



Ethno- Zahnmedizin

Autor _ Dr. Roland Garve

Einleitung

Zunehmende Globalisierung und Migration aus Ländern der sogenannten Dritten und Vierten Welt bedeuten nicht nur neue spezifische Herausforderungen und einen damit verbundenen Weiterbildungsbedarf für Ärzte, sondern auch für uns Zahnmediziner. Neben soziologischen Aspekten, religiösen, kulturalanthropologischen und ethnomedizinischen Besonderheiten spielt auch das neue Fachgebiet Ethno-Zahnmedizin eine nicht unwesentliche Rolle. Dass sich Ärzte aus eigenem Interesse mit Völkerkunde beschäftigen, hat seit Alters her eine große Tradition. Schon in den vergangenen Jahrhunderten waren es vor allem Mediziner, wie z.B. der Nervenarzt Karl von den Steinen oder der Greifswalder Anatomieprofessor Richard Wegner, die sich intensiv und fachübergreifend der Erforschung unbekannter Amazonasvölker widmeten und sogar Standardwerke der Völkerkunde schufen. An der Zahnklinik der Universität Greifswald befasste sich bereits vor hundert Jahren der Privatdozent Hermann Schröder (dem Erfinder der gleichnamigen Knochenlüftung) intensiv mit der künstlichen Deformation des Gebisses (Abb.1). So exotisch und spannend ihre Berichte über merkwürdige Bräuche, Riten oder anatomische Besonderheiten und Erkrankungen von Naturvölkern in dieser Zeit auch waren, so besaßen diese damals aber noch keine Praxisrelevanz für deutsche Krankeneinrichtungen.

Die Welt wird immer kleiner – Globalisierung auch in der Medizin

Heute ist die Situation anders. Als Beispiel möchte ich die bei vielen afrikanischen Völkern verbreitete rituelle Genitalverstümmelung bei Mädchen anführen. Vor hundert Jahren in französischen Krankenhäusern noch nahezu unbekannt, so sind Infektionen und Nachfolgeschäden dieser Beschneidungen gegenwärtig dort keine Seltenheit mehr. Im Mund oder Zungenbereich sind es heutzutage oft Infektionen, Blutungen oder Nervläsionen als Folgen unsachgemäßer Piercings, die schließlich in zahnmedizinischen Einrichtungen behandelt werden müssen.

Immer häufiger kommen heute auch Menschen aus uns oft noch unbekanntem Kulturkreisen mit teils völlig anderen ethischen Normen und hierzulande äußerst seltenen Erkrankungen aus Übersee nach Deutschland.

Umgekehrt ermöglicht uns der boomende Fern-tourismus ebenfalls seit einigen Jahren den Kontakt zu sogenannten exotischen Völkern. Viele Zahnmedizinstudenten absolvieren ihre Berufspraktika oder Famulaturen nicht mehr in Deutschland, sondern in Tansania, Brasilien, Tonga oder



Abb. 1

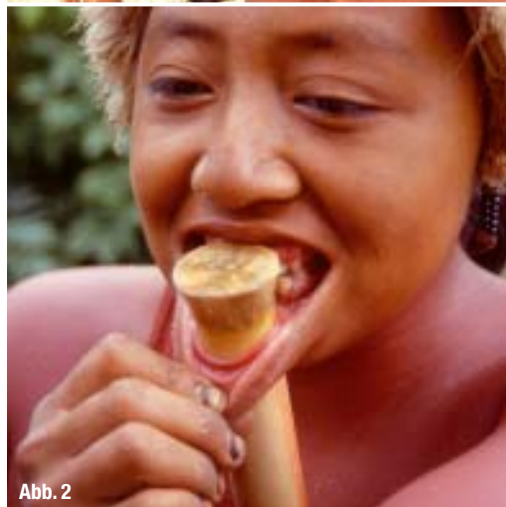


Abb. 2

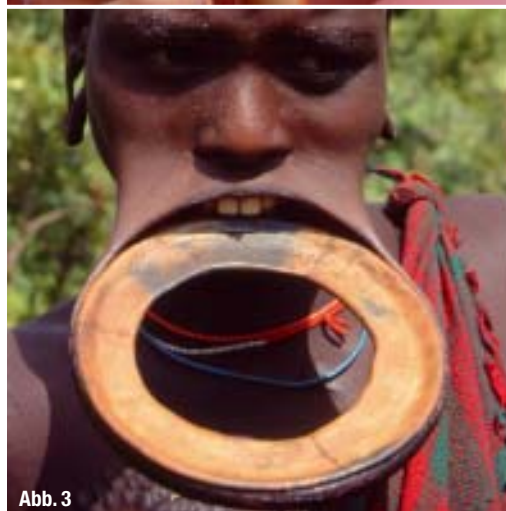


Abb. 3

Abb. 1_Zähneausschlagen bei den Himba in Namibia.

