



JANUAR 2024
SPECIAL ISSUE **S1**

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Journal of Health Monitoring

**Inanspruchnahme zahnmedizinischer
Leistungen bei geflüchteten Menschen
in Deutschland: Ergebnisse des
bevölkerungsbezogenen Surveys RESPOND**

Journal of Health Monitoring · 2024 9(S1)
DOI 10.25646/11843
Robert Koch-Institut, Berlin

Kayvan Bozorgmehr^{1,2}, Maren Hintermeier^{1,2},
Louise Biddle^{1,3}, Claudia Hövener⁴,
Nora Gottlieb¹

¹ AG Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

² Sektion Health Equity Studies & Migration, Abt. Allgemeinmedizin & Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

³ Sozio-oekonomisches Panel (SOEP), Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin

⁴ Robert Koch Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

Eingereicht: 23.10.2023
Akzeptiert: 30.11.2023
Veröffentlicht: 17.01.2024

Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen bei geflüchteten Menschen in Deutschland: Ergebnisse des bevölkerungsbezogenen Surveys RESPOND

Abstract

Hintergrund: Die Inanspruchnahme ambulanter zahnmedizinischer Leistungen ist ein wichtiger Indikator für die Beschreibung der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. In der Allgemeinbevölkerung liegt die 12-Monats-Prävalenz der Nutzung zahnmedizinischer Leistungen im Schnitt bei 82,2 %. Für geflüchtete Menschen wurde der Indikator bisher kaum erhoben, obwohl Studien einen objektiv hohen Versorgungsbedarf nahelegen.

Methode: Im Rahmen der bevölkerungsbezogenen Querschnittstudie RESPOND (2018) wurden in drei repräsentativen, zufallsbasierten Stichproben geflüchteter Menschen in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften in Baden-Württemberg und Berlin Selbstangaben zu ihrer Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung erhoben, darunter auch zur Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen.

Ergebnisse: Der Indikator lag für 68,8 % (594) der insgesamt 863 befragten geflüchteten Menschen vor. Insgesamt gaben 38,2 % an, in den vergangenen 12 Monaten zahnmedizinische Leistungen in Anspruch genommen zu haben, wohingegen 41,4 % noch nie entsprechende Leistungen in Deutschland genutzt haben.

Schlussfolgerungen: Die Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen geflüchteter Menschen ist verglichen mit dem Niveau der Inanspruchnahme in der Gesamtbevölkerung als sehr niedrig und nicht bedarfsgerecht einzuschätzen.

GESUNDHEITSMONITORING · GEFLÜCHTETE MENSCHEN · SURVEY · INANSPRUCHNAHME · ZAHNMEDIZINISCHE VERSORGUNG

Einleitung

Die Inanspruchnahme ambulanter zahnmedizinischer Leistungen ist ein wichtiger Indikator für die Beschreibung der gesundheitlichen Versorgung, der im Rahmen der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) in der Gesamtbevölkerung regelmäßig und bundesweit erhoben wird. Aus der aktuellsten Erhebungswelle der Studie (GEDA 2019/2020-EHIS) geht hervor, dass bundesweit im Schnitt 82,2 % der Bevölkerung in den letzten 12 Monaten vor der

Befragung bei einer zahnmedizinischen Untersuchung waren. Die höchste Prävalenz der Inanspruchnahme war in der Altersgruppe der 45- bis 64-jährigen Personen (84,4 %), sowie in Sachsen (87,4 %) und bei Personen mit hohem Bildungsabschluss (87,0 %) vorzufinden. Die niedrigste Prävalenz war in der Altersgruppe der 80-jährigen und Älteren (71,5 %), sowie in Hessen (78,1 %) und bei Personen mit niedrigem Bildungsabschluss (75,0 %) zu verzeichnen [1]. Der Indikator wird jedoch nicht in allen

Infobox 1 Geflüchtete Menschen

Als „geflüchtete Menschen“ werden in diesem Beitrag alle Menschen bezeichnet, die in Deutschland beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) einen Antrag auf Asyl gestellt haben – unabhängig vom Ausgang des Asylgesuches. Außerdem zählen Personen, die gemäß der Genfer Flüchtlingskonvention des UN-Flüchtlingskommissariats (UNHCR) als Kontingentflüchtlinge in Deutschland aufgenommen wurden oder aufgrund von Rechtsnormen der Europäischen Union einen temporären Schutzstatus erhalten haben, als geflüchtete Menschen.

