

Ghazal Aarabi, Liane Schenk, Kathrin Kuhr, Katrin Borof, A. Rainer Jordan, Berit Lieske

Krankheits- und Versorgungsprävalenzen von Menschen mit Migrationsgeschichte: Ergebnisse der 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS • 6)

Indizes: DMS 6, Migration, Mundgesundheit, Mundgesundheitsverhalten, Zahnärzte, zahnärztliche Versorgung

Zusammenfassung

Einführung: Im Rahmen der 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS • 6) wurde erstmals die Migrationsgeschichte der Studienteilnehmenden auf Bevölkerungsebene ermittelt. **Methode:** Auswertung und Darstellung migrationsbezogener Einzelindikatoren, des Mundgesundheitsverhaltens und oraler Erkrankungen erfolgten getrennt für 12-Jährige, 35- bis 44-Jährige und 65- bis 74-Jährige. **Ergebnisse:** Bei Betrachtung der Krankheits- und Versorgungsprävalenzen zeigten sich Unterschiede zwischen Menschen mit und Menschen ohne Migrationsgeschichte in allen 3 Altersgruppen. Erstere wiesen höhere Prävalenzen oraler Erkrankungen auf sowie ein eher beschwerdeorientiertes Inanspruchnahmeverhalten zahnmedizinischer Leistungen. **Schlussfolgerungen:** Die Daten zu den Prävalenzen oraler Erkrankungen und dem Mundgesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten liefern Hinweise darauf, dass Menschen mit Migrationsgeschichte nicht in gleicher Weise von Angeboten zur Gruppen- und Individualprophylaxe zu profitieren scheinen wie Menschen ohne Migrationsgeschichte.

Warum Sie diesen Beitrag lesen sollten

Der Beitrag liefert Erkenntnisse zur Mundgesundheit von Eingewanderten und deren Kindern. Insbesondere angesichts aktueller Migrations- und Fluchtbewegungen besteht viel Forschungsbedarf zu dem Thema.

EINFÜHRUNG

Deutschland ist ein Einwanderungsland, das in der Vergangenheit und in der Gegenwart durch verschiedene Migrationsbewegungen geprägt wurde. Laut neuesten Auszählungen des Statistischen Bundesamtes machten Menschen mit Migrationsgeschichte (MmM) 2023 mit rund 21,2 Millionen ein Viertel der Gesamtbevölkerung Deutschlands aus¹. Der Begriff „Menschen mit Migrationsgeschichte“ umfasst alle Menschen, die selbst nicht in Deutschland geboren (Eingewanderte) und/oder von denen beide Elternteile nicht in Deutschland geboren (direkte Nachkommen Eingewanderter) wurden². Studien zum Thema Migration und Gesundheit zeigen, dass Gesundheitszustand und -verhalten in Abhängigkeit von migrationsbezogenen Determinanten variieren. In Bezug auf die Mundgesundheit lassen sich Unterschiede hinsichtlich oraler Erkrankungen und des Inanspruchnahmeverhaltens

zwischen MmM und Menschen ohne Migrationsgeschichte (MoM) beobachten³⁻⁵.

Bei Betrachtung sozialer Schichtindikatoren (z. B. Schulbildung, Einkommen, berufliche Position) zeigten die Daten der 5. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) soziale Ungleichverteilungen im Hinblick auf die Karies- und Parodontitislast in Deutschland⁶. Im Rahmen der 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS • 6) wurde nun erstmals die Migrationsgeschichte der Studienteilnehmenden dokumentiert. Um gesundheitliche Ungleichheiten zu beschreiben und gezielte Bedarfe von MmM zu identifizieren, ist eine differenzierte Betrachtung migrationsbezogener und sozialer Determinanten unerlässlich. Vor diesem Hintergrund zielt dieser Artikel darauf ab, das Mundgesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten, die Prävalenzen einzelner oraler Erkrankungen und deren Versorgung für MmM und MoM vergleichend darzustellen.

METHODE

Das methodische Vorgehen der sozialwissenschaftlichen Befragung und der klinischen Untersuchungen wird in gesonderten Methodenartikeln dargestellt^{7,8}. Die DMS • 6 ist von der Ethikkommission der Universität Witten/Herdecke, Witten, genehmigt worden (Antrag Nr. S-249/2021).

Die Studie ist im Deutschen Register Klinischer Studien registriert (Registernummer DRKS00028701).

Stichprobe

Das Analysekollektiv setzte sich aus allen Studienteilnehmenden zusammen, die die Einschlusskriterien für das DMS • 6-Analyseset erfüllten und für die eine gültige Information zum Merkmal Migrationsgeschichte vorlag. Insgesamt gingen Daten von 896 älteren Kindern (12-Jährige), 863 jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) und 753 jüngeren Seniorinnen und Senioren (65- bis 74-Jährige) in die Analyse ein.

Definition der Variablen „Migrationsgeschichte“

Für ein migrationssensibles Gesundheitsmonitoring wurde zur Erfassung von migrationsbezogenen Determinanten der Mindestindikatorensatz herangezogen¹⁰. Für die Zuordnung der Teilnehmenden in MmM und MoM wurden die Items zum eigenen Geburtsort („In welchem Land sind Sie geboren?“) und dem der Eltern („In welchem Land sind Ihre/Deine Eltern geboren?“) ausgewertet. MmM sind definiert als Studienteilnehmende, die selbst nicht in Deutschland geboren sind oder deren Eltern nicht in Deutschland geboren wurden.

