

Zahnärztliche Erfahrungen in Indien

Müll, Dreck und Schmutz, wohin das Auge blickt. Hektik, hupende Autos, die sich nach ganz individuellen Regeln ihren gefährlichen Weg durch das Verkehrschaos bahnen, Ricksha-Fahrer, die jede Lücke füllen und ihre Dienste lauthals aufdrängen, andere, die jede Art von Ware in der Straße um jeden Preis verkaufen wollen und Menschen, viele Menschen, die überall schlafen, Menschen, die überall hinspucken, die überall urinieren, ungeniert, ohne Wahl. Arme Menschen, die nur dreckige Lumpen tragen, bettelnde Menschen, die auf ein paar Rupees hoffen, Kinder ohne Chance auf ein lebenswürdiges Leben; eine Welt, eingehüllt von sanft süßlichem Geruch glimmender Räucherstäbchen und die unbarmherzige Sonne, die dieses Szenario jeden Tag aufs Neue in ihr grelles Licht taucht: Indien! Eine andere Welt, eine fremde Welt, und doch nur knapp 10 Flugstunden von Deutschland entfernt.

Die Kinderwelt in Indien

Beängstigt und erschlagen von diesen ersten Eindrücken der asiatischen Welt erreichten Andrea Grote, Zahnarzhelferin aus Wüstring bei Oldenburg, und ich den Flughafen von Madurai in Südindien, um dort in einem Projekt der Kinder-nothilfe Duisburg zahnärztliche Hilfe zu leisten. In teilweise sehr entlegenen Ortschaften Südindiens (ca. 80 Prozent aller Inder* lebend auf dem Land) befinden sich Kinderheime, in denen arme und bedürftige Kinder, oft Waisen, eine neue (Über-) Lebenschance erhalten. Die Kriterien für die Aufnahme eines Kindes in ein solches Heim der Kinder-nothilfe sind streng und werden verantwortungsvoll überprüft, denn Indien ist das Land armer Kinder. Sie werden zur Arbeit geschickt, sobald sie gerade laufen und sprechen können. „Stop child Labour“ ist hin und wieder groß an den Wänden zu lesen,

doch weit ist der Weg dorthin! Schule ist Zeitverschwendung, und im Restaurant als Geschirrabräumer können immerhin 20 Rupees am Tag (ca. 1 DM) heraus-springen, wenn der Junge hart arbeitet. Für Mädchen sind die Chancen ungleich schlechter. Nicht nur, daß ihre Arbeitskraft im Vergleich zu den Jungen traditionell weit unterbewertet ist, sondern – bedingt durch die extreme Ausprägung des Mitgiftsystems – wird die Geburt eines Mädchens als großes Unglück empfunden. 99 Prozent aller abgetriebenen Kinder sind weiblich! So sind auch die meisten Kinderheime Mädcheninternate. Sie werden durch Patenschaften unterhalten, für die in Deutschland kräftig geworben wird. Ein monatlicher Beitrag von 60 DM sichert ein indisches Kinderleben. Die Kinder bekommen dort gute Unterkunft, Kleidung, Verpflegung, eine vernünftige Schulbildung und je nach Fähigkeit und Neigungen wird auch ein Hochschulstudium finanziert. Sie erhalten eine disziplinierte Erziehung, medizinische und eben auch eine zahnärztliche Versorgung.

Die Arbeit in der Dental Clinic

Im Lucy Perry Noble Institute (LPNI) Special High School for Girls in Madurai im Süden Indiens im Bundesstaat Tamil Nadu waren wir untergebracht. Diese Schule besuchen 1200 Mädchen, wovon ca. 350 in drei verschiedenen Internaten auf diesem Schulgelände leben, sämtliche durch westliche Patenschaften finanziert. In der weiteren Umgebung dieser Schule besuchten Andrea und ich weitere elf Mädchen- und drei Knaben-Heime. Der Besuch des deutschen Zahnarztes in Madurai hat eine gewisse Tradition. Fast regelmäßig, leider nur etwa einmal im Jahr, besucht ein Kollege die Region, mit einmal mehr oder weniger Zeit. Die Arbeit ist freiwillig und unentgeltlich, so daß die Koordinatoren des Vereins