Bevölkerungsgruppen erhoben. So werden geflüchtete Menschen (**Infobox 1**) in Gesundheitssurveys bisher unzureichend berücksichtigt [2]. Die Diskussion der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen unter geflüchteten Menschen und einer damit möglicherweise einhergehenden Unter-, Über- oder Fehlversorgung sollte evidenzbasiert geführt werden. Internationale Studien zur Mundgesundheit geflüchteter Menschen [3, 4] sowie Studien aus Deutschland [5–7] weisen konsistent auf einen schlechten Zustand der Mundgesundheit hin. So ist die Anzahl der kariösen, fehlenden, oder gefüllten bleibenden Zähnen bei Geflüchteten im Alter von 18 bis 34 Jahren zwar moderat, jedoch liegt ein hoher Anteil unbehandelter Bedarfe vor und etwa ein Viertel der Studienteilnehmenden weist Komplikationen auf [6]. Die Mundgesundheit sinkt in höheren Altersgruppen, wobei der ungedeckte Versorgungsbedarf in der Gruppe der 35- bis 44-jährigen geflüchteten Menschen am höchsten zu sein scheint [6].

Der Zugang zu bzw. der Anspruch auf medizinische Leistungen geflüchteter Menschen, einschließlich zahnärztlicher Versorgung, ist in den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) geregelt. Dabei gilt insbesondere für Zahnersatzbehandlungen der § 4 Absatz 1 (**Infobox 2**), der eine Leistungsgewährung nur bei unaufschiebbaren medizinischen Gründen und nur als Einzelfallleistung vorsieht [8]. Darüber hinausgehende Leistungen können (gemäß § 6 AsylbLG) im laufenden Asylverfahren, im Falle eines abgelehnten Asylantrags oder einer Duldung in den ersten 18 Monaten des Aufenthalts in Deutschland nur im Ermessensfall und nur auf Antrag bei der zuständigen Behörde gewährt werden [9]. Dieser Zeitraum soll zukünftig auf 36 Monate verlängert werden [10]. Eine

Ausnahme hiervon bilden geflüchtete Menschen mit ukrainischer Staatsangehörigkeit, die Ansprüche auf die Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Sozialgesetzbuch SGB II und SGB XII haben [11].

Im Licht der restriktiven rechtlichen Regelungen des AsylbLG und der zahlreichen anderen Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen [12], stellt sich aus versorgungsepidemiologischer Sicht die Frage nach der tatsächlichen Inanspruchnahme von zahnmedizinischen Leistungen in dieser Bevölkerungsgruppe. Der aktuelle Beitrag berichtet erstmalig bevölkerungsbezogene Daten zur Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen bei geflüchteten Menschen in Deutschland, unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Aufenthaltsstatus und -dauer.

Indikator

Die vorliegenden Daten wurden im Rahmen von bevölkerungsbezogenen Gesundheitssurveys des Projekts „Improving Regional Health System Responses to the Challenges of Forced Migration“ (RESPOND, www.respond-study.org) mit Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) unter geflüchteten Menschen erhoben. Der Datenbasis liegen drei als Querschnittstudien konzipierte, zufallsbasierte Stichproben von insgesamt 863 geflüchteten Menschen zugrunde [13], die in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften in Baden-Württemberg [14] und Berlin [15] im Jahr 2018 gezogen wurden. Sampling, Rekrutierung und Befragungsinstrumente waren in beiden Bundesländern nahezu identisch [14, 15]. In beiden Bundesländern wurden zusammengekommen ca. 3% aller 2.017 Gemeinschaftsunterkünfte

Infobox 2**Auszug aus dem
Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)**

§4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt

(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten werden Schutzimpfungen entsprechend den §§ 47, 52 Absatz 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und die medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen erbracht. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

§6 Sonstige Leistungen

(1) Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind. Die Leistungen sind als Sachleistungen, bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren. Quelle: Bundesamt der Justiz.