Statistische Analyse

Die Auswertungen erfolgten getrennt für ältere Kinder, jüngere Erwachsene und jüngere Seniorinnen und Senioren. Dabei wurde nach Migrationsgeschichte (ja/nein) stratifiziert. Für die epidemiologische Deskription oraler Erkrankungen wurden Prävalenzen und Mittelwerte mit zugehörigen 95%-Konfidenzintervallen berechnet. Dazu wurde ein gewichteter Datensatz verwendet mit dem Ziel, durch die Verwendung der Gewichte unterschiedliche Wahrscheinlichkeiten bei der Probandenauswahl und Unterschiede im Hinblick auf Geschlecht, Alter und Region im Vergleich zur Grundgesamtheit in Deutschland auszugleichen. Deskriptive Analysen soziodemografischer und migrationsbezogener Indikatoren wurden nicht gewichtet. Anzahlen (*n*) werden grundsätzlich ungewichtet angegeben. Ausführliche Informationen zur Datenverarbeitung und zu den statistischen Methoden sind in einem gesonderten Methodenartikel zu finden⁹.

ERGEBNISSE

Soziodemografische und migrationsbezogene Indikatoren

Tabelle 1 stellt die Charakteristika der Studienteilnehmenden nach Migrationsgeschichte für die einzelnen Altersgruppen dar. Unter den

12-Jährigen (*n* = 896) waren 220 ältere Kinder (24,6 %) mit Migrationsgeschichte, wovon 57,7 % selbst eingewandert (1. Generation) und 42,3 % direkte Nachkommen von Eingewanderten (2. Generation) waren. Bei den 35- bis 44-Jährigen (*n* = 863) lag der Anteil der MmM bei 23,3 % (90,5 % 1. Generation, 9,5 % 2. Generation), und bei den 65- bis 74-Jährigen (*n* = 753) lag der Anteil bei 14,0 % (69,5 % 1. Generation, 30,5 % 2. Generation).

Die Geschlechterverteilungen der zwei Gruppen waren in allen Alterskategorien sehr ähnlich. Hinsichtlich der Bildung zeigten sich hingegen Unterschiede zwischen MmM und MoM. Der Anteil mit niedrigem Bildungsstatus ist unter den 12-Jährigen mit Migrationsgeschichte viermal so hoch wie bei Gleichaltrigen ohne Migrationsgeschichte (22,2 % vs. 5,2 %). Bei den jüngeren Erwachsenen mit Migrationsgeschichte beläuft sich der Anteil mit niedrigem Bildungsstatus auf 14,1 %, während es bei denen ohne Migrationsgeschichte 7,8 % sind. Im Gegensatz dazu lässt sich bei den 65- bis 74-Jährigen MmM ein geringerer Anteil von Menschen mit niedrigem Bildungsstatus (13,5 % vs. 22,0 %) und stattdessen ein größerer Anteil mit mittlerem Bildungsstatus beobachten (58,7 % vs. 47,1 %).

Die Aufenthaltsdauer der Eingewanderten lag bei den älteren Kindern, jüngeren Erwachsenen und jüngeren Seniorinnen und Senioren bei durchschnittlich 5,7 Jahren, 16,1 Jahren und 38,9 Jahren. 42,9 % der Kinder mit Migrationsgeschichte sprechen zu Hause eine andere Sprache als Deutsch, und mehr als die Hälfte (53,9 %) spricht Deutsch plus eine weitere Sprache zu Hause. Zwei Drittel der jüngeren Erwachsenen (66,4 %) und jüngeren Seniorinnen und Senioren (66,0 %) gaben an, gute bis sehr gute Deutschkenntnisse zu haben.

Mundhygiene- und Inanspruchnahmeverhalten

Der Anteil der Menschen mit einem beschwerdeorientierten Inanspruchnahmeverhalten lag über alle Altersgruppen hinweg höher bei MmM (17,9 % vs. 1,8 % für die 12-Jährigen; 25,1 % vs. 9,1 % für die 35- bis 44-Jährigen; 24,8 % vs. 10,7 % für die 65- bis 74-Jährigen). Sie gaben außerdem häufiger an, noch nie eine professionelle Zahnreinigung in Anspruch genommen zu haben (27,8 % vs. 19,5 % für die 35- bis 44-Jährigen; 27,2 % vs. 19,4 % für die 65- bis 74-Jährigen). Im Hinblick auf die Zahnputzhäufigkeit zeigte sich insbesondere bei den älteren Kindern ein größerer Anteil von MmM im Vergleich zu MoM, die sich seltener als zweimal täglich die Zähne putzen (28,6 % vs. 11,3 %).