Abb. 2_Zoé-Frau.

Abb. 3_Surma-Frau.



Abb. 4

Abb. 4_Sara-Frau. Neuguinea. Mitunter stoßen sie bei ihrer Arbeit mit Patienten nicht nur auf erblich- oder krankheitsbedingte stammestypische Besonderheiten im Kopf-Hals-Bereich oder an den Zähnen. Teilweise sind es massive rituelle Deformierungen, die einen hohen ästhetischen Wert bei diesen Völkern ausdrücken oder ein wichtiges Identifikationsmerkmal darstellen, aber eigentlich einer westlich geprägten Moralvorstellung und unserem ärztlichen Ethos völlig widersprechen (Abb.2). Es ist also ein Umdenken und eine große Toleranz nötig, obwohl es sich um Verstümmelungen handelt.

„Das Tragen von **Lippenscheiben** galt bei einigen Völkern als **Zeichen höchster Würde.**“

Mode – Trends – Subkultur

Wir alle kennen ja den vor etwa zehn Jahren auf gekommenen Trend bei Jugendlichen des Haut- und Zungen-Piercings, oft kombiniert mit Tätowierungen. Meistens entspricht es einem Symbolwert im Sinne von Normverweigerung oder Protest in sog. Anti-Establishment-Subkulturen (G. Bethke, P.A. Reichart 1999). Immer wieder tauchen neu erfundene Trends auf wie z.B. sog. Branding, Weichteil-Implants, Silikon-Aufspritzungen bis hin zu Zahnkronen in Raubtierform. Während der eine Extremfall (Dennis Avner aus Großbritannien) wie eine Raubkatze (siehe Internet www.stalkingcat.net oder tiger@stalkingcat.net – Der Katzenmensch) aussehen möchte, um sich „zu verwirklichen“, strebt jemand anders eine unbedingte Ähnlichkeit mit einer Barbie-Puppe an und lässt etliche chirurgische und zahnmedizinische Eingriffe über sich ergehen. Allerdings gibt es dafür, außer dem Verlangen, damit in der Gesellschaft Aufmerksamkeit zu erregen, einem Mode-Gruppenzwang oder einem krankhaften Drang nach Individualität zu folgen, eigentlich keinen erkennbaren kulturellen Hintergrund. Trotz des Glaubens, damit etwas völlig Neues, vielleicht gesellschaftlich Provozierendes geschaffen zu haben und somit als jemand besonderes zu gelten, muss aber festgestellt werden, dass künstliche Deformierungen bereits seit Jahrtausenden von Naturvölkern vorgenommen werden – allerdings immer in einem rituellen bzw. kulturellen Kontext. Es handelt sich also um einen alten Hut und absolut nichts Neues.

Andere Völker – andere Schönheitsideale

Ein gutes Gegenbeispiel sind die gewaltigen Lippenscheiben der *Surma-* oder *Mursi-Frauen* in Südäthiopien (Abb. 3). Sie entsprechen einem historisch gewachsenen Schönheitsideal dieser Völker. Dabei wird die perforierte Unterlippe innerhalb eines Jahres um das Vielfache gedehnt. Erstaunlich ist, dass trotz der gewaltigen Dehnung die Sensibilität der Haut und auch eine geringe Motorik der Muskulatur erhalten bleiben. Gingen Histologen bis vor Kurzem noch davon aus, dass sich die elastischen Fasern der menschlichen Lippen

ANZEIGE

EverClear – sehen Sie was Sie sehen möchten – immer!



Glasklares Prinzip: **EverClear** der revolutionäre Mundspiegel, der immer klar und sauber bleibt!



EverClear IntroSet

orangedental
premium innovations

info: +49 (0) 73 51 . 4 74 99 . 0



Abb. 5

Abb. 5_Beico de Pau, Tapayuna.

Abb. 6_Zoé-Kind, Durchstechen der Unterlippe mit spitzem Affenknochen.

