

Mundgesundheit bei Flüchtlingen: Gezielte Prophylaxe kann vorhandene Präventionslücke schließen



Repräsentative Querschnittsstudie zeigt: Orale Erkrankungslast entspricht der Situation in Deutschland vor 30 Jahren / Behandlungskosten variieren in Abhängigkeit zum Alter

Die repräsentative Querschnittsstudie „Flüchtlinge in Deutschland – Mundgesundheit, Versorgungsbedarfe und deren Kosten“ hat eine orale Erkrankungslast ermittelt, die dem der deutschen Bevölkerung vor 30 Jahren entspricht. Die Studie wurde auf einer gemeinsamen Pressekonferenz der DGZMK mit der BZÄK und der KZBV anlässlich des Deutschen Zahnärztetages in Frankfurt vorgestellt (Abb. 2). „Vor allem bei Kindern und Jugendlichen haben wir einen erhöhten Kariesbefall gegenüber deutschen Gleichaltrigen festgestellt. Ebenso wie die hohen parodontalen Erkrankungsraten bei Erwachsenen ist dies auf einen Mangel an Präven-

tion in den Herkunftsländern zurück zu führen“, fasst der Leiter des Forschungsprojekts, Prof. Dr. Christian Splieth (Uni Greifswald, Abb. 1), die wesentlichen Erkenntnisse der Untersuchung zusammen. Insgesamt 544 Flüchtlinge aller Altersgruppen wurden in der von DGZMK (Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde), BZÄK (Bundeszahnärztekammer) und KZBV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung), mit finanzieller Unterstützung der Wrigley Foundation, von Ende 2016 bis Mitte 2017 durchgeführten Studie erfasst. Die geschätzten Kosten des Behandlungsbedarfs für eine vollständige orale Rehabilitation aller zahnmedizinischen Fachbereiche beziffert die Studie im Mittel mit 178 bis 1759 Euro pro Flüchtling – in Abhängigkeit von der Altersgruppe.

oder als thematische Lehreinheit in den Sprachkursen, wären aufgrund der hohen Anzahl unversorgter kariöser Defekte sinnvoll.

Die große Zahl von Flüchtlingen und Asylbewerbern in Europa und die insgesamt sehr lückenhafte Datengrundlage zu deren oraler Morbidität bildete die Ausgangslage der Untersuchung. DGZMK, BZÄK und KZBV haben deshalb mit Unterstützung von Wrigley die multizentrische Querschnittsstudie initiiert. Im Gegensatz zu anderen Untersuchungen, die sich meist auf spezielle orale Erkrankungen in einzelnen Altersgruppen von Flüchtlingen beschränken, werden in der vorliegenden Studie die wesentlichen Mundgesundheitsprobleme und die möglichen Therapiekosten im Alter von 3 bis 65 Jahren erfasst.



Abbildung 1 Prof. Dr. Christian Splieth, Universität Greifswald, auf der Pressekonferenz des Deutschen Zahnärztetages am 10. November 2017 in Frankfurt am Main

Prophylaxe kann Präventionslücke schließen

Für das weitere Vorgehen rät Prof. Splieth: „Aufgrund der deutlich erkennbaren Präventionslücke und höheren Kariesraten, insbesondere bei Kindern und im Milchgebiss, wäre es sehr sinnvoll, die vorhandenen Strukturen der Gruppen- und Individualprophylaxe gezielt auf die Flüchtlinge auszuweiten.“ Dies könne z.B. durch aufsuchende Betreuung von Flüchtlingen oder die Freigabe der gesetzlichen Präventionsleistungen (FU/IP) im Rahmen von §4 AsylBLG geschehen. Auch zusätzliche Informationen über zahnmedizinische Prävention, z.B. in den Integrations-

Milchgebiss-Karies vergleichsweise hoch

Die deskriptive Auswertung der untersuchten 544 Flüchtlinge aus allen Altersgruppen ergibt eine klare Verteilung von oraler Morbidität: Karies im Milchgebiss ist bei Flüchtlingskindern vergleichsweise hoch. Schon 3-Jährige haben im Mittel 2,62 betroffene Zähne und im Alter von 6 bis 7 Jahren wird ein mittlerer Wert von 5,22 dmft erreicht. Die dabei individuelle Karieserfahrung wird anhand des sogenannten dmft-Indexes ermittelt: d – decayed – zerstörte, m – missing – fehlende, f – filled – gefüllte, t – teeth – Zähne. Für die 8- bis 11-Jährigen fällt dieser Wert aufgrund des



Abbildung 2 V.l.n.r.: Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Prof. Dr. Michael Walter, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Prof. Dr. Christan Splieth, Universität Greifswald, Dr. Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärztekammer und Jette Krämer, Leiterin Abt. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Bundeszahnärztekammer auf der Pressekonferenz des Deutschen Zahnärztes am 10. November 2017 in Frankfurt am Main