Epidemiologische Deskription oraler Erkrankungen

Die epidemiologischen Deskriptionen oraler Erkrankungen nach Migrationsgeschichte sind in den Tabellen 2 bis 4 dargestellt. In den Gruppen der 12- und der 35- bis 44-Jährigen wiesen MmM im Gegensatz zu MoM mehr kariöse Zähne auf (decayed teeth [DT]) (0,4 vs. 0,1 für die

Tab. 1 Charakteristika der Studienteilnehmenden für ältere Kinder (12-Jährige), jüngere Erwachsene (35- bis 44-Jährige) und jüngere Seniorinnen/Seniorinnen (65- bis 74-Jährige) nach Migrationsgeschichte

	12-Jährige		35- bis 44-Jährige		65- bis 74-Jährige	
	MmM	MoM	MmM	MoM	MmM	MoM
n	220	676	201	662	105	648
Alter (Jahre)	12,8 ± 0,5	12,7 ± 0,5	40,2 ± 3,1	40,0 ± 2,9	69,7 ± 2,8	69,8 ± 2,8
Geschlecht						
männlich	111 (50,5 %)	335 (49,6 %)	101 (50,2 %)	328 (49,5 %)	54 (51,4 %)	299 (46,1 %)
weiblich	109 (49,5 %)	340 (50,3 %)	100 (49,8 %)	333 (50,3 %)	51 (48,6 %)	349 (53,9 %)
divers	0 (0,0 %)	1 (0,1 %)	0 (0,0 %)	1 (0,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bildungsgruppe						
niedrig	47 (22,2 %)	35 (5,2 %)	28 (14,1 %)	51 (7,8 %)	14 (13,5 %)	142 (22,0 %)
mittel	107 (50,5 %)	310 (46,3 %)	82 (41,4 %)	319 (48,5 %)	61 (58,7 %)	304 (47,1 %)
hoch	58 (27,4 %)	324 (48,4 %)	88 (44,4 %)	288 (43,8 %)	29 (27,9 %)	199 (30,9 %)
Monatl. Nettoäquivalenzeinkommen (Euro)	1.214 ± 741	2.296 ± 1.059	2.112 ± 1.452	2.530 ± 1.382	1.819 ± 990	2.029 ± 1.049
Migrationsgeschichte						
1. Generation (selbst nach Deutschland immigriert)	127 (57,7 %)	–	182 (90,5 %)	–	73 (69,5 %)	–
2. Generation (beide Elternteile im Ausland geboren)	93 (42,3 %)	–	19 (9,5 %)	–	32 (30,5 %)	–
Aufenthaltsdauer (Jahre)	5,7 ± 3,1	–	16,1 ± 10,7	–	38,9 ± 16,0	–
gesprochene Sprache im Haushalt						
Deutsch	7 (3,2 %)	605 (89,8 %)	–	–	–	–
andere	94 (42,9 %)	1 (0,1 %)	–	–	–	–
Deutsch + andere	118 (53,9 %)	68 (10,1 %)	–	–	–	–
Selbsteinschätzung Deutschkenntnisse						
sehr gut	–	–	63 (37,7 %)	–	10 (21,3 %)	–
gut	–	–	48 (28,7 %)	–	21 (44,7 %)	–
mittelmäßig	–	–	32 (19,2 %)	–	7 (14,9 %)	–
wenig	–	–	20 (12,0 %)	–	6 (12,8 %)	–
gar nicht	–	–	4 (2,4 %)	–	3 (6,4 %)	–
Rauchstatus						
gegenwärtig	–	–	57 (28,6 %)	163 (24,6 %)	14 (13,3 %)	96 (14,8 %)
nicht mehr	–	–	33 (16,6 %)	138 (20,8 %)	46 (43,8 %)	239 (36,9 %)
nie	–	–	109 (54,8 %)	361 (54,5 %)	45 (42,9 %)	313 (48,3 %)
Selbsteinschätzung des Mundgesundheitszustands						
sehr gut/gut	146 (67,0 %)	548 (81,3 %)	126 (63,6 %)	507 (76,8 %)	64 (61,0 %)	417 (64,5 %)
mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht	72 (33,0 %)	126 (18,7 %)	72 (36,4 %)	153 (23,2 %)	41 (39,0 %)	230 (35,5 %)
Inanspruchnahmeverhalten						
kontrollorientiert	179 (82,1 %)	662 (98,2 %)	149 (74,9 %)	602 (90,9 %)	79 (75,2 %)	578 (89,3 %)
beschwerdeorientiert	39 (17,9 %)	12 (1,8 %)	50 (25,1 %)	60 (9,1 %)	26 (24,8 %)	69 (10,7 %)
Professionelle Zahnreinigung (Inanspruchnahme)						
ja	–	–	139 (71,6 %)	532 (80,5 %)	73 (70,9 %)	519 (80,5 %)
nein	–	–	54 (27,8 %)	129 (19,5 %)	28 (27,2 %)	125 (19,4 %)

Angabe von Anzahl (Prozentwert) oder Mittelwert ± Standardabweichung basierend auf ungewichteten Daten
MmM = Menschen mit Migrationsgeschichte, MoM = Menschen ohne Migrationsgeschichte

Tab. 1 Charakteristika der Studienteilnehmenden nach Migrationsgeschichte für ältere Kinder (12-Jährige), jüngere Erwachsene (35- bis 44-Jährige) und jüngere Seniorinnen/Senioren (65- bis 74-Jährige) nach Migrationsgeschichte (Fortsetzung)