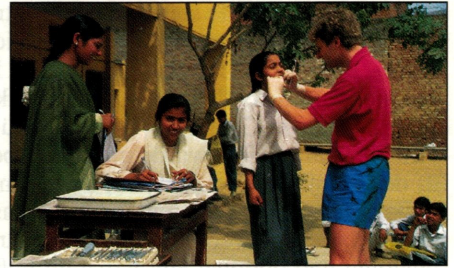


Abb. 1: Untersuchung mit einfachen Mitteln und Sonnenlicht, 2 angelernte indische „Helferinnen“ unterstützen mich



Abb. 2: Verkaufsstand für Neem sticks, der „natürlichen“ Form der indischen Zahnbürste

„Zahnärzte für Indien“ manchmal große Schwierigkeiten haben, eine auch nur halbwegs kontinuierliche Folge in den verschiedenen Projekten sicherzustellen. Unsere Erfahrungen während des vierwöchigen Arbeitsaufenthaltes in Madurai können und sollen aber jeden Interessierten nur dazu ermuntern, einmal einen ganz anderen und sicherlich ungleich interessanteren Urlaub auf diese Weise zu verbringen.

Wie sah unsere Arbeit nun konkret aus? Zunächst mußten wir feststellen, daß nicht nur ein großer Behandlungsbedarf in den indischen Kindernündern bestand, sondern auch zumeist gar kein bis geringes Zahnbewußtsein in ihren Köpfen. Wir entwickelten also ein Unterrichtsprogramm zur zahnärztlichen Prophylaxe. In etwa 45 Minuten erklärten Andrea und ich mit Hilfe unseres Übersetzers (die Kinder verstehen nur Tamil, ihre Muttersprache, wirklich gut)

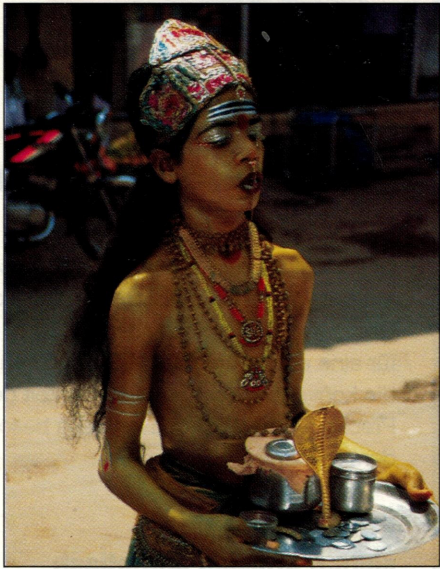


Abb. 3: Indischer Asket bittet um Opfer für „seinen“ Gott Shiva

in Gruppen von ca. 150 Kindern die Grundzüge der Kariesätiologie und -prophylaxe, demonstrierten oft unter großem Gelächter eine effektive Zahnpflichtechnik und überprüften den Lernerfolg, indem wir einige Schüler zur praktischen „Zahnpflichtshow“ nach vorn bemühten. Eine besondere Schwierigkeit war dabei immer wieder, die Kinder davon zu überzeugen, daß eben nicht morgens nach dem Aufstehen der richtige Zeitpunkt sei, die Zähne zu reinigen, eine scheinbar in ganz Asien verbreitete Gewohnheit.

Ein Check-up aller Kinder enthüllte in kurzer Zeit die enorme Behandlungsnotwendigkeit. Jetzt begannen die organisatorischen Schwierigkeiten: Die behandlungsbedürftigen Kinder mußten aus der näheren und ferneren Umgebung mit öffentlichen Transportmitteln zum Missionshospital gebracht werden, wo uns ein zahnärztlicher Behandlungsraum (dental clinic) zur Verfügung gestellt wurde. Daß dieser Transport unter indischen Verhältnissen nicht immer einfach und oft mit großen Problemen verbunden war, ist dabei nur eine der erwähnten Schwierigkeiten. Die Arbeitsverhältnisse gestalteten sich ebenfalls kompliziert: Der diensttuende indische Kollege erwies sich als nicht sehr kooperativ, die sehr nette, aber leider nicht ausgebildete Zahnarzthelferin konnte die Situation auch nicht entschärfen. Nicht einmal die

Grundregeln der Hygiene schienen Eingang gefunden zu haben in diese nach indischen Maßstäben moderne und fortschrittliche Praxis, obwohl Autoklav und genügend Desinfektionsmittel aus Deutschland zur Verfügung standen. Rostige Zangen und Hebel, die offen liegen und auf den Moment ihres Einsatzes warten oder in dunklen und staubigen Schränken weiter vor sich hinrosteten, oft bis zur Unkenntlichkeit verbogene Heidemann- und Zementspatel, stumpfe Sonden und blinde zerkratzte Spiegel rundeten das Bild entsprechend ab. Das Wasserspray an der deutschen Ritter-Einheit war wahrscheinlich noch nie angeschlossen worden, und die Beleuchtung mußte erst mal dringend entstaubt werden. Auch die Absauggerätschaften waren reine Atrappe. Mund weit auf und ausspucken, ist die Devise. Mit einem Wort: Die Einheit ist verwahrlost! Kein Wunder, denn hier weiß niemand, wie sie zu warten ist. Viel Freude hatte Andrea an dem Ultraschallgerät, das nur wenig vibrierte und noch weniger Kühlwasser dazu lieferte. Sie zog letztendlich die mitgebrachten Handinstrumente vor. Die riesigen Materialschränke sind größtenteils leer, mal abgesehen vom Staub und den längst abgelaufenen Materialien aus Deutschland. Die häufigen Stromausfälle sorgten darüber hinaus für Begeisterung. Erst gegen Ende meiner Zeit gelang es schließlich, auch die Dental Clinic und nicht, wie bisher, nur ihren Ventilator an das Generatormetz des Hospitals anzuschließen.

Wir taten unser bestes: Andrea setzte ihre Patienten auf einen Stuhl ins spärlich einfallende Sonnenlicht und konnte ihre in Fortbildungskursen der Zahnärztekammer erworbenen Kenntnisse reichlich in die Praxis umsetzen. Aufgrund der mangelnden bis gar nicht vorhandenen Mundhygiene ist die Zahnsteinentfernung und Kürettage eine zentrale Therapie schon bei Fünfjährigen. Es gab eine Unmenge von Milchzahnextraktionen, viele früh zerstörte Sechsjährmolaren, die entfernt werden mußten. Ein- und mehrflächige Amalgamfüllungen standen im Mittelpunkt meiner Therapiepalette. Auch Frenektomien waren nicht selten. Osteotomien verlagerte Zähne oder Wurzelkanalbehandlungen waren allerdings mit unüberwindbaren Hindernissen verbunden, die nicht nur

die Hygiene betrafen. Und doch: Während unserer Zeit in Madurai ist uns kein einziger Fall postoperativer Infektion zu Ohren gekommen, obwohl ich mich gegen den Rat meines indischen Kollegen strikt geweigert habe, bei jeder noch so komplikationslosen Extraktion kategorisch ein Antibiotikum zu verordnen. Nur ein Beweis für die ausgesprochen gute Resistenzlage der Inder.

In unseren vier Wochen in Madurai und Umgebung hatten wir eine zugegeben sehr mühsame und dennoch befriedigende Arbeit. So eng gestaltete sich der Kontakt zu den Kindern, daß es auch Andrea am Ende sehr schwer fiel, daß LPNI in Madurai zu verlassen. Wieder einmal hatte die zahnärztliche Hilfe ein festes Band geknüpft und auch so grundverschiedene Kulturen wie die indische und unsere einander sehr nahe gebracht. Nach Andreas Abreise setzte ich dann die Arbeit in der Nachbardiözese Tiruchirapalli allein noch weiter fort, wo ich wieder mit ganz anderen Umständen und Schwierigkeiten konfrontiert wurde.

Für mich ist es ein ganz anderes Erlebnis des zahnärztlichen Berufes als im so verbissenen und reglementierten deutschen Alltag gewesen. Hier darf der soziale und charitative Aspekt unserer Tätigkeit wieder allein im Mittelpunkt stehen, und hier ist Uneigennützigkeit glaubhaft. Ungleich befriedigender ist das Gefühl, wenn selbst die kleinsten Kinder uns abends zulächeln und uns eine gute Nacht wünschen, nicht aber, ohne uns vorher mit viel Spaß und Engagement ihre neu erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten in der Zahnpflege ausgiebig vorgeführt zu haben.

Korrespondenzadresse:

Dr. Gerhard Kanne
Westerholtsweg 69 c
26133 Oldenburg
Tel.: 0441/5040615

Kontaktadressen für Patenschaften und Spenden:

Kindernothilfe e. V.,
Düsseldorfer Landstraße 180
42729 Duisburg, Tel.: 0203/7789-0.
Verein „Zahnärzte für Indien“,
Oetelsbachstraße 9
76275 Ettlingen, Tel.: 07243/99839.