Abb. 7_Zahnverschachtelung bei den Zoé.



Abb. 6



Abb. 7

maximal um das Doppelte dehnen lassen, so hat eine aktuell von mir mitbetreuten Studie an der Uni Greifswald unter Leitung von Prof. Fanghänel (Lindemann 2007) durch Vermessungen von Surma-Lippentellern eine Dehnung bis auf das Zehnfache ergeben. Das heißt, dass eine durchschnittlich fünf Zentimeter breite Lippe innerhalb von nur zwölf Monaten auf fünfzig Zentimeter Länge gedehnt werden kann, ohne zu reißen. Nur so gilt eine Surma-Frau im Alter von zwanzig Jahren als voll heiratsfähig und erzielt den höchsten Brautpreis.

Bei den *Makonde* in Tansania und Mosambik und *Mobali* in Kongo wurden früher sogar Oberlippenpflocke mit einer Breite von 7,50 cm und Dicke von 5 cm von den Frauen getragen (Weule, K. 1906).

Bei den *Sara* in Ostafrika waren die Ober- und Unterlippenteller derart groß, dass sie wie ein Entenschnabel aussahen (Abb. 4).

Nicht nur in Afrika war das Tragen von Lippenscheiben aus Ton oder Holz weit verbreitet, auch in Südamerika galten sie bei einigen Völkern als Zeichen höchster Würde. Neben den ausgestorbenen *Fassspundleuten* oder *Botokuden* und den letzten überlebenden *Beico de Pau*, *Tapayuna* (Abb. 5) und *Suyá* möchte ich die *Kayapó* nennen, bei denen allerdings nur angesehene Männer die etwa 9cm breite Holzscheibe in der Unterlippe tragen. Es gilt nicht nur als ein Zeichen des erworbenen Ranges innerhalb der Männerhausgemeinschaft, sondern soll sie bei Frauen männlicher, attraktiver und vor Feinden aggressiver erscheinen lassen.

Erst vor wenigen Monaten tauchte im Xingu-Gebiet am Amazonas eine seit den Fünfzigerjahren verschwunden geglaubte Gruppe der sogenannten *Metyktire-Kayapó* auf. Sämtliche Männer der 87 Personen trugen große Holzscheiben in ihrer Unterlippe. Schon Schröder (1906) staunte darüber, „wenn wir die scheinbar unnatürlichsten Bräuche, die Verunstaltungen des Körpers, [...] künstliche Deformation des Schädels und des Gebisses [...] bei den abgelegensten und äußerlich am wenigsten sich nahestehenden Menschen wiederfinden.“

Bei den isoliert lebenden *Zoé*-Indianern am Amazonas tragen sowohl Männer als auch Frauen als Stammeszeichen einen bis zu vier Zentimeter breiten und fünfzehn Zentimeter langen Holzpflock, den sie *Embé-po* oder *Botoru* nennen, in der Unterlippe. Sie erhalten ihr erstes Lippenstäbchen im Alter von sieben Jahren (Abb. 6). In der Glaubenswelt der *Zoé* ist nur jemand ein Mensch, der auch so einen Holzpflock trägt. Jeder andere ist ein Fremder, ein *Kirahé*. Dieser Pflock ist ein sehr wichtiger Teil ihrer Identität und darf ihnen deshalb nicht genommen werden. Im Laufe einiger Jahre passt sich der Unterkiefer halbsymmetrisch an den Lippenpflock an. Es bildet sich ein regelrechtes „Knochenbett“ für den Pflock, das weitgehend infektionsfrei ist. Während die mittleren Unterkieferfrontzähne retrudieren und das Parodontium durch den Dauerdruck bis hin zur Lockerung und Verlust dieser Zähne geschädigt wird, setzt bei den Oberkieferfrontzähnen eine Art von Verschachtelung (Abb. 7) ein (S. Dietze, D. Winkelmann, R. Garve, T. Blens, J. Fanghänel, P. Proff, T. Gedrange, S. Maile 2007). Durch die dauerhafte Mundöffnung – etwa vergleichbar unseren europäischen Daumenlutschkindern (die es bei Naturvölkern allerdings kaum gibt), haben die *Zoé* ein relativ hohes Gaumendach und sind sehr anfällig für Infektionen des Respirationstraktes wie Schnupfen und Husten. Das ist einer der Gründe, warum sie auch in Zukunft weiterhin streng abgeschottet von der Zivilisation und deren Krankheiten isoliert in einem geschützten Urwaldgebiet leben wollen und ihre eigene Kultur behalten können.