	12-Jährige		35- bis 44-Jährige		65- bis 74-Jährige	
	MmM	MoM	MmM	MoM	MmM	MoM
Zähneputzen (Häufigkeit)						
≥ 2-mal täglich	157 (71,4 %)	599 (88,7 %)	147 (73,9 %)	563 (85,1 %)	78 (81,3 %)	512 (83,8 %)
< 2-mal täglich	63 (28,6 %)	76 (11,3 %)	52 (26,1 %)	99 (14,9 %)	18 (18,8 %)	99 (16,2 %)
Zahnzwischenraumreinigung (Häufigkeit)						
≥ 1-mal täglich	32 (14,5 %)	103 (15,3 %)	59 (29,6 %)	156 (23,6 %)	28 (29,2 %)	244 (40,0 %)
< 1-mal täglich	188 (85,5 %)	572 (84,7 %)	140 (70,4 %)	505 (76,4 %)	68 (70,8 %)	366 (60,0 %)

Angabe von Anzahl (Prozentwert) oder Mittelwert ± Standardabweichung basierend auf ungewichteten Daten
MmM = Menschen mit Migrationsgeschichte, MoM = Menschen ohne Migrationsgeschichte

12-Jährigen; 0,8 vs. 0,3 für die 35- bis 44-Jährigen) und einen niedrigeren Sanierungsgrad der Kronenkaries (68,1 % vs. 77,2 % für die 12-Jährigen; 86,6 % vs. 95,5 % für die 35- bis 44-Jährigen). Bei den 65- bis 74-Jährigen präsentierten die MmM weniger kariöse Zähne (0,3 vs. 0,4), eine höhere Prävalenz von Zahnlosigkeit (9,1 % vs. 3,8 %), mehr fehlende (missing teeth (MT)) (9,8 vs. 8,3) und weniger gefüllte Zähne (filled teeth (FT)) (7,9 vs. 8,9) als bei MoM. Bei dem modifizierten Plaqueindex (mMPI) zeigten sich in allen Altersgruppen höhere Prävalenzen bei MmM im Vergleich zu MoM (61,9 % vs. 47,5 % für die 12-Jährigen; 48,7 % vs. 41,3 % für die 35- bis 44-Jährigen; 48,5 % vs. 43,0 % für die 65- bis 74-Jährigen). Hinzu kommen höhere Prävalenzen von Blutungsstellen (bleeding on probing (BOP)) und klinischem Attachmentlevel (CAL) ≥ 3 mm bei den 35- bis 44-jährigen MmM (19,2 % vs. 11,8 % BOP; 84,2 % vs. 77,9 % CAL ≥ 3 mm) und den 65- bis 74-jährigen MmM (24,2 % vs. 19,2 % BOP; 98,7 % vs. 94,9 % CAL ≥ 3 mm).

DISKUSSION

In allen drei Altersgruppen zeigten sich Unterschiede in den Krankheits- und Versorgungsprävalenzen zwischen MmM und MoM. MmM wiesen höhere Prävalenzen oraler Erkrankungen auf sowie ein eher beschwerdeorientiertes Inanspruchnahmeverhalten. Dabei handelt es sich um die ersten bundesweit repräsentativen Untersuchungsergebnisse.

Es gibt wenige Studien zur Mundgesundheit von älteren Kindern mit Migrationsgeschichte. In einer Querschnittsstudie unter 12-jährigen Schülerinnen und Schülern mit Migrationsgeschichte von weiterführenden Schulen aus Heidelberg konnten mit der DMS • 6 vergleichbare Daten zur Karieserfahrung ermittelt werden¹¹. Demnach wiesen die Kinder mit Migrationsgeschichte einen durchschnittlichen DMFT (decayed [kariöse], missing [fehlende], filled [restaurierte] teeth [Zähne]) von 1,3 und einen DT von 0,4 auf¹¹. Betrachtet man die 12-Jährigen ohne Migrationsgeschichte, so wiesen die Kinder mit einem DMFT von 0,9 und einem DT von 0,1 jedoch deutlich höhere Werte als die Gleichaltrigen

Tab. 2 Epidemiologische Deskription und Versorgung oraler Erkrankungen bei älteren Kindern (12-Jährige) nach Migrationsgeschichte

	MmM	MoM
Kariesfreiheit (Prävalenz, DMFT = 0)	52,2 % (46,5; 58,2)	87,9 % (85,1; 90,3)
DMFT	1,3 (1,1; 1,5)	0,2 (0,2; 0,3)
DT	0,4 (0,3; 0,5)	0,1 (0,0; 0,1)
MT	0,0 (0,0; 0,0)	0,0 (0,0; 0,0)
FT	0,9 (0,7; 1,0)	0,2 (0,1; 0,2)
Sanierungsgrad Kronenkaries (%)	68,1 (60,9; 75,3)	77,2 (67,9; 86,5)
MIH (Prävalenz)	9,2 % (6,2; 13,1)	16,4 % (13,6; 19,6)
mMPI (% Segmente mit Plaque)	61,9 (58,9; 64,9)	47,5 (45,3; 49,6)

