25–34
44. Ugur ZA, Gaengler P: Utilisation of dental services among a Turkish population in Witten, Germany. Int Dent J 2002; 52: 144–150

45. Van Steenkiste M: Zugang zu zahnärztlichen Leistungen und Einstellung zum Zahnarzt bei deutschen und türkischen Eltern. Gesundheitswesen 2004; 66: 93–101
46. Willerhausen B, Blettner M, Kasaj A, Hohenfellner K: Association between body mass index and dental health in 1,290 children of elementary schools in a German city. Clin Oral Invest 2007; 11: 195–200
47. Windorfer A, Bruns-Philipps E: Präventive Maßnahmen: Kinder ausländischer Herkunft benachteiligt. Kinderärztliche Praxis 2002; 73: 258–264
48. Yilmaz-Aslan Y, Brzoska P, Berens E-M, Salman R, Razum O: Gesundheitsversorgung älterer Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. Qualitative Befragung von Gesundheitsmediatoren. Z Gerontol Geriat 2013; 46: 346–352



(Foto: Medizinische Hochschule Hannover)

DR. KAREN MEYER-WÜBBOLD
 Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde
 Medizinische Hochschule Hannover
 Carl-Neuberg-Str. 1
 30625 Hannover
 Meyer-Wuebbold.Karen@mh-hannover.de

Autorinnen und Autoren für wissenschaftliche Beiträge gesucht

- Beschäftigen Sie sich mit einem zahnärztlichen Thema besonders intensiv?
- Möchten Sie andere an Ihrem Wissen und Ihren Erfahrungen teilhaben lassen?
- Dann schreiben Sie eine Originalarbeit, einen Übersichtsartikel oder einen Fallbericht für die DZZ – gerne in deutscher Sprache.

Nähere Informationen zum Aufbau eines wissenschaftlichen Beitrages finden Sie unter:

<https://www.online-dzz.de/autorengutachter/>

Wir beraten Sie gern! Wenn Sie eine Idee für einen wissenschaftlichen Beitrag haben, melden Sie sich gerne bei der DZZ-Schriftleitung. Unsere Kontaktdaten finden Sie auf der neuen Webseite unter

<https://www.online-dzz.de/schriftleitung/>