<https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg>

(entsprechend 81 Unterkünften) zufällig gezogen, und nach Möglichkeit alle darin lebenden Erwachsenen durch persönliche Ansprache mehrsprachiger Feldteams zur Teilnahme an der Befragung eingeladen. Die Auswahl der sechs Landeserstaufnahmeeinrichtungen (LEA) erfolgte nicht nach dem Zufallsprinzip, sondern nach geografischen Kriterien (räumliche Streuung im Bundesland) und Belegungszahlen (Einrichtungen mit hoher Belegung, um ausreichende Fallzahlen zu generieren). Die eigentlichen Befragten in den LEA wurden hingegen zufallsbasiert ausgewählt, indem eine Zufallsstichprobe aus der Grundgesamtheit aller bewohnten Zimmer gezogen wurde, anhand derer die weitere Auswahl der Studienteilnehmenden erfolgte [14]. Die Response-Rate der Befragung lag bei 30,5 % [13]. Die schriftliche Befragung wurde anhand eines Fragebogens in neun Sprachen durchgeführt (Albanisch, Arabisch, Deutsch, Englisch, Persisch, Französisch, Russisch, Serbisch und Türkisch). Dem Fragebogen lagen standardisierte und etablierte Items sowie ein umfassender Entwicklungs- und Adaptierungsprozess zugrunde (Details der Methodik siehe [14]). Der überwiegende Anteil (96 % der Teilnehmenden) wurde zwischen Januar 2018 und November 2018 befragt [13].

Die Inanspruchnahme (zahn-)medizinischer Versorgung wurde auf Basis von Instrumenten des European Health Interview Survey (EHIS) erhoben. Die Frage lautete „Wann waren Sie zuletzt bei einem der folgenden Ärzte in Deutschland, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?“, gefolgt von mehreren fachärztlichen Disziplinen, darunter auch der Auswahl „Zahnarzt“. Der Wortlaut der Frage unterscheidet sich geringfügig vom Wortlaut der Originalfrage, die im EHIS bzw. in GEDA

verwendet wird („Wann waren Sie zuletzt bei einem Zahnarzt, Kieferorthopäden oder einem anderen zahnmedizinischen Spezialisten, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?“). So wird in GEDA 2019/2020-EHIS keine Arztliste zur Auswahl gestellt, sondern es werden einzelne Fragen je Arztgruppe gestellt. Zudem bezieht sich die Frage in GEDA 2019/2020-EHIS auf den Besuch bei „einem Zahnarzt, Kieferorthopäden oder einem anderen zahnmedizinischen Spezialisten“, was bei der Interpretation der Ergebnisse aus den unterschiedlichen Befragungen berücksichtigt werden muss.

Die Inanspruchnahme in RESPOND wurde anhand von vier Antwortoptionen erfasst („vor weniger als 12 Monaten“, „vor 12 Monaten oder länger“, „nie“ und „weiß ich nicht“). Angaben in der Kategorie „weiß ich nicht“ wurden für diese Analyse als fehlende Werte behandelt, da sie keinen Aufschluss über das tatsächliche Inanspruchnahmeverhalten geben. Nebst grundlegenden soziodemografischen Merkmalen wie Geschlecht (männlich, weiblich, divers) sowie Geburtsmonat und -jahr zur Errechnung des Alters wurde der Aufenthaltsstatus mit folgender Frage erfasst: „Was ist Ihr aktueller Aufenthaltsstatus in Deutschland?“. Als Antwortoptionen standen vier Kategorien zur Auswahl, die eine vereinfachte Erfassung des Aufenthaltsstatus im Rahmen der Befragung ermöglichten. Unterschieden wurde zwischen laufendem und abgeschlossenem Asylverfahren sowie unterschiedlichem Ergebnis („laufendes Asylverfahren – Asylsuchender“, „Asylverfahren abgeschlossen – Flüchtlingsstatus“, „Asylverfahren abgeschlossen – Duldung“, „Asylverfahren abgeschlossen – Flüchtlingsstatus abgelehnt, aufgefordert das Land zu verlassen“). Die Aufenthaltsdauer wurde aus der Angabe

Zur Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen bei geflüchteten Menschen liegen bisher keine validen Daten vor.

des Einreisedatum (Monat/Jahr) nach Deutschland („Wann sind Sie nach Deutschland eingereist?“) berechnet und in zwei Kategorien eingeteilt („0 bis 12 Monate“, „13 bis 36 Monate“).