Angabe von gewichteten Prozentwerten oder gewichteten Mittelwerten (mit 95%-Konfidenzintervallen)

MmM = Menschen mit Migrationsgeschichte, MoM = Menschen ohne Migrationsgeschichte, DMFT = kariöse, fehlende, restaurierte Zähne, DT = kariöse Zähne, MT = fehlende Zähne, FT = restaurierte Zähne, MIH = Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation, mMPI = modifizierter marginaler Plaque-Index

der DMS • 6 auf. Die höheren Werte könnten in sozialstatusabhängigen Unterschieden begründet sein, da die Schülerinnen und Schüler aus Heidelberg ausschließlich in einkommensschwachen Gebieten rekrutiert wurden. Hinzu kommt, dass die Daten der Studie aus dem Jahr 2004 stammen und damit länger zurückliegen. Die Daten der DMS weisen auf einen kontinuierlichen Kariesrückgang bei 12-Jährigen hin (DMS IV: 0,7 DMFT, 0,2 DT; DMS V: 0,5 DMFT, 0,1 DT; DMS • 6: 0,2 DMFT, 0,1 DT), was die Unterschiede erklären könnte^{6,12}. In einer weiteren Studie zur Zahngesundheit von 12-jährigen Schülerinnen und Schülern aus dem Ennepe-Ruhr-Kreis traten unter den Kindern mit türkischer Migrationsgeschichte zwischen 1993 und 2003 kaum Veränderungen

Tab. 3 Epidemiologische Deskription und Versorgung oraler Erkrankungen bei jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) nach Migrationsgeschichte

	MmM	MoM
Anzahl vorhandener Zähne	26,1 (25,8; 26,4)	26,8 (26,7; 27,0)
Zahnlosigkeit (Prävalenz)	0,0 % (NA)	0,1 % (0,0; 0,8)
Kariesfreiheit (Prävalenz, DMFT = 0)	3,8 % (1,8; 6,5)	8,4 % (6,4; 10,8)
DMFT	8,7 (8,0; 9,3)	8,0 (7,6; 8,5)
DT	0,8 (0,6; 1,0)	0,3 (0,3; 0,4)
MT	1,6 (1,3; 1,9)	0,7 (0,6; 0,9)
FT	6,3 (5,7; 6,8)	7,0 (6,6; 7,3)
FST	25,3 (24,9; 25,7)	26,5 (26,3; 26,7)
ST	19,0 (18,4; 19,7)	19,5 (19,1; 20,0)
Sanierungsgrad Kronenkaries (%)	86,6 (83,1; 90,1)	95,5 (94,4; 96,5)
Wurzelkaries (Prävalenz)	12,5 % (8,8; 17,0)	13,5 % (10,9; 16,3)
mMPI (% Segmente mit Plaque)	48,7 (45,7; 51,7)	41,3 (39,4; 43,2)
BOP (% Messstellen)	19,2 (16,5; 21,8)	11,8 (10,7; 13,0)
mittlere ST (mm)	2,3 (2,2; 2,4)	2,0 (2,0; 2,1)
mittleres CAL (mm)	1,2 (1,1; 1,4)	1,0 (1,0; 1,1)
CAL ≥ 3 mm (Prävalenz)	84,2 % (79,3; 88,5)	77,9 % (74,5; 81,1)

Angabe von gewichteten Prozentwerten oder gewichteten Mittelwerten (mit 95%-Konfidenzintervallen)

MmM = Menschen mit Migrationsgeschichte, MoM = Menschen ohne Migrationsgeschichte, DMFT = kariöse, fehlende, restaurierte Zähne, DT = kariöse Zähne, MT = fehlende Zähne, FT = restaurierte Zähne, FST = restaurierte und primär gesunde Zähne, ST = primär gesunde Zähne, mMPI = modifizierter marginaler Plaque-Index, BOP = Bluten auf Sondieren, ST (mm) = Sondierungstiefe, CAL = klinisches Attachmentlevel, NA = nicht verfügbar

in den DMFT-Werten und dem Anteil kariesfreier Gebisse auf¹³. Bei den Kindern ohne Migrationsgeschichte hingegen steigerte sich der Anteil kariesfreier Gebisse nachweislich. Deutliche Unterschiede in der Karieserfahrung zwischen älteren Kindern mit und ohne Migrationsgeschichte lassen sich in weiteren Untersuchungen beobachten^{14–16}. Die Studienlage liefert Erkenntnisse darüber, dass die Kariesprävalenz bei den 12-Jährigen in Deutschland rückläufig ist; dies gilt für Kinder mit Migrationsgeschichte nicht gleichermaßen. Direkte Vergleiche zur DMS • 6 sind aufgrund von Unterschieden in den Altersgruppen, regionalen Begrenzungen und verschiedenen Operationalisierungen der Migrationsgruppen jedoch schwierig.

