

THIKA, KENIA

# St. Mulumba Hospital eingeweiht



Im Rahmen der Einweihungsfeier überreicht eine kleine Schönheit Dr. Winter ein Geschenk. Sr. Bernadette (Leiterin des Hospitals) freut sich darüber.



Der Festzug zieht singend und tanzend durch das St. Mulumba Krankenhaus.



Auch für den so dringend benötigten Krankenwagen kam das HDZ auf.

Thika, mit seinen rund 80 000 Einwohnern, liegt einhundert Kilometer nördlich von Nairobi. Hier herrscht die höchste Aidsrate Kenias. 30 % der Bevölkerung ist mit diesem Virus infiziert. Ein Krankenhaus ist deshalb in dieser Umgebung ein Segen. Anlässlich der Einweihung des St. Matia Mulumba Hospital in Thika, war Dr. Klaus Winter, Präsident des HDZ (Hilfsdienst Deutscher Zahnärzte) nach Thika gekommen. Die Stiftung HDZ hat in den letzten 12 Jahren über eine Million Euro für verschiedene Projekte der Missionsdominikanerinnen in Thika gespendet. Für ihn war die Reise wiederum ein großes Erlebnis. Dr. Winter schreibt: „Es war überwältigend! Allen Beteiligten gilt mein großer Dank. Selbst die Kinder aus der Primary School, vom Waisenhaus und vom Compound haben in den Darbietungen ihre vielen Begabungen, ihr Können, ihre Dankbarkeit und ihre Freude zum Ausdruck bringen können. Alle Teilnehmer – Zuhörer und Zuschauer – waren ergriffen und nahmen ein großes Geschenk mit nach Hause. Ich bin sehr dankbar für die Nähe der Projektpartner, für die entstandene freundschaftliche Verbundenheit, für den gleichgesinnten Geist und Humor, für den notwendigen, gewinnbringenden Gedankenaustausch und vor allem für das Vertrauen, das wir uns gegenseitig schenken. Möge uns GOTT auf diesem Weg weiterhin begleiten.“ Wir sind sehr dankbar für diese großzügigen Projektpartner und bitten um Gottes Schutz und Segen für sie und ihre Familien.



Auch Zähne putzen will gelernt sein.

## IMPRESSUM

**kontinente-Beilage der Missionsdominikanerinnen Neustadt, Schlehdorf, Strahlfeld**

**Verantwortlich für die Ordensinformationen der Neustädter Missionsdominikanerinnen:**  
Schwester Eva-Angelika Herbst OP,  
Klosterhof 3, 97845 Neustadt,  
Telefon (0 93 93) 1067

**Verantwortlich für die Ordensinformationen der Schlehdorfer Missions-Dominikanerinnen:**  
Schwester Barbara Witing OP  
Künkelinstr. 34, 73614 Schorndorf  
Telefon (07181) 21679

**Verantwortlich für die Ordensinformationen der Strahlfelder Missionsdominikanerinnen:**  
Schwester Geraldine Busse OP,  
Kloster St. Dominikus,  
93426 Roding-Strahlfeld,  
Telefon (0 94 61) 91 12 75

**Vertrieb:**  
Missionsdominikanerinnen,  
97845 Neustadt/Main,  
LIGA Würzburg,  
Kto.-Nr. 3015904-BLZ 75090300  
Missions-Dominikanerinnen,  
82444 Schlehdorf,  
Sparkasse Schlehdorf,  
Kto.-Nr. 104 430-BLZ 703 510 30  
Missionsdominikanerinnen,  
93426 Roding-Strahlfeld,  
Kreissparkasse Köln,  
Kto.-Nr. 338/000390-BLZ 370 502 99

**Preise:**  
12,90 Euro. Nicht abbestellter Bezug gilt als erneuert.

**Litho und Druck:**  
LVD Limburger Vereinsdruckerei,  
Senefelderstraße 2, 65549 Limburg.

Objekte 31–32–33





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](http://www.daz-web.de)  
[www.bvaz.de](http://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-





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.



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. Unterschieden wird 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.

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.



### 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.

### 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.



- Die **Tablettenfluoridierung** gilt nicht nur wegen der Unzuverlässigkeit einer regelmäßigen Einnahme als obsolet, sondern wird auch zunehmend wegen eines tägli-



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](mailto:info@ziis.de)  
Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ)  
[www.stiftung-hdz.de](http://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](http://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](http://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 Praxisteams.

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**



[1]

**Die offizielle Einweihung: Als besondere Ehre durften die HDZ-Vertreter „königliche Nationalgewänder“ tragen. (© HDZ)**

•

18. März 2013

Neuigkeiten aus Afrika

Dr. Klaus Winter zieht positives Resümee nach erster HDZ-Projektreise (1)

Dass die Spendengelder auch wirklich denjenigen zugutekommen, für die sie bestimmt sind, und so eingesetzt werden, wie die Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ) es vorgesehen hat – davon überzeugt sich Stiftungsvorsteher Dr. Klaus Winter regelmäßig selbst. Seine erste Projektreise in diesem Jahr führte ihn nach Nigeria, Kenia und Ghana. Begleitet wurde er von seinem Kollegen, Dr. Paul Festl. Nach zwei anstrengenden Wochen kehrten beide mit vielen neuen Eindrücken zurück.

Das erste Ziel, das westafrikanische Nigeria, genauer gesagt den Bundesstaat Enugu im Süden des Landes, erreichten sie am 5. Februar 2013. Im feucht-heißen, tropischen Süden werden Baumwolle, Kokosnüsse und Reis angebaut. Auch die Gewinnung von Bodenschätzen, wie Kohle, Kalkstein, Eisenerz und Bauxit ist bedeutend, ebenso die Förderung von Erdöl und Erdgas. Nigeria ist der sechstgrößte Ölproduzent innerhalb der OPEC.



Seine Ressourcen konnte das Land, das bis 1998 eine Militärdiktatur war, bisher jedoch nicht für eine erfolgreiche Armutsbekämpfung nutzen. Obwohl seit 15 Jahren eine demokratische Regierung an der Macht ist, hat sich an Korruption und Misswirtschaft nicht viel geändert. Kranke, Arme und Alte sind auf Familienhilfe angewiesen, nur Regierungsbedienstete kommen in den Genuss öffentlicher Fürsorge. Die Trinkwasserversorgung ist schlecht, ebenso wie die hygienischen Verhältnisse.

Kriminalität ist an der Tagesordnung, Umweltverschmutzung allgegenwärtig. Niedrige Einkommen, eine rasant wachsende Bevölkerung und eine leere Staatskasse führten zum Scheitern aller Pläne, ein Gesundheits- und Rentensystem zu schaffen. Epidemien fordern unter der unterernährten und schlecht versorgten Landbevölkerung oft Tausende von Opfern. Und obwohl in Nigeria eine neunjährige Schulpflicht besteht, besucht nur etwa jedes zweite Kind eine Schule.

Wie in den meisten Fällen ist Bildung auch in Nigeria der Schlüssel zu einem besseren Leben. Dieser Ansicht ist nicht nur das HDZ, sondern auch der nigerianische Priester Dr. Boniface Amu. Er kennt die Probleme seines Landes nur zu gut und sucht Zeit seines Lebens nach Lösungen.

Während seines Theologiestudiums in Bonn hatte er die Vision, nach seiner Rückkehr in seine Heimat ein Bildungszentrum für sozial schwache Familien zu gründen. Er wollte damit Menschen Perspektiven eröffnen, eigene Schritte aus Resignation und Armut zu gehen und ein selbstverantwortliches Leben zu führen. Es entwickelte sich ein Konzept unter dem Leitgedanken „Bildung ist Befreiung“ – die Basis zur Gründung des Vereins, der unter dem Namen „Enyiduru-Projekt Nigeria e.V.“ im Jahre 1996 ins Leben gerufen wurde.

Vor einigen Jahren schrieb Pater Amu an das HDZ: „Mein Traum ist, dass Kinder in Nigeria zehn Jahre lang die Möglichkeit haben zu lernen – in einem Umfeld ohne Korruption, ohne Lüge und Gewalt, ohne Stehlen und Betrug, dafür in Selbstachtung und Würde. Das ist eine Erziehung, die hier im Land nicht bekannt und nicht möglich ist. Wenn diese Kinder dann mit dieser neuen Lebensqualität in die Welt geschickt werden, Familien gründen und Arbeit finden, wird das nach und nach eine Veränderung bewirken. Das Gleiche gilt für alle Lehrer, Mitarbeiter und Eltern.“

„Dieses Schreiben hat mich tief bewegt“, sagt Winter heute. „Daher haben wir uns entschlossen, Dr. Amu zu unterstützen und ein entsprechendes Projekt ins Leben zu rufen: Ein Bildungszentrum mit Ganztagsbetrieb, das speziell Kindern und Jugendlichen aus sozial schwachen Familien in der Region Nsukka die Möglichkeit geben sollte, eine Schule zu besuchen. Gleichzeitig wollten wir eine ausreichende und angemessene Ernährung der Schüler sicherstellen. Weitere Ziele waren, das soziale Miteinander zu verbessern und durch die Errichtung eines Schulgartens das Bewusstsein und die Fähigkeit zur Selbstversorgung zu fördern. Außerdem wollten wir Bildungsangebote für



Erwachsene anbieten und Workshops für Eltern und Lehrer initiieren. All dies ist gelungen.“

### **Der Schulbau erfolgt traditionell in Handarbeit**

Mit dem Grundstückskauf im August 2007 begann die Umsetzung, die sich in Etappen vollzog und den Bau eines Schulgebäudes für 400 Kinder mit Küche, Sanitäranlagen und Schulgarten umfasste. „Für den gesamten Bauprozess, die Materiallieferungen und die Inneneinrichtung wurden ausschließlich kleine örtliche Firmen und Handwerker verpflichtet“, erläutert Winter. „Alles entstand in Handarbeit ohne den Einsatz von Baumaschinen. Dadurch hat die Fertigstellung zwar etwas länger gedauert, aber den Menschen der Region dafür sehr geholfen. Chibuzo, einer der Bauarbeiter, konnte beispielsweise durch das verdiente Geld heiraten.“

Winter und Festl waren stolz, das Bildungszentrum jetzt – zwei Jahre nach der Inbetriebnahme – offiziell übergeben zu dürfen. Anwesend waren neben den HDZ-Vertretern auch Pater Amu sowie Birgitta Schneider als Vorstandsmitglied des Enyiduru-Vereins in Bonn, der Bürgermeister des Dorfes sowie viele Schüler und Eltern.

„Zur Konzeption unserer Schule gehörte auch, dass schon die ganz Kleinen neben Spiel und Wissenswertem auch etwas über Hygiene und Körperpflege erlernen und mit diesem ‚Vorwissen‘ dann das erste Schuljahr beginnen. Dieses Wissen tragen die Kinder dann in ihre Familien und geben es dort weiter“, erklärt Winter.

Die Zahnpflege übten die beiden Zahnärzte gemeinsam mit den Kindern. „Hierfür hatte uns freundlicherweise der Zahnhygieneverein mit einer großzügigen Sachspende ausgerüstet“, so Winter. „Die Durchführung eines künftigen professionellen HDZ-Zahnprophylaxe-Programms mit der Ausbildung und Schulung von Hilfspersonal haben wir ebenfalls mit den Projektträgern besprochen.“

### **Glückliche Kinder und Eltern**

Und auch die Freude der Eltern und Schüler ist groß. So sagte Regina Omega, eine der Mütter: „Ich finde die Schule großartig, daher habe ich zwei Kinder hierher geschickt. Ich nehme auch selbst an allen Eltern-Veranstaltungen teil. Dabei habe ich gelernt, wie wichtig es für Kinder ist, in die Schule zu gehen. Glücklicherweise bin ich auch, dass die Kinder hier zu essen bekommen.“ Und Fidelis Eze, eine andere Mutter, ergänzt: „Alles was hier entstanden ist, ist toll und nicht zu vergleichen mit den staatlichen Schulen. Die Kinder benehmen sich hier wie Kinder und nicht wie ‚Tiere‘ in anderen Schulen.“

Auch Informa Ugnuoke hat drei Kinder in dem Bildungszentrum. „Meine Kinder lernen hier viel, besonders fällt mir auf, dass sich ihr Benehmen verbessert hat. Sie sind treu und ehrlich geworden. Auch Dankbarkeit und Sauberkeit haben zugenommen.“ Und die Schülerin Uguru Cynthia fasst ihr Glück in einem Satz zusammen: „For who I am today, thank you!“ Was lässt sich da noch hinzufügen? Eigentlich nichts mehr, außer: „Den Dank des kleinen Mädchens geben wir an unsere treuen Spender weiter“, so Winter abschließend.

**Yvonne Schubert, Busenberg**

## **Ähnliche Beiträge**

[Kleine Sternstunde für das soziale Engagement der Zahnärzteschaft](#) [2]

[Menschen das Lachen zurückgeben](#) [3]

[Tweet](#) [4]

**Quell-URL:** <http://www.dzw.de/artikel/neuigkeiten-aus-afrika>





*In dieser Ausgabe geht es um eine Zahnärztin in einem health center im Slum von Buenos Aires und um den Einsatz Berliner Zahnärzte in einer Klinik des Arbeiter-Samariter-Bundes in Gambia, dem kleinsten Land Afrikas. Zudem wird das neue Kozept der Bundesregierung zur Entwicklungszusammenarbeit skizziert.*



# Hand in Hand für Slumkinder

**Angefangen hat alles 2004 in einem Gesundheitszentrum in einem Elendsviertel von Buenos Aires: Schulkinder mit zerstörten Zähnen, ein Allgemeinarzt, der verzweifelt feststellte: „Wir kommen immer zu spät!“ Und dann war da noch eine Mitarbeiterin von „Apotheker ohne Grenzen“. Sie hatte die Vision, ein Zahnhygieneprogramm für Kinder zu starten. Das HDZ fördert die Initiative.**

99,9 Prozent der Menschen in Slums putzen die Zähne nicht und kennen sich auch nicht mit gesunder Ernährung aus. Die Folgen sind bei jedem Lächeln zu sehen: fehlende oder gar keine Schneidezähne, schon bei Kindern und Jugendlichen. Die Organisation „Apotheker ohne Grenzen“ (AoG) hat Zahnbürsten, Zahnputzbecher, Plaquefärbetabletten und pädagogisches Material für die Schulungen zur Verfügung gestellt. Damit wollte sie gegen die massenhafte Abgabe von Amoxicillin und Paracetamol angehen. Lehrer berichteten prompt, dass die Kinder weniger häufig Zahnschmerzen hätten. Aber ein Zahnarzt fehlte immer noch im Team. In Buenos Aires gibt es an sich ausreichend Zahnmediziner. Sie arbeiten allerdings nicht in Elendsvierteln. Für ein geringes Gehalt in einem slum health center nur Zähne zu ziehen, ist wenig attraktiv.