Im vorliegenden Beitrag wird die 12-Monats-Prävalenz (in %) des Indikators Inanspruchnahme zahnmedizinischer Versorgung insgesamt sowie nach Geschlecht, Alter und Aufenthaltsstatus berichtet. Das Alter wurde in Jahren und Monaten erfasst, aufgrund geringer Fallzahlen jedoch in zwei Gruppen (18–30 Jahre, >30 Jahre) kategorisiert. Der Datensatz wurde auf Basis von Informationen zu Geschlecht, Alter und Herkunftsregion von geflüchteten Menschen in beiden Bundesländern gewichtet, um die Schätzungen für die Grundgesamtheit zu verbessern [13]. Fehlende Werte wurden nicht imputiert, sondern lediglich gültige Werte in die Analyse einbezogen.

Ergebnisse und Einordnung

Gültige Werte zur Inanspruchnahme zahnmedizinischer Versorgung lagen für 594 der insgesamt 863 Befragten vor (68,8% der Stichprobe). Von dieser Gesamtpopulation (N=594) waren 29,0% Frauen und 42,1% waren zwischen 18 und 30 Jahre alt. Bezogen auf den Aufenthaltsstatus gaben 43,4% ein noch laufendes Asylverfahren an, während 26,3% bereits einen Status als geflüchtete Person erhalten hatten. Der Asylantrag war bei 17,5% abgelehnt, wodurch die Befragten entweder geduldet oder ausreisepflichtig waren. Die Aufenthaltsdauer in Deutschland betrug für 25,4% der Gesamtpopulation 0 bis 12 Monate.

Der Anteil derer, die in den letzten 12 Monaten einen Zahnarzt aufgesucht hatten, um sich selbst behandeln, beraten, oder untersuchen zu lassen, lag insgesamt bei

38,2%. Gleichzeitig gaben 41,4% der Befragten an, in Deutschland noch nie einen Zahnarzt aufgesucht zu haben (Tabelle 1).

Die Prävalenz der Inanspruchnahme unterschied sich zwischen den Geschlechtern nicht. Die 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme war in der Altersgruppe der über 30-Jährigen am höchsten (44,4%), während der Anteil derer, die noch nie einen Zahnarzt aufgesucht hatten, mit fast 50% bei den 18- bis 30-Jährigen am höchsten war. Bezogen auf den Aufenthaltsstatus lag die höchste 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme mit jeweils über 40% bei jenen Befragten vor, die entweder einen Flüchtlingsstatus erhalten hatten oder zum Zeitpunkt der Befragung geduldet bzw. ausreisepflichtig waren. Der Anteil derer, die in Deutschland noch nie einen Zahnarzt aufgesucht hatten, war mit 46,4% bei jenen am höchsten, deren Asylverfahren noch nicht abgeschlossen war. Die Unterschiede erscheinen jedoch eher zufällig (95%-KI weit und überlappend). Eine kürzere Aufenthaltsdauer war mit einer niedrigeren Prävalenz der Inanspruchnahme verbunden: In der Gruppe der Teilnehmenden, die erst seit 0 bis 12 Monaten in Deutschland leben, hatten mehr als zwei Drittel (71,8%) keinen Zahnarzt in Deutschland besucht – im Vergleich zu einem Drittel (33,1%) in der Gruppe der Teilnehmenden, die bereits länger in Deutschland leben.

Auf Basis der vorliegenden Analysen sollten grundsätzlich keine Schlüsse über gruppenbezogene Unterschiede getroffen werden, da diese durch andere Merkmale wie z. B. eine unterschiedliche Alterszusammensetzung oder auch die Dauer des Aufenthalts in Deutschland beeinflusst sein können. Für eine tiefergehende Analyse etwaiger Unterschiede in der Prävalenz wären größere Stichproben

Tabelle 1
Prävalenz der Inanspruchnahme
zahnmedizinischer Leistungen nach
Geschlecht, Alter, Aufenthaltsstatus und
Aufenthaltsdauer bei N=594 geflüchteten
Menschen in Berlin und Baden-Württemberg
(n=172 Frauen, n=370 Männer), gewichtet
 Quelle: RESPOND Survey