Tab. 4 Epidemiologische Deskription und Versorgung oraler Erkrankungen bei jüngeren Seniorinnen/Senioren (65- bis 74-Jährige) nach Migrationsgeschichte

	MmM	MoM
Anzahl vorhandener Zähne	18,1 (16,6; 19,7)	19,5 (18,9; 20,2)
Zahnlosigkeit (Prävalenz)	9,1 % (5,1; 15,1)	3,8 % (2,6; 5,6)
Kariesfreiheit (Prävalenz, DMFT = 0)	0,0 % (NA)	0,0 % (NA)
DMFT	17,9 (16,8; 19,0)	17,6 (17,2; 18,1)
DT	0,3 (0,1; 0,4)	0,4 (0,3; 0,5)
MT	9,8 (8,2; 11,4)	8,3 (7,7; 8,9)
FT	7,9 (6,8; 8,9)	8,9 (8,5; 9,4)
FST	17,8 (16,3; 19,4)	19,1 (18,4; 19,7)
ST	10,0 (8,9; 11,1)	10,2 (9,8; 10,6)
Sanierungsgrad Kronenkaries (%)	94,6 (91,5; 97,7)	93,2 (91,7; 94,8)
Wurzelkaries (Prävalenz)	56,0 % (47,6; 64,5)	59,8 % (55,9; 63,6)
mMPI (% Segmente mit Plaque)	48,5 (43,0; 53,9)	43,0 (40,7; 45,2)
BOP (% Messstellen)	24,2 (20,1; 28,3)	19,2 (17,6; 20,9)
mittlere ST (mm)	2,7 (2,6; 2,9)	2,6 (2,5; 2,7)
mittleres CAL (mm)	2,4 (2,2; 2,7)	2,4 (2,3; 2,5)
CAL ≥ 3 mm (Prävalenz)	98,7 % (95,5; 99,9)	94,9 % (92,6; 96,4)

Angabe von gewichteten Prozentwerten oder gewichteten Mittelwerten (mit 95%-Konfidenzintervallen)

MmM = Menschen mit Migrationsgeschichte, MoM = Menschen ohne Migrationsgeschichte, DMFT = kariöse, fehlende, restaurierte Zähne, DT = kariöse Zähne, MT = fehlende Zähne, FT = restaurierte Zähne, FST = restaurierte und primär gesunde Zähne, ST = primär gesunde Zähne, mMPI = modifizierter marginaler Plaque-Index, BOP = Bluten auf Sondieren, ST (mm) = Sondierungstiefe, CAL = klinisches Attachmentlevel, NA = nicht verfügbar

Die Daten der DMS • 6 weisen außerdem auf anhaltend erhöhte Risiken für ein unzureichendes Inanspruchnahmeverhalten und eine unzureichende Zahnputzhäufigkeit bei älteren Kindern mit Migrationsgeschichte hin. Der Anteil älterer Kinder mit Migrationsgeschichte, die sich seltener als zweimal täglich die Zähne putzen, ist 2,5-mal größer als bei älteren Kindern ohne Migrationsgeschichte. Ähnliche Tendenzen zeigen sich auch in den Daten der KiCGS-Studie^{17,18}. In ihr ist der Anteil der Teilnehmenden mit Migrationsgeschichte mit einer unzureichenden Zahnputzhäufigkeit knapp doppelt so hoch wie bei denen ohne Migrationsgeschichte, wobei Personen zwischen 0 und 17 Jahren eingeschlossen wurden.

Die Datenlage zur Mundgesundheit von Menschen im mittleren und höheren Lebensalter mit Migrationsgeschichte in Deutschland ist bislang unzureichend. Erste Studienergebnisse unter Seniorinnen und Senioren und Erwachsenen mit Migrationsgeschichte berichten über signifikant höhere DMFT-Werte, mehr Plaque, mehr Zahnfleischentzündungen und ein geringeres Inanspruchnahmeverhalten im Vergleich zu MoM^{5,19–21}. In der in Hamburg basierten MuMi-Studie wiesen MmM (Durchschnittsalter 38,7 Jahre) einen Approximalraum-Plaques-Index (API) von 52,5 und einen Kariessanierungsgrad von 81,7 % auf⁵. Dagegen schnitten MoM (Durchschnittsalter 44,0 Jahre) mit einem API von 38,3 und einem Kariessanierungsgrad von 93,8 % signifikant besser ab. Die Unterschiede zwischen MoM und MmM sind in der MuMi-Studie etwas ausgeprägter im Vergleich zu den 35- bis 44-Jährigen der DMS • 6. Im Vergleich zur DMS • 6 wurden die Teilnehmenden der MuMi-Studie bevorzugt in Stadtteilen mit einem großen Anteil an Eingewanderten rekrutiert. Auch internationale Studien deuten auf eine schlechtere Zahngesundheit in Bevölkerungsgruppen mit Migrationsgeschichte hin^{4,22}.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die höheren Prävalenzen oraler Erkrankungen von MmM und die seltenere Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen liefern Hinweise darauf, dass MmM nicht in gleicher Weise von Angeboten zur Gruppen- und Individualprophylaxe profitieren wie MoM. Hintergründe zu potenziellen Zugangsbarrieren und migrationsbezogenen Einflussfaktoren auf die Mundgesundheit (Aufenthaltsdauer, Herkunft, Umstände der Migration, Sprachkenntnisse) müssen in zukünftige Analysen einbezogen werden. Das ermöglicht auch, die Diversität der MmM besser abzubilden^{10,23}. Zum Beispiel zeigen Untersuchungen zur Mundgesundheit älterer Kinder mit Migrationsgeschichte Unterschiede in der Karieserfahrung bei Differenzierung nach Herkunftsland^{14,16,24}, die hier bislang nicht betrachtet wurden.