## Eine Arbeit mit Perspektive

2008 konnte das Zahnhygieneprogramm endlich professionell mit einer Zahnärztin angegangen werden. Für das health center wurde eine Zahnmedizinerin gesucht, die ein langfristiges Zahnhygieneprojekt in mehreren Kindergärten der Umgebung aufbauen sollte. Vom Gesundheitszentrum aus sollten Putztrainings und Zahnbehandlungen für Kinder der verschiedenen Horte und Kindergärten im Slum angeboten werden. Es gab nur eine einzige Bewerbung. Die Zahnärztin konnte es nicht glauben: Endlich traf sie eine Hilfsorganisation, die langfristig arbeiten wollte. Die ersten Monate finanzierte AoG, dann wurde die Gehaltszahlung von der Stadtverwaltung übernommen. Für die Zahnärztin ging ein Traum in



Foto: HDZ

*Zahnputzübungen im Slum von Buenos Aires: Apotheker ohne Grenzen und das HDZ machen es möglich.*

Erfüllung, nicht nur kurativ, sondern endlich präventiv in den Slums arbeiten zu können. Fast 400 Kinder sind im Programm. 2012 kam die Unterstützung der deutschen Zahnärzte dazu. Die Stiftung HDZ finanzierte von da an die Prophylaxe-Arbeit der argentinischen Kollegin. Zum Ende dieses Jahres besucht ein HDZ-Kollege das health center, um zusammen mit der Kollegin vor Ort und AoG den Aufbau eines Multiplikatorenprogramms zu evaluieren.

## Koordination läuft über Apotheker ohne Grenzen

Koordiniert wird die Arbeit im Gesundheitszentrum von der ärztlichen Direktorin, AoG-Mitglied Dr. Carina Vetye-Maler, die aus Argentinien stammt und sechs Monate im Jahr vor Ort ist. „In Slums benötigt man Gesundheitsteams. Die Probleme sind so groß, dass man zusammenarbeiten muss, einzeln kann jeder nur wenig erreichen. Als wir Apotheker hier starteten, fehlten die einfachsten Arzneimittel. Die Leute kamen nicht mehr: Was sollten sie mit der Diagnose und einem Rezept, wenn man ihnen das benötigte Me-

dikament nicht gab und sie es nicht kaufen konnten?“ Die Pharmazeuten bauten erst einmal eine 12 m<sup>2</sup> große Apotheke inklusive Medikamentenlager in das öffentliche Gesundheitszentrum. Nun werden die Basisarzneimittel zuverlässig vorgehalten. Chronische Therapien können durchgeführt werden, ehrenamtliche argentinische Apotheker übernehmen das Monitoring. Damit wurde die Patientenbindung neu aufgebaut, die Menschen aus dem Viertel kommen wieder. Und: Das Gesundheitspersonal hat gelernt, im Team zu arbeiten: Kinderärztin, Frauenärztin und Allgemeinärztinnen senden ihre Patienten – auch Mütter mit Babys – zur Zahnärztin weiter, wenn sie dentale Probleme erkennen. Die Arbeit der Zahnmedizinerin in den Kindergärten wird von allen aktiv unterstützt: Ärztin, Apothekerin oder Krankenschwester, zwei oder drei Gesundheitsmitarbeiter sind immer dabei, wenn die Zahnärztin mit den Kleinsten arbeitet. Ein Erfolgsprojekt, das monetäre Unterstützung benötigt.

*Dr. Klaus Winter  
Vorsteher der Stiftung HDZ  
Postfach 1351  
37423 Bad Lauterberg*

*Spendenkonto:  
Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte  
Deutsche Apotheker- und Ärztekasse  
Konto: 000 4444 000  
BLZ: 300 606 01  
„Zahnhygieneprogramm Argentinien“*

### INFO

## Apotheker ohne Grenzen

Die „Apotheker ohne Grenzen“ engagieren sich für Menschen, die auf die Unterstützung anderer angewiesen sind. Die Notfallhilfe der Apotheker ohne Grenzen reagiert auf akute Katastrophen wie Erdbeben oder Fluten. Langfristige Projekte zielen auf die Verbesserung der Strukturen in der Gesundheitsversorgung ab.

[www.psfde.org](http://www.psfde.org)