Abb. 10

Abb. 8_San-Buschmann.

Abb. 9_Bakapygmäen.

Abb. 10_Zahnfeilung auf Mindanao.

Abb. 11–12_Bench in Äthiopien –
Abschlagen der Zahnkanten mit
einem Messer.



Abb. 8



Abb. 9



Abb. 11



Abb. 12

Zähne und Attraktivität

Die Zähne gelten schon seit alters her als ein wichtiges individuelles Merkmal eines Menschen und spielen im Dienste des subjektiven Schönheitsgefühls eine besondere Rolle. Schließlich können selbst kleinste Veränderungen an ihnen den Gesichtsausdruck wesentlich beeinflussen (Abb. 8). Nicht nur bei einigen Naturvölkern sind mit den Zähnen, ihrem Durchbruch, ihrer Form, Farbe, Anzahl und Stellung mythologische Vorstellungen, rituelle Handlungen und Aberglaube verbunden. Selbst in einigen Teilen Deutschlands galt früher ein Kind, das bereits mit Zähnen zur Welt kam, als verhext. Ähnlich war es früher in Ostafrika, wenn anstelle der unteren Schneidezähne zuerst die oberen durchbrachen. Es gab laut Zeitzeugen sogar den Brauch, „die Kinder zu ermorden, wenn sie nicht regelmäßig zahnen ...“ (L. Storch, Sitten und Gebräuche bei den Usambaras. 1895, BVIII, S. 311).

Nicht nur bei den *Pygmäen* im Kongo (Abb. 9) oder Kamerun sind es angespitzte Frontzähne, die neben der erhofften Ähnlichkeit mit einem Raubtier, also einer im Glauben verankerten ästhetischen Verschönerung, auch als wichtiges Fruchtbarkeitszeichen und Identitätsmerkmal ihrer Stammeszugehörigkeit gelten. In ihrem Glauben ist nur jemand mit solchen spitzen Zähnen wirklich zeugungs- und durchsetzungsfähig (kann sich durchbeißen) und wird gesunde Kinder bekommen.

Schon der Arzt und Indianerforscher Hermann von Ihering (1882) versuchte die Verbreitung der verschiedenen Gebissdeformierungen geografisch einzu-teilen und ethnografisch zuzuordnen. Trotz über hundertjähriger Weiterentwicklung, Missionierung, Kriegen, Abschaffung von Kolonien und Staatsgründungen und massivem Einfluss neuzeitiger Gesellschaftsformen wie Kommunismus oder Kapitalismus haben bis heute bei vielen Völkern Deformierungspraktiken, besonders an den Zähnen, überlebt oder erleben eine Renaissance (Abb. 10).

Rituelle Deformationen

In Abhängigkeit von den jeweiligen Völkern unterscheiden wir verschiedene Deformationstypen: es gibt die Spitz-, Lücken-, Flächen- oder Zackenfeilungen (Abb. 11 und 12), Horizontalfeilungen bis hin zum kompletten Absägen der Zahnkrone. Hinzukommen Furchen-, Zellen- und Relieffeilungen. Das Verdrängen von Frontzähnen aus ihrer natürlichen Position, die Schaffung und Vergrößerung von Diastemata bzw. Lücken, das Herausbrechen oder Hebeln einzelner oder mehrerer Zähne mittels Speerspitze oder Steinschlag, die Elongation mittlerer Frontzähne, den Zahn-

schmuck und die künstliche Färbung der Zähne (Abb. 13). Eine rituelle Zahnextraktion erfolgte bei einigen Völkern aus Trauer, wenn ein naher Verwandter gestorben war. Ähnlich wie bei den *Dani* in Neuguinea, wo den Frauen ein Fingerglied abgehackt wird, das dann genau wie der Zahn als Grabbeigabe benutzt wird, um mit der Seele des Verstorbenen auch im Jenseits verbunden zu sein.

Auch an der Nase wurden und werden rituelle Deformationen vorgenommen. Neben der in Neuguinea häufigen Form der Perforierung der Nasenscheidewand und der Nasenflügel für die Aufnahme von Schweinezähnen (*Dani*) oder Muschelscheiben (*Asmat*) als traditionellen Stammeschmuck gibt es noch Methoden der Abplattung des Nasenrückens und das Tragen von riesigen Holzscheiben, wie z.B. bei den *Apatani* (Abb. 14) in Nordost-Indien.