Aufgrund des Anstiegs der Zahl Eingewanderter in Deutschland ist zu vermuten, dass auf die Zahnarztpraxen ein zusätzlicher Behandlungsbedarf zukommt. Um die zahnärztliche Versorgung von MmM in Deutschland zu verbessern, bedarf es vermehrter struktureller und individueller Aufmerksamkeit zur Förderung des gleichberechtigten Zugangs zu Präventionsmaßnahmen.

INTERESSENKONFLIKT

KK und ARJ sind angestellt bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV). Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der „Empfehlungen für die Durchführung, Berichterstattung, Bearbeitung und Veröffentlichung wissenschaftlicher Arbeiten in medizinischen Fachzeitschriften“ der ICMJE besteht. Die Interpretation der

Daten und die Darstellung der Informationen werden nicht durch persönliche oder finanzielle Beziehungen zu Menschen oder Organisationen beeinflusst.

AUTORENLEISTUNGEN

Alle in der Arbeit aufgeführten Autoren haben einen ausreichenden Beitrag geleistet, um die Kriterien für die Autorenschaft gemäß den ICMJE-Richtlinien zu erfüllen. Alle Autoren haben das endgültige Manuskript gelesen und genehmigt.

GA ist Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der DMS • 6 und Verfasserin des Manuskripts.

LS ist Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der DMS • 6 und war mitverantwortlich für die Konzeptualisierung des Manuskripts.

KK ist stellvertretende Studienleiterin der DMS • 6, verantwortlich für die Datenanalyse und Mitverfasserin des Manuskripts.

KB ist mitverantwortlich für die Erstellung des Analyseplans.

ARJ ist der Studienleiter der DMS • 6, verantwortlich für die Entwicklung der zahnmedizinisch-klinischen Untersuchungen und Mitverfasser des Manuskripts.

BL ist Mitverfasserin des Manuskripts.

LITERATUR

1. Statistisches Bundesamt: Statistischer Bericht – Mikrozensus – Bevölkerung nach Einwanderungsgeschichte – Erstergebnisse 2023. Wiesbaden 2024. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/Downloads-Migration/statistischer-bericht-einwanderungsgeschichte-erst-5122126237005.html>
2. Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit: Gemeinsam die Einwanderungsgesellschaft gestalten. Bericht der Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit. Berlin; 2020. <https://www.fachkommission-integrationsfaehigkeit.de/fk-int/dokumente/bericht-der-fachkommission-integrationsfaehigkeit-1880150>
3. Lauritano D, Moreo G, Carinci F, Campanella V, Della Vella F, Petrucci M: Oral health status among migrants from middle- and low-income countries to Europe: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(22): 12203
4. Pabbla A, Duijster D, Grasveld A, Sekundo C, Agyemang C, van der Heijden G: Oral health status, oral health behaviours and oral health care utilisation among migrants residing in Europe: A Systematic Review. *J Immigrant Minority Health* 2021; 23(2): 373–388
5. Spinler K, Weil M-T, Valdez R, Walther C, Dingoyan D, Seedorf U, Heydecke G, Lieske B, Kofahl C, Aarabi G: Mundgesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund – Erste Auswertungen der MuMi-Studie. *Bundesgesundheitsbl* 2021; 64(8): 977–985
6. Jordan AR, Micheelis W (Hrsg.): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS • 6). Köln: Deutscher Zahnärzte Verl. DÄV; 2016 (IDZ-Materialienreihe Bd. 35)
7. Jordan AR, Frenzel Baudisch N, Ohm C, Zimmermann F, Sasunna D, Cholmakow-Bodechtel C, Krämer M, Kuhr K: 6. Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS • 6): Forschungsziel, Studiendesign und Charakteristika der Studienteilnehmenden. *Dtsch Zahnärztl Z* 2025; 80: 64–73
8. Ohm C, Kuhr K, Zimmermann F, Frenzel Baudisch N, Cholmakow-Bodechtel C, Krämer M, Jordan AR: 6. Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS • 6): Feldarbeit, Datenerhebung und Qualitätssicherung. *Dtsch Zahnärztl Z* 2025; 80: 74–81
9. Kuhr K, Sasunna D, Frenzel Baudisch N, Pitchika V, Zimmermann F, Ohm C, Jordan AR: 6. Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS • 6): Datenverarbeitung und statistische Methoden. *Dtsch Zahnärztl Z* 2025; 80: 82–89