	Fallzahl (n)*	Vor weniger als 12 Monaten		Vor 12 Monaten oder länger		Nie	
		%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt	594	38,2	(32,1–44,6)	20,4	(16,3–25,2)	41,4	(34,8–48,4)
Geschlecht	542						
Frauen (gesamt)	172	38,7	(30,2–47,9)	19,0	(13,2–26,6)	42,3	(34,9–50,1)
Männer (gesamt)	370	38,4	(31,1–46,3)	20,4	(15,9–25,7)	41,2	(32,5–50,4)
Altersgruppe	594						
18–30 Jahre	250	32,4	(24,9–40,8)	18,7	(12,3–27,2)	48,9	(41,2–56,8)
> 30 Jahre	344	44,4	(37,6–51,5)	22,2	(17,6–27,6)	33,4	(26,2–41,4)
Status des Asylverfahrens	518						
Laufendes Verfahren	258	37,2	(28,5–46,9)	16,4	(11,0–23,7)	46,4	(39,3–53,6)
Flüchtlingsstatus gewährt	156	41,3	(29,1–54,6)	24,7	(17,7–33,3)	34,0	(22,9–47,3)
Abgelehnt/ausreisepflichtig oder Duldung	104	40,4	(27,8–54,3)	20,9	(12,7–32,5)	38,6	(24,8–54,7)
Aufenthaltsdauer	481						
0–12 Monate	151	28,2	(17,0–42,9)	n. a.		71,8	(57,1–82,9)
13–36 Monate	330	42,7	(36,1–49,6)	24,2	(19,2–29,9)	33,1	(26,1–40,9)

KI=Konfidenzintervall, n. a.=keine Antwortoptionen möglich. Nicht-plausible Werte (n=8) wurden als fehlende Werte klassifiziert
 *Differenzen zu N=594 entstehen aufgrund fehlender Werte bei Geschlecht, Alter, Aufenthaltsstatus und Aufenthaltsdauer

In dem bevölkerungs-
bezogenen Survey RESPOND
wurde in zwei Bundesländern
erhoben, wie häufig
geflüchtete Menschen
zahnmedizinische Leistungen
in Anspruch nehmen.

notwendig gewesen, was die hier vorliegende Auswertung einschränkt.

Anhand der Prävalenzdaten aus dieser zufallsbasierten Stichprobe lässt sich dennoch eine valide Schätzung der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Versorgung bei geflüchteten Menschen in zwei Bundesländern ableiten. Die hier erhobenen Werte der Inanspruchnahme (Tabelle 1) lassen einen direkten Vergleich mit den Werten der Allgemeinbevölkerung aus der Befragung GEDA 2019/2020-EHIS nur eingeschränkt zu, und erlauben lediglich eine näherungsweise Gegenüberstellung. Gründe hierfür sind zum einen der unterschiedliche Wortlaut der jeweils verwendeten Fragen zur Erfassung der Inanspruchnahme. In der Allgemeinbevölkerung erfolgt dies unspezifischer und schließt auch Kieferorthopädinnen und -orthopäden und andere

Spezialistinnen und Spezialisten ein. Zum anderen sind Unterschiede im Sampling, sowie der geografischen Verteilung der jeweils Befragten Populationen zu berücksichtigen. So wurde die Stichprobe der geflüchteten Menschen in lediglich zwei Bundesländern gezogen. Aufgrund der heterogenen Organisation der gesundheitlichen Versorgung geflüchteter Menschen [13, 16] sind die Schätzer der Inanspruchnahme der zahnmedizinischen Versorgung möglicherweise nicht auf alle Bundesländer übertragbar.

Unternimmt man dennoch einen Vergleich aus der Perspektive dieser „besten verfügbaren Daten“, liegen die Werte der Inanspruchnahme geflüchteter Menschen deutlich unter jenen in der Gesamtbevölkerung, die der GEDA-Studie zu entnehmen sind. So gaben in Berlin 82,1 % (95 %-KI: 79,2–84,8) und in Baden-Württemberg 83,2 %

Ein hoher Anteil (41,4%) geflüchteter Menschen war in Deutschland noch nie beim Zahnarzt. Die Inanspruchnahme lag deutlich unter jener in der Gesamtbevölkerung, unabhängig von Alter, Geschlecht und Aufenthaltsstatus.