(Abb. 1–3: DGZMK/axentis)

Zahnwechsels leicht ab (3,60 dmft). Die Mehrheit der kariösen Defekte war unbehandelt. Nur 35 Prozent der 12-jährigen weisen dann noch ein naturgesundes bleibendes Gebiss auf, während dies in Deutschland aktuell 80 Prozent sind (IDZ 2016). Der Mittelwert der Flüchtlinge von 2,0 DMFT liegt um ein Vielfaches über dem deutschen Wert von 0,5 DMFT und entspricht der Kariesprävalenz, die deutsche Jugendliche Mitte der 90er Jahre aufwiesen (DAJ 2010). Diese Karieswerte liegen dennoch deutlich unter den Maximalwerten von 4–6 betroffenen Zähnen, die in Deutschland in den 1980er Jahren gemessen wurden. Bei Flüchtlingskindern ist damit insgesamt eine deutliche Präventionslücke gegenüber deutschen Kindern festzustellen.

Bei den Jugendlichen und Erwachsenen steigen die Karieswerte im bleibenden Gebiss kontinuierlich an (45 bis 64 Jahre: 16,0 DMFT). Dagegen schließt sich die Differenz der Morbidität beim Vergleich mit deutschen Erwachsenen schon ab 35 Jahren. Allerdings haben die Flüchtlinge im Mittel zwischen 3 bis 4 kariöse Zähne und die

bisherige Haupttherapie war die Extraktion, während in der deutschen Bevölkerung die Sanierung mit Füllungen deutlich überwiegt. Die ermittelten Karieswerte entsprechen auch den Daten von Studien aus den Heimatländern der Flüchtlinge (OHD 2016) und Untersuchungen anderer Studien mit Flüchtlingen, z.B. aus Australien, den USA oder Schweden.

Kaum parodontal gesunde Probanden zwischen 45 und 64 Jahren

Plaque- und Zahnsteinwerte waren eher hoch, beim Parodontalen Screening Index (PSI) im Alter von 45 bis 64 Jahren fanden sich daher kaum gesunde Probanden. Dies ist wegen der schon primär schwierigen Bedingungen in den Heimatländern, der Flucht, den Schwierigkeiten in den Erstaufnahmeeinrichtungen und bei den Herausforderungen mit der Etablierung eines geregelten täglichen Lebens nicht verwunderlich. Mehrheitlich lagen allerdings nur eine gingivale Blutung und Zahnstein vor,

die durch einfache Maßnahmen der Mundhygieneverbesserung oder professionelle Zahnreinigung leicht zu korrigieren sind. Schwere Parodontopathien waren mit maximal 4,4 Prozent der Gebisssextanten eher selten.

Niedriger prothetischer Versorgungsbedarf

Die kieferorthopädische Diagnostik bei den Kindern und Jugendlichen zeigte, dass, wie in Deutschland, ungefähr ein Drittel der Flüchtlinge die Kriterien der Kieferorthopädischen Indikationsgruppen erfüllte. Die häufigste Dysgnathie war der einseitige Kreuzbiss.

Multiple kariöse Defekte

Akute Schmerzen waren bei ca. 5 Prozent der Flüchtlinge zum Zeitpunkt der Untersuchung vorhanden und hätten als Schmerzbehandlung nach §4 AsylBLG therapiert werden können. Die Kosten für mehrheitliche Füllungen oder Extraktionen lagen pro Fall im Mittel zwischen 59 und 297 Euro je nach Altersgruppe. Bei der großen Mehrheit der Flüchtlinge fand sich zusätzliche, nicht therapierte orale Morbidität, vor allem multiple offene kariöse Defekte, die durch Füllungen, Extraktionen und ggf. auch Wurzelkanalbehandlungen einschließlich Begleitleistungen behandelt werden könnten. Bei anerkannten Flüchtlingen oder Asylbewerbern könnten diese Therapien im Rahmen der GKV-Regelversorgung erfolgen.

Dazu kommen ggf. kieferorthopädische, prothetische oder parodontologische Behandlungen, die als Therapieplan vorab genehmigt werden müssten. Dabei ist allerdings davon auszugehen, dass die tatsächliche Inanspruchnahme weit unter dem normativen Bedarf liegt. Das liegt an der komplexen Beantragung dieser Leistungen, den zahlreichen Anforderungen an die Flüchtlinge bei der Organisation des täglichen Lebens in Deutschland, den Sprachbarrieren, der eher symptombezogenen Inanspruchnahme von zahnärztlichen Behandlungen und dem – zumindest für die Kieferorthopädie – nachgewiesenen geringeren subjektiv empfundenen Behandlungsbedarf bei Flüchtlingen ge-

DGZMK liefert wissenschaftliche Bestandsaufnahme zur oralen Gesundheit bei Flüchtlingen

Statement Prof. Dr. Michael Walter, Präsident der DGZMK, anlässlich der gemeinsamen Pressekonferenz auf dem Deutschen Zahnärztetag 2017 am 10.11.2017

Die DGZMK als älteste und fachübergreifend repräsentative Gesellschaft der wissenschaftlichen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Deutschland freut sich, mit einem kleinen, aber wichtigen Beitrag Verantwortung im Bereich Flucht und Migration übernehmen zu können. Der Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit ist ein Beitrag zur erfolgreichen Integration und eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dieser stellen wir uns mit unserer Fachkompetenz. Die DGZMK hat dazu Gelder aus ihrem Fonds zur Wissenschaftsförderung bereitgestellt. Die Unterstützung des Projekts durch BZÄK und KZBV sowie in ganz besonderem Maße durch die Wrigley Company Foundation hat diese Studie aber erst ermöglicht. Dafür möchte ich mich im Namen der DGZMK sehr herzlich bedanken!

Die multizentrische Studie „Flüchtlinge in Deutschland – Mundgesundheit, Versorgungsbedarfe und deren Kosten“ unter Federführung der Universitätsmedizin Greifswald und Leitung durch Prof. Christian Splieth liefert eine wissenschaftliche zahnmedizinische Bestandsaufnahme. Sie zeigt klare Versorgungsbedarfe in wesentlichen zahnmedizinischen Disziplinen wie Zahnerhaltung, Parodontologie oder Kieferorthopädie und beziffert mögliche Kosten. Die Studie weist einen durchschnittlichen Mundgesundheitszustand für die Flüchtlinge aus, der dem der deutschen Bevölkerung vor 30 Jahren entspricht.

Anlass für die von Ende 2016 bis Mitte 2017 durchgeführte Studie war der erhöhte Flüchtlingszustrom nach Deutschland. Die meisten der Flüchtlinge kommen aus Ländern mit einer eher erhöhten oralen Morbidität und benötigen daher oft eine akute Schmerzbehandlung, die ihnen nach §4 AsylBLG auch zusteht. Die Organisation der Akutversorgung stieß aber auf praktische Probleme und die reine Schmerzbehandlung erwies sich oft nicht als zielführend, da insbesondere primär- und sekundärpräventive Maßnahmen für die orale Gesundheit von Flüchtlingen dauerhaft wichtig wären.

Mit den Deutschen Mundgesundheitsstudien, zuletzt mit der 2016 veröffentlichten DMS V, kann die Deutsche Zahnärzteschaft auf beispielhaft umfangreiche Daten zur Mundgesundheit zurückgreifen. Wegen der hohen Zahl der nun hinzugekommenen Menschen war es folgerichtig, auch diese Bevölkerungsgruppe näher zu betrachten. Ziel dabei war es,

eine genauere Kenntnis über den oralen Gesundheitsstatus und die Behandlungsbedarfe der Flüchtlinge zu erlangen, um bessere präventive und therapeutische Strategien entwickeln zu können. Daher sah das Projekt „Flüchtlinge in Deutschland – Mundgesundheit, Versorgungsbedarfe und deren Kosten“ eine umfassende zahnmedizinische Untersuchung bei Flüchtlingen aller verfügbaren Altersgruppen vor.

Ein Blick in die Ergebnisse zeigt, dass die Bedarfe und potenzielle Behandlungskosten nach Altersgruppen stark differieren. Bei den potenziellen Kosten muss allerdings unbedingt berücksichtigt werden, dass die Schätzungen auf einem normativen medizinischen Bedarf beruhen. In der Realität wird dieser Bedarf erfahrungsgemäß nicht einmal annähernd in Nachfrage umgesetzt. Die zu erwartenden tatsächlichen Kosten dürften daher deutlich niedriger sein. Die Studie bietet auch Lösungswege, wie der Mundgesundheitslevel der Flüchtlinge in Deutschland mit zum Teil relativ einfachen Mitteln verbessert werden könnte: Präventions- und Prophylaxe-Konzepte bestehen bereits und haben hierzulande sehr zum international guten Mundgesundheitszustand der Bevölkerung beigetragen. Sie sollten auch für die Flüchtlinge nutzbar gemacht werden. Unsere Studie stellt dabei nur einen ersten, aber wichtigen Schritt in die richtige Richtung dar.



Abbildung 3 Prof. Dr. Michael Walter, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, auf der Pressekonferenz des Deutschen Zahnärztetages am 10. November 2017 in Frankfurt am Main

genüber europäischen Wohnbevölkerungen. Außerdem bleibt die KFO-Therapie von Flüchtlingen, genau wie prothetische Leistungen, für das erste Jahr nach der Anerkennung verwehrt. Unab-

hängig von solchen Faktoren wird auch bei der deutschen Bevölkerung etwa der parodontologische Behandlungsbedarf zu wesentlichen Teilen nicht ausgeschöpft (IDZ 2016).

Frühzeitige Sanierung kostengünstiger

Die frühzeitige Sanierung kariöser Defekte erscheint kostengünstiger als weiter-

gehende Therapien bei akuten Schmerzen, die Wurzelbehandlungen oder, im Fall der Extraktion, ebenso teuren Zahnersatz zur Folge haben könnten.

Die mit den Ergebnissen der Studie zur oralen Morbidität bei Flüchtlingen

klarer umschriebenen Herausforderungen, vor denen die deutsche Gesellschaft steht, ließen sich durch die Verantwortlichen in Wissenschaft und Politik relativ leicht beheben. Prof. Splieth: „Dazu müssten besonders die für die

deutsche Bevölkerung vor 30 Jahren eingesetzten, systematisch entwickelten Präventionsstrukturen zur wirksamen Reduktion oraler Erkrankungen auf die Flüchtlinge ausgedehnt werden.“ 

Markus Brakel, Düsseldorf

Kieferorthopädie verliert mit Prof. Dr. Irmtrud Jonas eine engagierte Kollegin

Prof. Dr. med. dent Irmtrud Jonas ist am 21.09.2017 im Alter von 71 Jahren in ihrer Heimatstadt Duisburg verstorben. Die Kieferorthopädie verliert mit ihr eine überdurchschnittlich engagierte Vertreterin des Faches.

Irmtrud Jonas hatte bereits von Seiten ihrer Mutter, die als Fachzahnärztin in eigener Praxis niedergelassen war, Kontakt zur Kieferorthopädie. Sie studierte von 1965 bis 1970 Zahnmedizin in Freiburg und wurde ein Jahr später wissenschaftliche Angestellte in der dortigen Poliklinik für Kieferorthopädie. Nach der Anerkennung als Zahnärztin für Kieferorthopädie folgten 1979 die Habilitation und in den Jahren 1981 und 1982 die Ernennung zur C2- beziehungsweise C3-Professorin. Viele Jahre war sie als Oberärztin die „rechte Hand“ von Prof. Thomas Rakosi. Sie war Tutorin vieler Doktoranden und Weiterbildungsassistenten und hat viele Fortbildungsveranstaltungen organisiert. Die-

jenigen, die in den 80er Jahren und später in der Abteilung gearbeitet haben, erinnern sich gerne an ihre Förderung und Unterstützung.

1992 ging sie als Visiting Professor in das Departement of Orthodontics, University of Connecticut bei Prof. Charles Burstone, mit dem sie auch in den Jahren danach freundschaftlichen Kontakt pflegte. 1993 folgte der Ruf auf den Lehrstuhl für Kieferorthopädie der Universität Freiburg, den sie bis 2012 innehatte. Dort war sie vier Jahre lang Geschäftsführende Direktorin der ZMK-Klinik.

Irmtrud Jonas lebte im und für das Fach Kieferorthopädie, insofern ist es kaum möglich, alle beruflichen und berufspolitischen Aktivitäten außerhalb der Klinik in Freiburg vollständig zu würdigen. Als 1. Vorsitzende der Vereinigung der Hochschullehrer für ZMK während insgesamt vier Jahren und als Präsidiumsmitglied des Medizinischen Fa-

kultätentages im Jahr 2006 hat sie sich besonders für die Belange der Lehre im Fach Kieferorthopädie eingesetzt. Unter anderem war sie Gründungsmitglied des Arbeitskreises zur Weiterentwicklung der Lehre in der Zahnmedizin.

Besonders hervorzuheben ist ihre engagierte Tätigkeit als Mitherausgeberin der Fortschritte der Kieferorthopädie und die Ausrichtung der Jahrestagung der DGKFO 2004 in Freiburg. Neben zahlreichen Buchbeiträgen und Publikationen war sie mit Thomas Rakosi Autorin des Farbatlas der Zahnmedizin Kieferorthopädie, der in acht Sprachen übersetzt wurde.

Als Wegbegleiter von Irmtrud Jonas seit ihren ersten Jahren in der Poliklinik in Freiburg habe ich sie als aufrechte, streitbare und faire Kollegin schätzen gelernt. Die Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie ist ihr zu Dank verpflichtet. 

Prof. Dr. Dr. Gernot Göz, Tübingen