



32. Jahrgang,
März 2013

Ausgabe 114

Forum für Zahnheilkunde

Zeitschrift des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde
und des Berufsverbandes der Allgemeinzahnärzte



B
V
A
Z

DAZ-VDZM-
Frühjahrstagung
20./21.04.2013
in Frankfurt/M.

Prof. Meyer zu ethisch,
wissenschaftlich und
wirtschaftlich vertretbarer
Füllungstherapie

(Nicht-)Berücksichtigung
von Extraktionen
in Studien beeinflusst
Endo-Erfolgszahlen

Konzept für
die Mutter aller
Endo-Studien

Außervertragliche
Leistungen gehören
auf den Prüfstand

www.daz-web.de
www.bvaz.de



Zahnärztliche Entwicklungshilfe auf den Philippinen:

Ausbildung einheimischer Multiplikatoren
zur Durchführung von Prophylaxe-Programmen



Oralprophylaxe auf den Philippinen- neue Wege zur Verbesserung der Mundgesundheit



Zahnärztliche Hilfsmaßnahmen in Entwicklungsländern bestehen überwiegend in einer akuten Schmerzbeseitigung und vielleicht noch in einfachen Unterweisungen im Gebrauch der Zahnbürste. Es stellt sich bei einem derartigen Vorgehen allerdings die Frage, ob damit der Mundgesundheitszustand der Bevölkerung nachhaltig verbessert werden kann oder ob nicht eine differenzierte Vorgehensweise für alle Beteiligten zu einem verbesserten Erfolg bei überschaubaren Kosten führt.



Trotz zahlreicher zahnärztlicher Hilfsmaßnahmen in den Entwicklungsländern ist weltweit festzustellen, dass sich der Mundgesundheitszustand in den betreffenden Regionen nicht verbessert, sondern zahnärztliche Hilfen meist einer Sisyphusarbeit gleichen und außer einer akuten Schmerzbeseitigung keine Verbesserung der Mundgesundheit der Bevölkerung bewirken.



Während sich in den Industrieländern aufgrund zahlreicher Maßnahmen der DMF-T Index erheblich verbessert hat (z.B. sank in Deutschland von 1983 bis 2009 dieser Wert von 6,8 auf 0,7), ist in den Dritte-Welt-Ländern meist eine gegenteilige Entwicklung zu beobachten: Der Wegfall naturbelassener Ernährung hin zu den dort sehr geschätzten Fast-Foods und ein hoher Süßigkeitsverbrauch vor allem bei den Kindern und Jugendlichen haben bei fehlender Mundhygiene und anderen flankierenden Maßnahmen zu katastrophalen Gebisszuständen geführt. Mit steigendem Wohlstand in diesen Ländern wird sich diese Situation in Zukunft noch weiter verschlechtern, sollten nicht neue Wege bei den zahnärztlichen Hilfsmaßnahmen gegangen werden. Hierbei wird nicht auf die bisherige alleinige Schmerzbeseitigung verzichtet werden können, denn oft leiden die Erkrankten monatelang darunter und



freuen sich über jede Hilfe, die ihnen diese Pein nimmt. Flankierend müssen allerdings auf breiter Basis präventive Maßnahmen bereit gestellt werden, die das Ziel haben, dass es auf längere Sicht erst gar nicht zu dieser Vielzahl der Erkrankungen kommt.

Die sozial-medizinischen Strukturen sind in den armen Ländern mit westlicher Orientierung – wenn überhaupt – nur unvollkommen. Von Seiten der meist in Unterzahl vorhandenen und auf Privatbasis praktizierenden Zahnärzte ist ebenso wenig zu erwarten, da diese Zahnmediziner mit den vielfältigen Reparaturen der besser gestellten Bevölkerungskreise vollauf beschäftigt sind und karies-verhütende Maßnahmen nur in wenigen Fällen anbieten.



Nun hat es sich nicht nur bei uns in Deutschland gezeigt, dass präventive Maßnahmen nicht unbedingt von Personen mit Hochschulabschluss durchgeführt werden müssen, sondern dass der Einsatz von speziell geschulten Adjutanten (nachfolgend „Volunteers“ genannt) gleichwertig ist, ja diese häufig eine bessere Compliance in der Bevölkerung haben.

Hinzu kommt in diesen Ländern noch die Sprachbarriere, welche wohl selten von ausländischen Zahnärzten überwunden werden kann. Dagegen ist die Kommunikation mit den Volunteers in einer gemeinsamen Sprache (i.d.R. Englisch) gut möglich.

Philippines Oral Health Care Program

Vor einigen Jahren entwickelte der Autor zusammen mit dem Hilfswerk der Deutschen Zahnärzte (HDZ) ein zahnärztliches Präventivprogramm, welches auf den bekannten 4 Säulen für eine Mundgesundheit beruht und den örtlichen Gegebenheiten angepasst wurde. Das zunächst bestehende Pilotprojekt auf der Insel Samar entwickelte sich derart gut, dass es auf den Philippinen von anderen Stellen nachgefragt wurde und nun zusätzlich auf den großen Inseln Cebu und Negros existiert und im kommenden Sommer auf die Südinsel Mindanao ausgeweitet wird. Hierbei sind die vom Autor geschulten und zertifizierten Volunteers die Hauptakteure und gehen bisher ihrer Tätigkeit mit großer Begeisterung und sichtbaren Erfolgen nach. Mit zu einem nachhaltigen Erfolg hat dabei sicherlich auch beigetragen, dass es sich hierbei nicht um einen Wohlstandstransfer von Reich nach Arm handelt, sondern um Hilfe zur Selbsthilfe – einer der Grundsätze des Hilfswerks Deutscher Zahnärzte (HDZ).

Volunteers

Grundvoraussetzung bei der Auswahl war eine gute Verständigung mit dem Autor auf englischer Sprachbasis und die Fähigkeit, erlerntes Wissen einfachen Bevölkerungskreisen in deren Worten zu erläutern und entsprechend zu demonstrieren.

Die Volunteers wurden in Gruppen von 8 Teilnehmern in einem eine Woche dauernden Kurs auf Grundlage eines englischsprachigen Skripts geschult und am Kursende das Erlernte überprüft und zertifiziert. Parallel dazu wurden praktische Übungen abgehalten und entsprechende Unterweisungen durchgeführt. Nach etwa einem halben Jahr wurde das Erlernte in einem dreitägigen Kurs vertieft und u.U. an die örtliche Situation weiter angepasst. Nach ca. einem Jahr erfolgte eine nochmalige Überprüfung und Nachschulung, um eine solide Grundlage für eine selbstständige Tätigkeit zu schaffen. Unabhängig davon besteht ein ständiger Email-Kontakt, um die Vorgehensweise bei auftretenden Problemen abzustimmen.

Fernziel einer jeden Schulung ist es, in einem weiteren Kurs das Entfernen harter

und weicher supragingivaler Zahnbeläge zu erlernen. Dieses setzt allerdings das Vorhandensein entsprechender Geräte (einfache Prophylaxe-einheit, Ultraschall-Scaler usw.) voraus und wird nicht in jedem Programm möglich sein.

Gemeinsam mit den Ausgebildeten wurden schließlich Gruppen unterschiedlicher Struktur (Kindergärten, Schulen, Schwangere usw.) gebildet und nachfolgende **Maßnahmen** durchgeführt:

- Vortrag und Demonstration durch einen oder mehrere Volunteers in der „Inselnsprache“ über die Notwendigkeit einer regelmäßigen Mundhygiene und die Supplementierung von Fluoriden sowie eine Ernährungsberatung. Da den meisten Bevölkerungskreisen aus finanziellen Gründen nur ein eingeschränktes Nahrungsangebot zur Verfügung steht, bezog sich diese Beratung hauptsächlich auf die häufigen süßen Zwischenmahlzeiten (Snacks, Limonaden) und auf das weit verbreitete nächtliche Stillen mit Einschlafen an der Brust bis zum 6. Lebensjahr hin.
- Erhebung einer ausführliche Anamnese
- Untersuchung und Dokumentation des Mundzustandes auf einem modifiziertem FDI-Formular
- Hinweis auf die Notwendigkeit eines Zahnarztbesuches. Mangels personeller (Zahnärzte) und finanzieller Ressourcen (geringer Verdienst, hohe Arbeitslosigkeit) wurde diesem Ratschlag nur selten Folge geleistet, da es ganz andere Probleme zu lösen gibt.
- gründliche Unterweisung in richtiger Mundhygiene, Demonstration der KAI-Technik und Zungenreinigung
- lokale Fluoridierungsmaßnahmen (F-Gelée, F-Lacke), individuell angepasst.
- Mitgabe eines Sets bestehend aus Zahnbürste, -fluoridhaltiger Creme, Becher und 500g fluoridiertem Speisesalz zum häuslichen Gebrauch (zum Kochen und Würzen)
- wiederholte Kontrollen und Remotivation im 8 Wochen-Rhythmus. Erneute Mit-





gabe von Zahnputzmaterialien und fluoridiertem Speisesalz.

Einsatz von Fluoriden (Fluoridprophylaxe)

Wissenschaftlich unbestritten kommt der Kariesprophylaxe mit Fluoriden eine zentrale Bedeutung zu. Diese Präventionsform ist, neben einem gesteigerten Mundhygienebewusstsein, auch der Hauptgrund dafür, dass in den letzten Jahrzehnten ein starker Rückgang der DMF-T Werte in den entsprechenden Ländern zu verzeichnen ist. Unterschiede werden generell in eine lokale und eine systemische Supplementierung. Während die lokale Verwendung zumindest eine befriedigende Mundhygiene und eine entsprechende Zeitdauer voraussetzt, wirkt die systemische auch bei den Kreisen, die nur unregelmäßig oder gar nicht reinigende Maßnahmen anwenden.

Bekanntlich gibt es verschiedene Formen der systemischen Fluoridzufuhr:

- Die **Trinkwasserfluoridierung** wurde von vielen Ländern wieder verlassen bzw. verboten, da nur ein geringer Teil des Leitungswassers zum Trinken benutzt wird (Umweltbelastung) und diese Form an Jedem verabreicht wird (Zwangsmedikation). Hinzu kommt, dass ein funktionierendes kommunales Wassernetz in ländlichen Gebieten in vielen Dritte-Welt-Ländern nicht vorhanden ist.
- Die **Tablettenfluoridierung** gilt nicht nur wegen der Unzuverlässigkeit einer regelmäßigen Einnahme als obsolet, sondern wird auch zunehmend wegen eines tägli-

chen Arzneimittelgebrauchs von frühester Jugend an abgelehnt.

- Die Verwendung von **fluoridiertem Speisesalz**, welches systemisch wie auch lokal wirkt, gilt heute als das Mittel der Wahl, da es die vorgenannten Nachteile nicht kennt. Jeder kann für sich selbst entscheiden, ob er diese Form der Kariesprophylaxe anwenden will. Eine gewünschte Dosierung ist dadurch gewährleistet, da jeder auf einen regelmäßigen, in der Menge konstanten Salzkonsum angewiesen ist. Einziger Nachteil bei dieser Supplementierung besteht auf den Philippinen darin, dass es dieses Salz im ganzen Land nirgends zu kaufen gibt und es deshalb z.B. aus Deutschland importiert werden muss. Interventionen bei verschiedenen Stellen haben bisher leider zu keiner Änderung geführt.

In dem von mir entwickelten Programm kommen die Fluoride in beiden Anwendungsarten zum Einsatz:

- häusliche Zahnpflege mit einer fluoridhaltigen Zahncreme und Zubereitung sowie Würzen der Speisen mit fluoridiertem Kochsalz
- lokale Fluoridierung mittels Schienen und Applikation von F-Gelees



Als didaktisch wertvoll erwies sich bei der Darstellung der Bedeutung von Fluoriden der sogenannte „Eier-Test“, bei

welchem ein Teil eines Hühnereis mit einem Fluoridgelee bestrichen wurde und der restliche Teil unbehandelt blieb. Nach Einlegen der so präparierten Kalkschale in eine Speiseessig-Lösung konnte der Unterschied deutlich gesehen werden und hat eindrucksvoll die unwissenden Personen von der Schutzwirkung dieser Maßnahme überzeugt.

Fazit

Zahnärztliche Hilfsmaßnahmen in Entwicklungsländern sollten sich nicht allein auf eine Schmerz beseitigung (Extraktionen, „Füllungen“ im Sinne einer Cariesprofunda-Therapie) oder dauerhaftere therapeutische Handlungen (Füllungen, einfacher Zahnersatz) beziehen, sondern müssen unbedingt auch präventive Programme beinhalten, damit sich der Mundgesundheitszustand der Bevölkerung nachhaltig bessert.

Langjährige Erfahrungen in Deutschland haben gezeigt, dass mit kostengünstigen prophylaktischen Maßnahmen (Gruppen- und Individualprophylaxe) eine erhebliche Verringerung der kariesbedingten Erkrankungen zu erreichen ist. Prophylaxe wirkt nicht über Nacht – nur sollte dies kein Grund sein, in den Dritte-Welt-Ländern darauf zu verzichten.

**Dr. Klaus de Cassan, info@ziis.de
Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ)
www.stiftung-hdz.de**

Kurzinfo zum Autor Dr. Klaus de Cassan

1970 Niederlassung in Murg am Hochrhein
1980-1992 Vors. der Bezirks-ZÄK Freiburg
1981-1989 Vors. der Vertretervers. KZV Freiburg
1986-1988 Vors. der BZÄK-Hauptversammlung
1989-2003 Vizepräsident der BZÄK
2000 Gründung des Web-Portals zahnwissen.de
ab 2012 Praxisübergabe/angestellter Zahnarzt



Gold im Mund – wem gehört`s, was macht man damit sinnvollerweise?

Vor dem Hintergrund einer umstrittenen Beilagenveröffentlichung in der Zeitschrift „Süddeutsche Zeitung“ hat das Niedersächsische Zahnärzteblatt (NZB 12-2012, S. 43) kürzlich die Frage nach den Eigentumsverhältnissen edelmetallhaltiger zahnärztlicher Versorgungen in Deutschland aufgegriffen. Da eine sehr sinnvolle Verwendungsmöglichkeit das Spenden der Goldreste für Entwicklungshilfeprojekte ist, möchten wir an dieser Stelle den NZB-Beitrag, vom Autor gekürzt, wiedergeben.

Wo Metall-haltige Inlays, Kronen oder Brücken erneuert oder Zähne mit Metallfüllung oder Metall-haltiger Krone extrahiert werden müssen, fällt Altmetall an, in der Regel eine Legierung aus verschiedenen Metallen, oft auch Edelmetallen. Man subsumiert sie meist unter den Ausdrücken Zahngold oder Altgold. Dieses Altgold ist nach den Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) grundsätzlich Eigentum des Patienten. Der Zahnarzt ist verpflichtet, dem Patienten sein Altgold auszuhandigen. Soweit möglich, sollte er ihm auch näherungsweise dessen Wert beziffern. Einbehalten kann der Zahnarzt das Altgold nur dann, wenn er auf aktive Nachfrage die ausdrückliche Zustimmung des Patienten dazu bekommen hat. Behält er es stillschweigend, handelt er rechtswidrig.

Auch wenn erkennbar oder bekannt ist, dass das Altmetall keine Edelmetallbestandteile enthält, ist es ratsam, dies dem Patienten zu sagen und wie im Fall von Edelmetall-haltigem Material den Patienten nach seinen Verwendungsvorstellungen zu fragen. Dies allein, um nicht späteren Unterstellungen ausgesetzt zu sein.

Die geschilderten Verhaltensweisen gelten natürlich nur dann, wenn es möglich ist, die (vermutlich) wertvollen Teile unter Erhalt des Edelmetalls aus den Mündern zu entfernen. Bei der Entfernung kleinerer Versorgungen durch „Herausbohren“ z.B. gelangen die z.T. winzigen Zahnersatzstücke in die Absaugvorrichtung, zusammen mit von anderen Personen stammenden Metallteilen. Die Rückgabe an Einzelne ist nicht mehr möglich. Auch hier sollte man Absprachen mit den Patienten dokumentieren.

Wenn Zahnärzte Patienten um die Überlassung von Zahngold bitten, dann tun sie dies in der Regel im Zuge von Spendenaktionen für karitative Zwecke. In manchen Praxen stehen dafür Spendenboxen. Zahlreiche zahnärztliche Initiativen sammeln Zahngold, geben es an Scheideanstalten und unterstützen mit dem Erlös soziale Projekte. Das Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (www.stiftung-hdz.de) finanziert so große Teile seiner

Projekte in der internationalen Entwicklungszusammenarbeit und kooperiert dabei mit einer Scheideanstalt, die ihrerseits auf die Bezahlung zugunsten dieser Projekte verzichtet.

Für Patienten lohnt es sich bei den kleinen Mengen oft kaum, ihr Zahngold selbst zu verkaufen. Zwar gibt es zahlreiche Goldankäufer, doch der Erlös ist vielfach gering – so werden für ein Gramm hochgoldhaltigen Altgoldes häufig weniger als zwanzig Euro bezahlt.

Reißerische Presseberichte über die angebliche massenhafte Unterschlagung von Zahngold in Praxen sind in mehrfacher Hinsicht bedauerlich: Sie beeinträchtigen die Spendenbereitschaft und das Vertrauen der Patienten, gefährden damit die Finanzierung sozialer Projekte und diskreditieren das ehrenamtliche soziale Engagement von Zahnärzten und Praxisteamen.

Seitens der „Forum“-Herausgeber laden wir Zahnärzte und Patienten herzlich ein, die Nutzung des Altgoldes für soziale Zwecke oder Entwicklungsarbeit zu unterstützen. Bspw. der vorstehende Bericht zeigt, welche sinnvolle Hilfe so geleistet werden kann.

**Dr. Lutz Riefenstahl
Gronau/Leine**