

Position

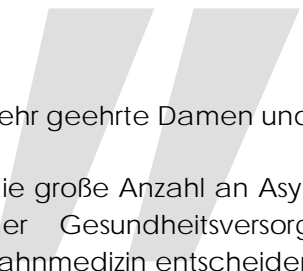


Geflüchtete in Deutschland - Mundgesundheit, Versorgungsbedarfe
und Lösungsvorschläge

Deutscher Zahnärztetag 2017 in Frankfurt a. M.
Gemeinsame Pressekonferenz von BZÄK, KZBV und DGZMK am 10. November 2017

Dr. Peter Engel,
Präsident der Bundeszahnärztekammer





Sehr geehrte Damen und Herren,

die große Anzahl an Asylsuchenden und Flüchtlingen stellt die bestehenden Strukturen der Gesundheitsversorgung in Deutschland vor große Herausforderungen. Für die Zahnmedizin entscheidend sind dabei die Fragen nach dem Mundgesundheitszustand und dem Versorgungsbedarf. Deshalb ist die Studie von Deutscher Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) so wichtig, weil sie erstmals repräsentativ diese Daten erhebt und zusätzlich Ansätze aufzeigt, wie der bestehende Versorgungsbedarf angegangen werden kann. Damit haben wir auch den Auftrag erfüllt, der uns beim letztjährigen Fachgespräch „Zahn- und Mundgesundheit in der Einwanderungsgesellschaft“ im Bundeskanzleramt gestellt wurde. Die Haupteckdaten der Untersuchung, an der wir ansetzen müssen, ist, dass der Stand der Mundgesundheit von Asylsuchenden und Flüchtlingen in etwa dem der deutschen Bevölkerung vor 30 Jahren entspricht.

Prävention ist der Schlüssel zum Erfolg

Nur mit systematischer Präventionsarbeit lassen sich hier nachhaltige Verbesserungen erreichen – sie ist der Schlüssel zum Erfolg. Deutschland ist diesen erfolgreichen Weg in den letzten 30 Jahren bereits gegangen und hat sich zum weltweiten Spitzenreiter in Sachen Prävention, Gesundheitsförderung und kariesfreie Gebisse bei Kindern und Jugendlichen entwickelt. An diesen Errungenschaften sollten auch Flüchtlinge bzw. Asylbewerber und vor allem ihre Kinder teilhaben. Die BZÄK empfiehlt deswegen, die erfolgreichen und bestens etablierten Strukturen der Gruppen- und Individualprophylaxe auch für Kinder und Jugendliche aus dieser Gruppe zu öffnen.

Die Mundgesundheitserfolge der vergangenen Jahre und Jahrzehnte sind vor allem der Kombination von Gruppenprophylaxe (in Kindergärten und Schulen), Individualprophylaxe (z.B. präventive Fissurenversiegelungen in der Zahnarztpraxis) und bevölkerungsweiter Aufklärung zu verdanken. Die Prophylaxe ist in §§ 21 und 22 SGB V gesetzlich festgeschrieben. Mit der Gruppenprophylaxe erreichen wir heute in den Kitas und Grundschulen 80 Prozent der Kinder. Damit ist die zahnärztliche Gruppenprophylaxe das reichweitenstärkste Präventions- und Gesundheitsförderungsangebot für Kinder und Jugendliche in Deutschland. Die Maßnahmen der Gruppen- und Individualprophylaxe werden bis zum vollendeten 16. bzw. 18. Lebensjahr von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen.

Strategien zur Reduktion des Kariesrisikos bei Asylsuchenden und Flüchtlingen

Ein Migrationshintergrund ist per se noch kein Risikofaktor für orale Krankheiten wie Karies. Die Mundgesundheit wird allerdings in hohem Maße vom sozialen und wirtschaftlichen Status bestimmt. Das Sozial- und Bildungsniveau ist also bei Flüchtlingen und Asylsuchenden entscheidend. Die Unkenntnis des Gesundheitssystems, Sprachbarrieren und teilweise auch Stigmatisierung verstärken die Probleme noch. So sind auch kulturspezifische Unterschiede bei den Mundhygienegewohnheiten zu beachten. Als Lösungen bieten sich daher die Strategien an, die sich auch bei den deutschen Risikogruppen mit niedrigem sozioökonomischem Status als wirksam erwiesen haben:

1. Je besser der Bildungsstatus, desto geringer das Risiko für orale Erkrankungen. Dazu gehört auch die Einübung von Präventionsverhalten in Kita und Schule. Das kann auch bei der Vorbeugung anderer Erkrankungen helfen. Deshalb sind ausreichend Plätze in Krippen, Kindergärten und Schulen sowie in Sprachkursen für Kinder mit ausländischen Wurzeln essenziell.

2. Die sogenannte zugehende Betreuung in der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe konnte auch für Kariesrisikokinder deutliche Verbesserungen erzielen. Regelmäßiges Zähneputzen mit fluoridhaltigen Zahnpasten schon in Kindergarten und Schule sorgt nicht nur für eine regelmäßige, hochwirksame Fluoridversorgung der Zähne, sondern die Kinder erlernen auch die tägliche eigenständige Mundhygiene.

Durch Unterstützung in Frühen Hilfen, Fördereinrichtungen und Kitas werden auch Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko und niedrigem sozioökonomischen Status erreicht. Durch eine durchdachte und geplante Auswahl der Orte für die Prophylaxe kann sozial bedingten, ungleichen Gesundheitschancen entgegengewirkt werden.

3. Wichtig ist eine kulturspezifische Vermittlung. Die Einbeziehung von wichtigen Personen der Migrantengemeinschaft wie Frauengruppen, Stadtteilmütter oder Imame und die Übersetzung von Informationsbroschüren in die Muttersprachen der stärksten Migrantengruppen mit niedrigem sozioökonomischem Status wie Arabisch oder Türkisch kann eine große Hilfe sein.

Darüber hinaus tragen natürlich auch Fortschritte in der zahnärztlichen Versorgung und der zahnmedizinischen Wissenschaft sowie ein gesteigertes Mundgesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung zur kontinuierlichen Verbesserung der Mundgesundheit bei.

Potenzial der Zahnarztpraxis als Vermittler

Häufig sind Sprachbarrieren das Kernproblem bei der Betreuung und Behandlung in der Zahnarztpraxis. Hier gibt es mittlerweile Anamnesebögen und Aufklärungsmaterial in verschiedenen Sprachen, um die Kommunikation zu erleichtern. Auch das von der BZÄK entwickelte Piktogrammheft ist ein Hilfsmittel zur Veranschaulichung und Unterstützung in der Zahnarztpraxis.

Zudem verfügen viele Praxen inzwischen über Zahnärzte und Praxismitarbeiter mit Migrationshintergrund, die bei der Verständigung und beim Eingehen auf die kulturellen Hintergründe helfen können. Diese Mitarbeiter können als Vermittler und Vertrauenspersonen agieren. Prophylaxe und Aufklärung zum Thema Mundgesundheit für Migranten, Flüchtlinge und Asylbewerber müssen verstärkt werden und kulturspezifische Faktoren im Behandlungsalltag sollten mehr Beachtung finden, denn Kinder können durch das Erlernte aus Kita oder Schule zu „Erziehern“ ihrer Freunde, in erster Linie aber zu „Erziehern“ in ihrem familiären Umfeld, sogar ihrer eigenen Eltern, werden.

Initiative zeigen und erfolgreiche Lösungen weiter ausbauen

Die Aufgabe, Zahn- und Mundgesundheit im Rahmen der Gruppenprophylaxe zu fördern und die Maßnahmen zur Verhütung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten bei Kindern zu koordinieren, ist sehr fachspezifisch. Ihre Umsetzung jedoch ist an die Stärkung gesundheitlicher Potentiale, Kompetenzen und Orientierungen von klein auf geknüpft. Das wiederum stellt eine interdisziplinäre Anforderung dar, zu der die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ), die Landesarbeitsgemeinschaften

für Zahngesundheit und die Zahnärzte mit ihren Teams in den deutschen Kitas und Schulen durch die Gruppenprophylaxe einen erheblichen Beitrag zur Prävention leisten. Gleichzeitig ist aber eine ressortübergreifende Zusammenarbeit notwendig, damit die Vernetzung zwischen den verschiedenen Präventionsebenen der Bevölkerungs-, Gruppen- und Individualprophylaxe gewährleistet ist. Diese Vernetzung hat sich in den letzten Jahren bereits sehr gut entwickelt.

Der Zuzug von Flüchtlingen und Asylbewerbern schafft in diesem Zusammenhang keine neuen Probleme, sondern verstärkt die vorhandenen mundgesundheitslichen Herausforderungen der jetzigen Migrationsgesellschaft – heute leben über 20 Prozent Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in Deutschland. Es muss erreicht werden, dass diese Bevölkerungsgruppe gleichermaßen vom hohen Standard der zahnärztlichen Versorgung und der guten Mundgesundheit in Deutschland profitiert. Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem müssen langfristig abgebaut werden. In diesem Zusammenhang wünschen wir uns eine höhere Wertschätzung des Themas Mundgesundheit und eine bessere Unterstützung unserer erfolgreichen Aktivitäten bei Prävention und Gesundheitsförderung. Darüber hinaus bieten die zahnärztlichen Präventionssysteme ausreichend Möglichkeiten einer Vernetzung mit anderen medizinischen Präventionsnotwendigkeiten.

Damit Flüchtlinge an den sehr erfolgreichen zahnmedizinischen Präventionsstrukturen in Deutschland teilhaben können, bedarf es gesellschaftspolitischer Initiativen. Der zahnärztliche Berufsstand steht dafür zur Verfügung, denn Vorbeugung ist immer besser und günstiger als Nachsorge.

Zum Schluss möchte ich noch allen Beteiligten danken, die zur Realisierung der Studie beigetragen haben.

Für Rückfragen:

Dipl.-Des. Jette Krämer, Telefon: +49 30 40005-150, E-Mail: presse@bzaek.de