(95 %-KI: 80,9–85,3) der Bevölkerung an, in den vergangenen 12 Monaten eine zahnmedizinische Versorgung in Anspruch genommen zu haben [1]. Damit liegen mehr als 35-Prozentpunkte zwischen dem höchsten Wert der Inanspruchnahme in der befragten Population geflüchteter Menschen und den mit ähnlichen Methoden befragten Personen in den beiden Bundesländern. Selbst die niedrigste Prävalenz der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Versorgung in der Gruppe der über 80-Jährigen in der gesamtdeutschen Bevölkerung liegt mit 71,5% (95 %-KI: 67,9–74,8) noch um mehr als 25-Prozentpunkte über der Inanspruchnahme der befragten geflüchteten Menschen. Gleichzeitig war ein hoher Anteil (> 40 %) der befragten geflüchteten Menschen noch nie in Deutschland beim Zahnarzt.

Auch wenn zwischen geflüchteten Menschen und der Allgemeinbevölkerung Unterschiede in der Altersstruktur und dem zahnmedizinischen Bedarf vorliegen mögen, die auf der vorliegenden Datenbasis nicht näher beleuchtet werden können, sollten Ungleichheiten in der Inanspruchnahme zahnärztlicher Versorgung dieses Ausmaßes und die damit zusammenhängende strukturelle Ungleichbehandlung infolge des AsylbLG als Widerspruch zu den Grundsätzen der Nicht-Diskriminierung, Gleichstellung und Menschenwürde diskutiert werden. Denn der medizinische Bedarf zahnmedizinischer Versorgung ergibt sich vor allem aus der Empfehlung einer halbjährlichen vorsorglichen Inanspruchnahme bei Erwachsenen [17]. Vor dem Hintergrund, dass verfügbare Studien zur Mundgesundheit geflüchteter Menschen auf einen hohen bzw. teilweise sogar höheren Versorgungsbedarf im Vergleich zu Allgemeinbevölkerung hinweisen [6], erscheint das hier

vorliegende Versorgungsmuster damit als nicht bedarfsgerecht. Somit sind aus präventiver Sicht eine fehlende zahnmedizinische Vorsorge bei gleichzeitig vorliegendem höherem Bedarf [6] und einer Beschränkung der Versorgung auf schmerzhafte oder unaufschiebbare Zustände nachteilig. Unbehandelte zahnmedizinische Beschwerden können nicht nur die Lebensqualität erheblich einschränken, sondern auch zu Folgeerkrankungen in anderen Organsystemen führen [18]. Nebst den gesundheitlichen Konsequenzen für die Betroffenen kann fehlende Prävention daher auch mit höheren Folgekosten für das Gesundheitssystem einhergehen [19, 20]. So ermittelt eine der wenigen Studien zur Zahngesundheit geflüchteter Menschen in Deutschland nahezu doppelt so hohe Kosten für eine konservative Behandlung kariöser Zähne bei geflüchteten Menschen, wenn bereits Schmerzen vorliegen, im Vergleich zu einer Behandlung, wenn noch kein schmerzhafter Zustand vorliegt [5]. Dies stellt in Frage, ob durch das Prinzip der im AsylbLG verankerten Unaufschiebbarkeit das mit dem Gesetz verfolgte Ziel der Ausgabendeckelung tatsächlich erfüllt wird.

Um diese und andere Fragen der Gesundheitsversorgung zu beantworten, bedarf es einer nachhaltigen Verbesserung der Informationsgrundlagen zu Migration und Gesundheit [2]. So sollten gesundheitliche Bedarfe und die medizinische Versorgung geflüchteter Menschen in existierenden Datensystemen besser abgebildet werden [21]. Dies kann nicht nur dazu beitragen, soziale und strukturell bedingte Ungleichheiten [22] in der Gesundheitsversorgung aufzudecken, sondern auch dabei unterstützen, faktenfreien Diskussionen zu Migration und Gesundheit rational zu begegnen.