Im Bereich der Ohren sind neben den auch bei uns üblichen Ohrringperforationen gewaltige, oft sogar schulterlange Dehnungen bei den *Punan* und *Iban* auf Borneo, den *Massai* in Tansania, den *Huorani* in Ecuador oder den *Eriktbactsa* in Brasilien zu erwähnen. Hinzu kommen Nasenschlitzen bei *Aborigines* in Nord-Australien und einigen Inlandsvölkern von Papua-Neuguinea.

Bei den „Giraffenfrauen“ oder *Padaung* in Burma (Abb. 15) und Nordthailand erfolgt eine optische Dehnung des Hals-Schulter-Bereiches durch schwere Messingspiralen bzw. mittels Metallringen bei den *Ndebele* in Südafrika.

Da diese Deformierungen Elemente einer jeweiligen Kultur und für deren Fortbestand immens wichtig sind, gibt es trotz möglicher medizinischer Bedenken und einem anderen Ästhetikempfinden keine Berechtigung für uns, dafür in diese Kultur einzugreifen.

Rituelle Deformierungspraktiken des Schädeldaches mittels Bandagen und Holzplatten bei Neugeborenen, die zum Turm- oder Kahnschädel führten und einem sehr alten Schönheitsideal entsprachen, beispielsweise bei den *Inka*, *Azteken* und manchen Südsee-Insulanern der Neuen Hebriden (Vanuatu) oder von den Salomonen (Abb. 16), gehören dagegen schon lange der Vergangenheit an. Sie werden nicht mehr praktiziert. Schädelreparationen nach Schädel-Hirn-Traumen oder auch um ein vermeintliches Entweichen böser Geister aus dem Kopf zu ermöglichen, werden dagegen auch heute noch gelegentlich von den *Kisii* in Nordkenia (Lippert, H. 1999) durchgeführt. Ohne Narkose versteht sich.

Zahn- und Schmerzbehandlung der Naturvölker

Natürlich haben die meisten Naturvölker auch Karies und Parodontitis – bedingt durch das Kauen



Abb. 13



Abb. 14



Abb. 15

Abb. 13_Zahnfärbung.

Abb. 14_Apatani.

Abb. 15_„Giraffenhals“frau.

von Zuckerrohr, von stärkehaltigen Getränken, den Genuss an Rauschmitteln oder Betel und mangelhafte Mundhygiene. Während bei Hochlandpapuas in Neuguinea eine indirekte Plaqueentfernung durch das gelegentliche Kauen von faserreichen Blattstängeln erreicht wird, verwenden die afrikanischen Völker ganz bewusst kleine Holzstäbchen (Abb. 17) von bestimmten Baumarten (Türp, J. 1987), um damit täglich ihre Zähne zu rei-

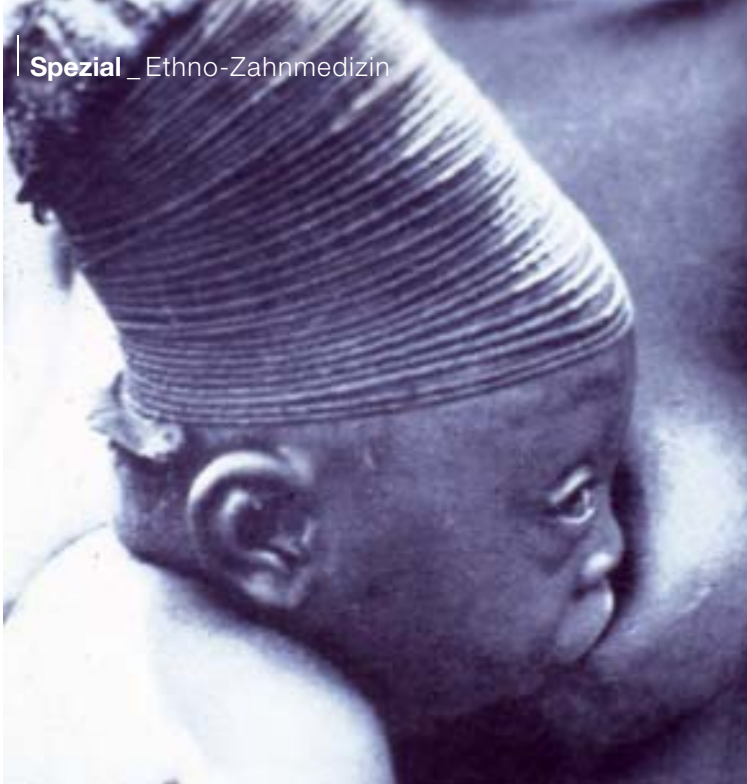


Abb. 16



Abb. 17



Abb. 18



Abb. 19



Abb. 20



Abb. 21

Abb. 16_Turmschädel.

Abb. 17_Zahnpflege mit Holzstäbchen.

Abb. 18_Kin Jae.

Abb. 19_Suruahá.

Abb. 20_Sissi Ih-Behandlung bei den Zoé-Indianern.

Abb. 21_Zahnbehandlung bei den isolierten Zoé-Indianern.

Beim alljährlichen Kin Jae-Festival auf Phuket erreichen taoistische Mönche innerhalb weniger Sekunden durch Selbsthypnose einen Zustand völliger Schmerzausschaltung und eine Drosselung der Blutzufuhr trotz massiver ritueller Durchstichverletzungen im Gesichtsbereich und an der Zunge (Abb.18). Das Gleiche gilt für die Selbstkasteiungen beim Kataragama-Religionsfest auf Sri Lanka.

Die wohl kurioseste Form der Zahnschmerz-Selbstbehandlung erlebte ich einmal bei den isolierten *Suruahá*-Indianern in Brasilien. Dort hatte sich ein junger Mann die Spitze seines Blasrohr-Giftpfeiles (Abb. 19) in die noch vitale Pulpa seines defekten Molaren gesteckt und dort abgebrochen.

Die *Zoé*-Indianer reiben bei Fieber und Wundinfektionen ihre Mandeln mit einem roten Rindenbastaft, den sie *Sissi-Ih* nennen, ein (Abb. 20). Mit verblüffendem Erfolg am nächsten Tag. Martern, Aderlassen, Abschnürungen, Skarifikationen und gelegentliches Überschreiten von Schmerzgrenzen zwecks Abhärtung sind oft tief in einer Kultur verwurzelt und dienen dem Überleben im Regenwald.

Wer einmal bei Naturvölkern zahnärztlich tätig war, wird feststellen, dass es tatsächlich Unterschiede im Schmerzempfinden und der Reaktion beispielsweise auf Anästhetika zu unseren heimischen Patienten gibt. Oft reichen bei der Schmerzmedikation und Antibiotika viel geringere Dosierungen aus, um die gleiche Wirkung zu erzielen. Selbst die Anatomie von Zähnen weist gelegentlich Unterschiede auf, sowohl in der Höckerform der Molaren bei Amazonasindianern, der Größe des Pulpenkavums, der Schmelzdicke oder in der Anzahl von Wurzeln.

Bei den von mir behandelten *Xingu*-Indianern in Brasilien fiel mir auf, dass beispielsweise untere Sechser nicht selten sogar dreiwurzellig waren und im Gegensatz dazu die Siebener nur eine Wurzel hatten. Und die mittleren oberen Frontzähne wiesen oft eine starke palatinale Schaufelform und Flügelbildung auf (vgl. Greenberg, J., Turner, C. 1986). Es kann vorkommen, dass man beim Bohren unerwartet schnell in die Nähe der Pulpa kommt, da die Dentinschicht (anders als bei uns Europäern) unter dem Schmelz außerordentlich dünn ist.

Fazit

Ich denke, es gibt noch eine Menge, was wir Schulmediziner von Naturvölkern lernen könnten (Abb. 21).

Deshalb halte ich es für sinnvoll, zukünftig im Medizin- bzw. Zahnmedizinstudium Fächer wie Völkerkunde oder Ethno-Medizin unbedingt in die Ausbildung mit einzubeziehen.

nigen. Der dabei austretende Baumsaft wirkt adstringierend und desinfizierend ähnlich wie Inhaltsstoffe einer Zahnpasta.

Auch nutzen viele Indigene ihr überliefertes Wissen über Heilpflanzen, Drogen, Hypnose und Schamanismus, um Schmerzen und Krankheiten zu bekämpfen. Der Umgang mit Schmerz ist manchmal sehr unterschiedlich und kulturabhängig.