10. Kajikhina K, Koschollek C, Sarma N, Bug M, Wengler A, Bozorgmehr K, Razum O, Borde T, Schenk L, Zimmermann R, Hövener C: Empfehlungen zur Erhebung und Analyse migrationsbezogener Determinanten in der Public-Health-Forschung. *J Health Monit* 2023; 8(1): 55–77
11. Bissar A-R, Schulte AG, Muhjazi G, Koch MJ: Caries prevalence in 11- to 14-year old migrant children in Germany. *Int J Public Health* 2007; 52(2): 103–108
12. Micheelis W, Schiffner U (Hrsg.): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Neue Ergebnisse zu oralen Erkrankungsprävalenzen, Risikogruppen und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad in Deutschland 2005. Köln: Deutscher Zahnärzte Verl. DÄV; 2006 (IDZ-Materialienreihe, Bd. 31)
13. Heinrich-Weltzien R, Kühnisch J, Goddon I, Senkel H, Stösser L: Zahngesundheit deutscher und türkischer Schüler – Ein 10-Jahresvergleich. *Gesundheitswesen* 2007; 69(2): 105–109
14. Bissar A-R, Oikonomou C, Koch MJ, Schulte AG: Dental health, received care, and treatment needs in 11- to 13-year-old children with immigrant background in Heidelberg, Germany. *Int J Paediatr Dent* 2007; 17(5): 364–370
15. Kühnisch J, Senkel H, Heinrich-Weltzien R: Vergleichende Untersuchung zur Zahngesundheit von deutschen und ausländischen 8- bis 10-Jährigen des westfälischen Ennepe-Ruhr-Kreises. *Gesundheitswesen* 2003; 65(2): 96–101
16. van Steenkiste M, Becher A, Banschbach R, Gaa S, Kreckel S, Pocanschi C: Prävalenz von Karies, Fissurenversiegelungen und Füllungsmaterial bei deutschen Kindern und Kindern von Migranten. *Gesundheitswesen* 2004; 66(11): 754–758
17. Knopf H, Rieck A, Schenk L: Mundhygiene. Daten des KiGGS zum Kariespräventiven Verhalten. *Bundesgesundheitsbl* 2008; 51(11): 1314–1320
18. Krause L, Kuntz B, Schenk L, Knopf H: Oral health behaviour of children and adolescents in Germany. Results of the cross-sectional KiGGS Wave 2 study and trends. *J Health Monit* 2018; 3(4): 3–19
19. Aarabi G, Reissmann DR, Seedorf U, Becher H, Heydecke G, Kofahl C: Oral health and access to dental care – a comparison of elderly migrants and non-migrants in Germany. *Ethn Health* 2018; 23(7): 703–717
20. Brzoska P, Erdsiek F, Waury D: Enabling and predisposing factors for the utilization of preventive dental health care in migrants and non-migrants in Germany. *Front Public Health* 2017; 5: 201
21. Erdsiek F, Waury D, Brzoska P: Oral health behaviour in migrant and non-migrant adults in Germany: the utilization of regular dental check-ups. *BMC Oral Health* 2017; 17(1): 84
22. Delgado-Angulo EK, Marcenes W, Harding S, Bernabé E: Ethnicity, migration status and dental caries experience among adults in East London. *Community Dent Oral Epidemiol* 2018; 46(4): 392–399
23. Schumann M, Kajikhina K, Polizzi A, Sarma N, Hoebel J, Bug M, Bartig S, Lampert T, Santos-Hövenner C: Konzepte für ein migrationssensibles Gesundheitsmonitoring. *J Health Monit* 2019; 4(3): 51–67
24. Achenbach M: Mundgesundheits von Immigrant*innen aus den Anwerbestaaten und aus der ehemaligen Sowjetunion in Deutschland – eine explorative Pilotstudie auf der Grundlage der Daten der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V). Bachelorarbeit. Berlin: Alice Salomon Hochschule; 2024

Disease and care prevalence of people with migration history: results of the 6th German Oral Health Study (DMS • 6)

Keywords: dental care, dentists, DMS 6, health behavior, human migration, oral health

Objectives: As part of the 6th German Oral Health Study (DMS • 6), the migration history of the study participants was determined at the population level for the first time. **Method and materials:** The evaluation and presentation of migration-related indicators, oral health behavior, and oral diseases were carried out separately for 12-year-olds, 35- to 44-year-olds, and 65- to 74-year-olds. **Results:** When considering the prevalence of disease and care, differences were found between people with and without migration history in all three age groups. The first group had higher prevalences of oral diseases as well as a more complaint-oriented utilization of dental services. **Conclusion:** The data on the prevalence of oral diseases, oral health behavior, and dental service utilization provide evidence that people with migration history do not seem to benefit in the same way from group and individual prophylaxis services as people without migration history.



Ghazal Aarabi

Priv.-Doz. Dr. med. dent. Ghazal Aarabi, M.Sc. Poliklinik für Parodontologie, Präventive Zahnmedizin und Zahnerhaltung, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

Prof. Dr. phil. Liane Schenk Charité – Universitätsmedizin Berlin, Corporate Member of Freie Universität Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Berlin

Dr. rer. medic Kathrin Kuhr Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Köln

Katrin Borof, M.Sc. Poliklinik für Parodontologie, Präventive Zahnmedizin und Zahnerhaltung, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

Prof. Dr. med. dent. A. Rainer Jordan, M.Sc. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Köln

Berit Lieske, M.Sc. Poliklinik für Parodontologie, Präventive Zahnmedizin und Zahnerhaltung, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

Kontakt: Institut der Deutschen Zahnärzte, DMS • 6 Study Group, Universitätsstraße 73, 50931 Köln, E-Mail: dms6@idz.institute
Porträtfoto G. Aarabi: Löffler Ringfoto e.K.