Die 12-Monats-Prävalenz eines zahnärztlichen Besuchs zum Zwecke der Beratung, Untersuchung oder Behandlung lag bei geflüchteten Menschen im Jahr 2018 bei 38,2%.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Kayvan Bozorgmehr (MSc)
AG2 – Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld
E-Mail: kayvan.bozorgmehr@uni-bielefeld.de

Zitierweise

Bozorgmehr K, Hintermeier M, Biddle L, Hövener C, Gottlieb N (2024)
Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen bei geflüchteten
Menschen in Deutschland: Ergebnisse des bevölkerungsbezogenen
Surveys RESPOND.
J Health Monit 9(S1): 2–11.
DOI 10.25646/11843

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/jhealthmonit-en

Datenschutz und Ethik

Der Durchführung der RESPOND-Studie lagen positive Ethikvoten der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg (S-516/2017) sowie der Charité-Universitätsmedizin Berlin (EA4/111/18) zugrunde. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden in neun Sprachen über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre informierte Einwilligung zur Teilnahme.

Datenverfügbarkeit

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass für die den Ergebnissen zugrunde liegenden Daten einige Zugangsbeschränkungen gelten. Der Datensatz kann nicht öffentlich zugänglich gemacht werden, da die Einwilligung (informed

consent) der Studienteilnehmenden die öffentliche Bereitstellung der Daten nicht abdeckt. Zu wissenschaftlichen Zwecken kann der Datensatz mit ausgewählten Indikatoren und Variablen im Rahmen von Forschungsk Kooperationen zur Verfügung gestellt bzw. von Forschenden auf begründete Anfrage eingesehen werden. Anfragen können per E-Mail an Respond.AMED@med.uni-heidelberg.de gestellt werden.

Förderungshinweis

Die Studie wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Projekts RESPOND gefördert (Fördernummer: 01GY1611, Förderempfänger: KB). Der Geldgeber hatte keinen Einfluss auf das Studiendesign, die Analyse oder die Entscheidung zur Veröffentlichung. Weitere Mittel erhielt die Studie über das People-Program (Marie-Curie-Maßnahmen) des Siebten Rahmenprogramms der Europäischen Union (FP7/2007-2013) im Rahmen der REA-Fördervereinbarung Nr. 600209 (TU Berlin/IPODI) (Förderempfängerin: NG).

Beiträge der Autorinnen und Autoren

Maßgebliche Beiträge zur Konzeption der Arbeit: KB; zum Design der Arbeit: KB, LB, NG; zur Erhebung der verwendeten Daten: KB, LB, NG, MH; zur Analyse der verwendeten Daten: MH, KB, LB; zur Interpretation der verwendeten Daten: KB, MH, LB, CH, NG; Ausarbeitung des Manuskripts: KB; kritische Überarbeitung bedeutender Inhalte: MH, LB, CH, NG; Finale Version des Manuskripts gelesen und der Veröffentlichung zugestimmt: KB, MH, LB, CH, NG.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Wir danken in erster Linie den teilnehmenden geflüchteten Menschen und Asylsuchenden für ihre Zeit und das entgegengebrachte Vertrauen. Weiterhin gilt unser Dank dem Landkreistag Baden-Württemberg, den zuständigen Sozialbehörden und unteren Aufnahmebehörden aller 44 Landkreise, dem Sozialministerium Baden-Württemberg, dem Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration sowie den zuständigen Regierungspräsidien des Landes Baden-Württemberg für die Unterstützung der Studie. Weiterer Dank gilt der Berliner Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung. Zudem danken wir allen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern und den Leitungen sowie dem Personal der teilnehmenden Unterkünfte. Zudem danken wir dem Feldpersonal, das die Datenerhebung unterstützt hat, darunter auch den beteiligten Studierenden der Berlin School of Public Health. Wir danken den beiden anonymen Gutachterinnen oder Gutachtern für ihre konstruktiven und wertvollen Kommentare zum Manuskript.

