

So leben unsere kleinen Patienten

Autor(en): **Saameli, W.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Das Schweizerische Rote Kreuz**

Band (Jahr): **80 (1971)**

Heft 8

PDF erstellt am: **14.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-974540>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

So leben unsere kleinen Patienten

Dr. med. W. Saameli

Ursprünglich hatte man nur an eine notfallmässige Hilfsaktion für tibetische Flüchtlingskinder in Nordindien gedacht. Das 2000 Meter hoch im Westhimalaya gelegene «Swiss Red Cross Dispensary» des «Tibetan Children's Village» in Dharamsala entwickelte sich jedoch im Laufe der Jahre zu einer ständigen Krankenstation mit 60 Kinderbetten und einem weitherum bekannten Ambulatorium für Erwachsene verschiedenster Herkunft.

Die Equipe des Schweizerischen Roten Kreuzes besteht aus einem Arzt und einer Krankenschwester. Sie arbeitet unabhängig von bestehenden Institutionen des exiltibetischen oder indischen Gesundheitswesens und ist direkt dem Schweizerischen Roten Kreuz unterstellt. Die administrative Leitung des 750 Kinder zählenden Lagers obliegt offiziellen tibetischen Stellen, nämlich der Schwester des Dalai Lama und einem seiner zwei verehrten Lehrer. Das Hilfspersonal für den Betrieb der Krankenstation und des Ambulatoriums wird von der Kinderdorfleitung zur Verfügung gestellt und ist ausschliesslich tibetischer Herkunft. Es besteht aus einem knapp 30jährigen Hilfspfleger, der wohl schon einige Jahre in spitalähnlichen Verhältnissen in Nepal und Indien geholfen hat, aber kaum imstande ist, selbständig zu arbeiten. Er betätigt sich vor allem als Übersetzer, da er neben der tibetischen Umgangssprache Kenntnisse in Nepali, Englisch, Hindi und dem lokalen indischen Dialekt besitzt. Wertvoller ist die Hilfe eines kaum 20jährigen Mädchens, das ohne Ausbildung spontan die im Ambulatorium und in der Krankenabteilung anfallende Arbeit erkennt und auch mit Einfühlungsvermögen Patientenaussagen zu übersetzen versteht. Daneben sind der Krankenstation noch etwa sechs «Kinderfrauen» ohne Schulausbildung und eine alte buddhistische Nonne zugeteilt. Letztere vermag die ihr zugeordnete Rolle als Hausbeamtin nur ungenügend zu erfüllen. Bei den andern fehlt es weniger am guten Willen als an der geistigen Aufnahmefähigkeit zum Verständnis ihrer verantwortungsvollen Arbeit. In einem wochenweisen Wechsel müssen ihnen verschiedene Pflichten wie Säuglingspflege und Nachtwache übertragen werden.

Die medizinischen Einrichtungen sind in einem einstöckigen Gebäude untergebracht, das hufeisenförmig angelegt ist und durch eine gedeckte Terrasse sein besonderes Aussehen erhält. Sie führt von drei Seiten her gegen den Hof hin. Ein grosser, heller, durch Medikamentenschränke unterteilter Raum dient als Sprechzimmer, Behandlungsstelle und Apotheke. Behandlungs- und Verbandtische werden häufig auf der Terrasse aufgestellt. Zwei kleinere Räume werden als Untersuchungszimmer und Notfallstelle benutzt bzw. als Labor. Der Sterilisateur ist von der unregelmässigen Stromzufuhr abhängig. Häufig muss man sich daher

mit dem Auskochen der Instrumente auf dem Kerosinbrenner begnügen. Die Medikamentenvorräte setzen sich aus den jeweilig günstigsten auf dem lokalen indischen Markt erhältlichen Arzneien zusammen und werden ergänzt durch periodische Spenden aus Amerika oder Deutschland, die teilweise höchste Ansprüche befriedigen oder als veraltete bzw. nicht mehr viel verlangte Artikel berechtigterweise an Stellen verteilt werden, die über solche Geschenke froh sein müssen.

Die Einrichtungen für die stationären Patienten bestehen aus drei Räumen, so dass nicht bettlägerige oder chronische Fälle von akuten Erkrankungen und Spezialfällen wie Kleinkindern getrennt werden können. Die Toilettenanlagen verdienen den Namen kaum, bis gegen Ende unseres Einsatzes mit Mitteln des Schweizerischen Roten Kreuzes ein Anbau erstellt wurde. Ess-, Spiel- und Trockenräume sind nicht vorhanden. Im kalten Winter scharen sich Personal und Patienten höckelnd und fröstelnd um die gefährlichen offenen Holzkohlenfeuer, die in dieser Gegend üblich sind. Im Quertrakt des Gebäudes ist ein Waschtrog für die Spitalwäsche eingebaut; auch die schmutzigen Leintücher müssen von Hand gewaschen und können nicht gekocht werden. Unterernährte und schwerkranke Kleinkinder erhalten spezielles, proteinreiches Essen oder Reisdiät von der eigenen kleinen Küche der Krankenstation, während die andern Patienten mit dem erwartungsgemäss ungenügenden Essen eines Flüchtlingslagers vorlieb nehmen müssen. Den Rest des Raumes in der Krankenstation füllen die zwei Zimmer aus, in denen Arzt und Krankenschwester wohnen.

Die Patienten stammen vor allem aus der in sich geschlossenen Gruppe von 750 Kindern, die anstatt von ihren verstorbenen oder weit entfernt arbeitenden Eltern von ungelernten Kinderfrauen und einigen Lehrern – meist buddhistischen Mönchen – betreut werden und uns in erster Linie vor eine präventiv-medizinische Aufgabe stellen. Neben dieser abgegrenzten Dorfgemeinschaft strömen indische Bergbauern aus den Tälern des Himalayagebirges, die lokale Bevölkerung, ursprünglich nepalesischer Herkunft, und vor allem erwachsene Tibeter mit ihren Familien zu den ambulanten Sprechstunden. Im Einzugsgebiet wohnen etwa 3000 tibetische Flüchtlinge in erbärmlichen Verhältnissen, eine Zahl, die bei religiösen Anlässen in der nahegelegenen Exilresidenz des Dalai Lama jeweilen durch Pilger sprunghaft vermehrt wird.

Nur die Kinder des Kinderdorfes können stationär aufgenommen werden. Im Laufe des Jahres 1970 liessen sich rund 800 Eintritte verzeichnen. Während in Epidemiezeiten die Bettenzahl kaum ausreichte, sank die Zahl der stationären Patienten während der Wintermonate bis auf 30. Aber auch die Bewohner des Kinderdorfes werden soviel

wie möglich ambulant behandelt. Die Mitarbeit der Kinder ist dabei erstaunlich gut, besonders wenn man bedenkt, dass jedes schon beim Tag der Aufnahme in das Kinderdorf medizinisch untersucht und wenn möglich geimpft wird. Die Zahl der Neuaufnahmen in das Kinderdorf belief sich für dasselbe Jahr auf 124. Die Neulinge erkranken viel häufiger als die bereits ansässigen Kinder, für die sie oft neue, gefährliche Infektionsherde darstellen. Praktisch alle Kinder sind für Hautinfektionen anfällig. Bei jedem Kind, das in die Krankenabteilung aufgenommen werden muss, wird die Krankheit mit genauem Eintritts- und Austrittsdatum in die persönliche Kartothekskarte eingetragen. Die Karte enthält neben dem Namen auch die Nummer, die jedes Kind um den Hals trägt, damit bei Impfungen oder Notfällen keine Verwechslungsgefahr aufkommt. Auf der Karte werden auch die Befunde bei der Aufnahme in das Kinderdorf, die Mantouxreaktionen, Impfungen, Gewichtskontrollen, Wurmkuren sowie Verabreichungen von Diphtherieserum und Gammaglobulin eingetragen. Insbesondere sind Röntgenbefunde vermerkt sowie Dosierung und Dauer von Tuberkulosebehandlungen. Die ambulant behandelten Patienten des Kinderdorfes konnten im Gegensatz zu jenen der Krankenstation nicht genau statistisch erfasst werden. Für die Krankenstation hingegen lassen sich die Patienten für die Zeit von Januar 1970 bis Januar 1971 in folgende Krankheitsbilder gliedern:

Erkrankungen der Verdauungsorgane: 193
 Erkrankungen der Atemorgane: 189
 Augen-, Nasen-, Hals-, Ohrenerkrankungen: 137
 Infektionen und Allergien: 110
 Infektionskrankheiten: 58
 Unfälle: 32
 Mangelernährung, Skorbut: 15
 Emotionale Störungen, Epilepsie: 11
 Herz- und Gefässkrankheiten, Blutkrankheiten: 8
 Frühgeburten: 1

Die hygienischen Verhältnisse im Kinderdorf müssen trotz grosser Fortschritte gegenüber den Anfangszeiten immer noch als ungünstig bezeichnet werden. Primär leben die Kinder als Masse, obschon Bestrebungen im Gange sind, Gruppen zu formen. Doch schlafen meist etwa 30 in einem Raum, oft noch zu zweit oder mehr im gleichen Bett. Die ungenügenden Toiletten- und Abwasserverhältnisse werden am besten illustriert durch die Tatsache, dass Fussgängern am Rande des Kinderdorfes ein widerlicher Geruch entgegensteigt. Da es auch erwachsene Tibeter nicht gewohnt sind, sich nach der Toilette zu reinigen, werden die Kinder nicht zur Sauberkeit angehalten. Besonders die Kleinsten verbringen oft den Rest des Tages mit durchnässten

und verkoteten Kleidern. Verschmutzte Kleider aber müssen am nächsten Morgen wieder getragen werden, da für jedes Kind nur zwei Kleiderausstattungen vorhanden sind, die ihm nicht einmal persönlich gehören und immer wieder getauscht werden. Häufig werden die Kleider nachts gar nicht ausgezogen, da das Kind sonst frieren müsste oder sie am nächsten Tag nicht mehr finden könnte. Besonders im Winter fallen jedem Besucher die von eitrigem Sekret fließenden oder blockierten Nasen der meisten Kinder auf, denen ausser auf der Krankenstation niemand das Naseschnutzen beibringt. Im besten Fall wischt ihnen gelegentlich eine Kinderfrau allzu störenden hängenden Eiter von der Oberlippe weg und streift ihn an einer Tischkante oder einem Kleidungsstück ab. Die nicht freigehaltenen Atemwege sind mit ein Grund für die chronischen Infektionen. Erwachsene reinigen die Nase mit einem kurzen raschen Atemstoss und blossen Fingern. Wege, Spielplätze und Küchenboden «verschönern» sie mit reichlichem Sputum. Das Spucken wird von den Kindern nur zu gerne nachgeahmt. Frühere Versuche, mit Zahnbürsten die Mundhygiene zu fördern, scheiterten am Spielzeugmangel der Kinder: Die Bürsten wurden für alles andere als zum Zähneputzen verwendet. Mit Freuden reiben sich die Kinder jetzt mit dem Zeigefinger ein Zahnpulver ein; eine Massnahme, die aber nur so lange vorgenommen wird, wie sie jedesmal wieder neu von der Equipe angeordnet wird. Wundes Zahnfleisch und Karies sind daher häufiger als sie der Ernährung entsprechend sein müssten.

Neben den Latrinen ohne Spülsystem, die besonders im Sommer ein Eldorado für Insekten darstellen, muss auch den hygienischen Verhältnissen in der Küche Schuld an der Verbreitung von Infektionskrankheiten zugeschrieben werden. Weder persönliche Sauberkeit noch sauberes Arbeiten scheint dem selber nicht vor Gesundheit strotzenden Küchenpersonal ein Anliegen zu sein. Halbrohes Gemüse und ungewaschene, ungeschälte Kartoffeln gehören häufig zu den Mahlzeiten der Kinder. Die Ernährungsverhältnisse sind aus finanziellen und religiösen Gründen sowie aus Unkenntnis ungenügend. Dem Flüchtlingslager wird zwar von der indischen Regierung eine Grundration an Getreide, Zucker, Tee und Linsen zur Verfügung gestellt. Verschiedene Spenden ermöglichen zudem den Ankauf von Gemüse (mit Vorliebe Kohl und andere blähende Sorten) und beschränkten Mengen von Früchten. Eiweissmangelerscheinungen bis zum Kwashiorkor liegen auf der Hand.

Zahlreiche Flüchtlinge arbeiten als Lastenträger bei Wegbauten und wohnen entweder in baufälligen Hütten, die teilweise im Monsum einstürzen, oder in improvisierten Zelten, die durch Strohmatte und Blechkamine verstärkt sind. Die Unfallgefahr ist

gross, vor allem auch für ältere Frauen, die schwere körperliche Arbeit leisten müssen. Bei den notfallmässigen Hausbesuchen erwiesen sich die hygienischen Verhältnisse als noch schlechter als im Kinderdorf. Die stickige Luft der kaum ventilierten kleinen Räume, fehlende Latrinen und Waschgelegenheiten erklären manches. Erschreckende Eindrücke hinterliessen oft die Kinder dieser Aussenpatienten, denen es allgemein schlechter geht als den glücklicheren Kinderdorfbewohnern. Überlieferungsgemäss werden kranke Kinder nicht gewaschen und in möglichst viele warme Kleider eingepackt. Gelegentlich zieht man hohe Geistliche zu Rat, ob ein krankes Kind eine Überlebenschance habe. Wird dies verneint, so bemüht sich niemand mehr um das Kind. Man gibt ihm kaum mehr zu trinken. Manchmal bringt man es trotzdem noch zum westlichen Doktor. Wenn es schon den Kinderfrauen im Kinderdorf nicht einleuchtet, dass bei der Säuglingsernährung der Schoppen immer wieder neu gewaschen und der Sauger nicht von einem Kind zum andern weitergegeben werden darf, so übertreffen sich erst recht die Mütter in mangelnder Hygiene. Gleichzeitig hängt das Damoklesschwert der Überbevölkerung über Indien, obwohl bis in dessen abgelegenste Dörfer werbende Plakate zur Familienplanung aufrufen.

Familienplanung wird begreiflicherweise von den Tibetern nicht geübt, möchten sie doch im Exil ihre Zahl so weit wie möglich erhöhen, um der drohenden Ausrottung ihrer Rasse entgegenzuwirken. So nimmt denn der Zustrom zum tibetischen Kinderdorf in Dharamsala keineswegs ab, bietet es doch Gewähr für eine Erziehung im Zeichen der buddhistischen Lehre und der tibetischen Tradition. Anstelle der ursprünglichen Herberge für verwaiste Kleinkinder, «Tibetan Nursery» genannt, ist jetzt die Institution des «Tibetan Children's Village» getreten, die sich nach dem Vorbild des Trogener Pestalozzidorfes stets vergrössert und sowohl Lehrlingswerkstätten wie Mittelschule in die langfristige Planung miteinbezieht.