

Abdul-Razak Bissar

Dr. med. dent.

Geboren am 17.07.1973 in Kobbe, Tripoli, Libanon

Examen am 22.07.1999 an der Libanesischen Universität, Libanon

Deutsche Approbation am 27.08.2007 in Stuttgart

Promotionsfach: Zahnmedizin

Doktorvater: Prof. Dr. med. dent. A. Schulte

Das Ziel der Studie war es, Informationen über die aktuelle Zahngesundheit, u. a. Kariesprävalenz, Sanierungsgrad, Behandlungsbedarf und das Vorkommen von Fissurenversiegelungen und kieferorthopädischen Behandlungen bei 11- bis 14-jährigen Migrantenkindern in Heidelberg zu erhalten. Diese Daten sollten dann mit denen der deutschen Schulkameraden mit demselben niedrigen sozioökonomischen Status verglichen werden. Ein zweites Ziel war es, herauszufinden, ob Unterschiede in der Zahngesundheit zwischen Migrantenkindern, die in Deutschland geboren worden sind und denjenigen, die im Ausland geboren worden sind, existieren.

Deshalb wurde im Jahr 2004 in Heidelberg eine zahnärztliche Untersuchung bei allen Schulkindern der 5., 6. und 7. Klassen in fünf verschiedenen Schulen mit einem hohen Anteil an ausländischen Kindern durchgeführt. Die Schulen befanden sich in sozioökonomischen benachteiligten Teilen der Stadt. Die Untersuchung erfolgte in den Schulen durch einen kalibrierten Zahnarzt mit Hilfe von zahnärztlichen Spiegeln, Sonden und künstlichem Licht. In Anlehnung an die Kriterien der WHO wurden die kariösen, gefüllten und extrahierten bleibenden Zähne registriert. Alle versiegelten Zähne wurden ebenfalls notiert. Das Vorkommen einer kieferorthopädischen Behandlung wurde auch registriert.

Die Schüler wurden in drei Gruppen eingeteilt. Gruppe M0 umfasste die Kinder, die, wie auch ihre Eltern, in Deutschland geboren worden sind, Gruppe M1 die Kinder, die in Deutschland geboren worden sind, aber deren Eltern im Ausland geboren worden waren und Gruppe M2 umfasste die Kinder die, wie auch ihre Eltern, außerhalb Deutschlands geboren worden sind.

Es konnten 570 Schüler und Schülerinnen untersucht werden. Von diesen hatten 49,5% eine Migrationserfahrung (M0: 50,5%, M1: 33,5% und M2: 16%). Der mittlere DMFT-Index betrug 0,89 für M0, 1,64 für M1 und 1,57 für M2. Die jeweiligen Anteile an kariesfreien Kindern in M0, M1 und M2 betragen 63,2%, 41,4% und 45,1%. Der zahnbezogene Sanierungsgrad lag jeweils bei 82,1%, 81,1% und 75,2% für M0, M1 und M2. Bei M0 war ebenfalls ein viel kleinerer Anteil an Behandlungsbedürftigen als bei M1 und M2 festzustellen: 9,7%, 15,7% und 19,8%. Bei allen oben genannten Daten lagen keine signifikanten Unterschiede zwischen M1 und M2 vor. Beide zeigten aber einen signifikanten Unterschied im Vergleich zu M0. Die mittlere Zahl versiegelter Zähne lag bei 2,76, 1,94 und 1,52 für M0, M1 und M2. Außerdem hatten 47,9% der Kinder von M0, 34,4% von M1 und nur 19,0% von M2 eine kieferorthopädische Behandlung erhalten. Bei den letzten beiden Befunden waren die Unterschiede zwischen allen drei Untersuchungsgruppen signifikant. Außerdem konnte beobachtet werden, dass mit zunehmendem Alter alle diese Unterschiede zwischen Migranten und deutschen Kindern abnahmen.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass in Deutschland Kinder aus Migrantenfamilien, unabhängig davon, ob sie im Ausland oder in Deutschland geboren worden sind, weiterhin eine Gruppe mit erhöhtem Kariesrisiko bilden. Sie haben eine höhere Kariesprävalenz als die deutschen Kinder und es besteht bei ihnen außerdem ein höherer Bedarf an Therapie und an kariesprophylaktischen Maßnahmen (z. B. Fissurenversiegelung). Dies gilt auch unter Berücksichtigung des niedrigen sozioökonomischen Status der deutschen Kinder und der Kinder aus Migrantenfamilien.

Adäquate risikoorientierte Aufklärungs- und Präventionsprogramme zur Verbesserung der Mundgesundheit müssen deswegen für diese Kinder dringend entwickelt werden. Um das effektiv umsetzen zu können, müssen die Eltern mit einbezogen werden. Dies geht am besten unter Berücksichtigung der Sprache, der Kultur und der Tradition der verschiedenen Migrantengruppen.

Die präsentierten Ergebnisse können außerdem als Basis für zukünftige Zahnuntersuchungen und Kontrollen dienen, um die Zahngesundheit dieser Gruppe von Kindern weiterhin beobachten und mögliche neu einzusetzende Programme abschätzen zu können.