Literatur

1. Robert Koch Institut (2022) Dashboard zu Gesundheit in Deutschland aktuell – GEDA 2019/2020. https://public.tableau.com/app/profile/robert.koch.institut/viz/Gesundheit_in_Deutschland_aktuell/GEDA_20192020-EHIS (Stand: 15.10.2023)
2. Bozorgmehr K, Hövener C (2021) Monitoring refugee health: Integrative approaches using surveys and routine data. *J Health Monit* 6(1):3–6 <https://edoc.rki.de/handle/176904/8656> (Stand: 23.09.2023)
3. Bhusari S, Ilchukwu C, Elwishahy A et al. (2020) Dental Caries among Refugees in Europe: A Systematic Literature Review. *Int J Environ Res Public Health* 17(24)
4. Banihashem Rad SA, Esteves Oliveira M, Maklennan A et al. (2023) Higher prevalence of dental caries and periodontal problems among refugees: A scoping review. *J Glob Health* 13:04111
5. Goetz K, Winkelmann W, Steinhäuser J (2018) Assessment of oral health and cost of care for a group of refugees in Germany: a cross-sectional study. *BMC Oral Health* 18(1):69
6. Al-Ani A, Takriti M, Schmoeckel J et al. (2021) National oral health survey on refugees in Germany 2016/2017: caries and subsequent complications. *Clinical Oral Investigations* 25(4):2399–2405
7. Solyman M, Schmidt-Westhausen AM (2018) Oral health status among newly arrived refugees in Germany: a cross-sectional study. *BMC Oral Health* 18(1):132
8. Bundeszahnärztekammer (2015) Zahnärztliche Behandlung von Asylbewerbern. Berlin
9. Gottlieb N, Schülle M (2020) An overview of health policies for asylum-seekers in Germany. *Health Policy*
10. Thelen P (2023) Versorgung von Asylbewerbern: Die teure Sparmaßnahme der MPK Tagesspiegel. *Der Tagesspiegel GmbH, Berlin*
11. Bozorgmehr K, Biddle L, Gottlieb N (2022) Gesundheitssystem zwischen Krise und Integration: Lehren aus 30 Jahren Flucht-migration. *GGW* 22(3):15–26
12. Bozorgmehr K, Gold AW (2023) Access to Continuity and Coordination of Healthcare for Refugees: Emerging Challenges and Topics for Health Services Research. In: Wensing M, Ullrich C (Hrsg) *Foundations of Health Services Research: Principles, Methods, and Topics*. Springer International Publishing, Cham, S. 271–285

13. Wenner J, Biddle L, Gottlieb N et al. (2022) Inequalities in access to healthcare by local policy model among newly arrived refugees: evidence from population-based studies in two German states. *Int J Equity Health* 21(1):11

14. Biddle L, Hintermeier M, Mohsenpour A et al. (2021) Monitoring the health and healthcare provision for refugees in collective accommodation centres: Results of the population-based survey RESPOND. *J Health Monit* 6(1):7–29
<https://edoc.rki.de/handle/176904/8657> (Stand: 23.09.2023)

15. Gottlieb N, Püschmann C, Stenzinger F et al. (2020) Health and Healthcare Utilization among Asylum-Seekers from Berlin's LGBTIQ Shelter: Preliminary Results of a Survey. *Int J Environ Res Public Health* 17(12):4514

16. Wahedi K, Biddle L, Jahn R et al. (2020) Medizinische Versorgung von Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen. *Bundesgesundheitsbl* 63(12):1460–1469

17. Bundesministerium für Gesundheit (2023) Zahnvorsorgeuntersuchungen.
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/zahnvorsorgeuntersuchungen> (Stand: 23.09.2022)

18. WHO (2022) Global oral health status report – towards universal health coverage for oral health by 2030, Geneva

19. Bozorgmehr K, Razum O (2015) Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. *PloS one* 10(7):e0131483

20. Listl S, Galloway J, Mossey PA et al. (2015) Global Economic Impact of Dental Diseases. *J Dent Res* 94(10):1355–1361

21. Bozorgmehr K, McKee M, Azzopardi-Muscat N et al. (2023) Integration of migrant and refugee data in health information systems in Europe: advancing evidence, policy and practice. *Lancet Reg Health Eur* 34

22. Kajikhina K, Koschollek C, Bozorgmehr K et al. (2023) Rassismus und Diskriminierung im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit – ein narratives Review. *Bundesgesundheitsbl* 66(10):1099–1108

Impressum

Journal of Health Monitoring

www.rki.de/jhealthmonit

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de

Verantwortlicher Redakteur

Dr. Thomas Ziese
Stellvertretung: Dr. Anke-Christine Saß

Redakteurinnen

Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Livia Ryl

Satz

Katharina Behrendt, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



**Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit**