Anmerkungen:

1 Somozismus, nordamerikanischer Imperialismus. Direkte militärische Einsetzung feudal-kapitalistischer Oberschichten durch die USA, z. B. Ermordung Sandinos 1934, Grenada 1983.
2 vgl. A. Kroeger in: Diesfeld/Wolter: Medizin in Entwicklungsländern, Frankfurt 1984
3 vgl. W. Bichmann in: Schmidt: Argumente zur Entwicklungspolitik, Verband der schweizer Medizinstudenten VSM, Basel 1980
4 T. McKeown: Die Bedeutung der Medizin, Suhrkamp 1982
5 Ministerio de Salud, Region VI: 5 anôs en revolución de salud 1980 — 1984, Nicaragua
6 vgl. Meldung in »Gesundheitspolitische Informationen« 1984
7 Insbesondere Herzkrankheiten wie Herzinfarkt, funktionelle psychosomatische Störungen (»Herzneurosen«)
8 vgl. M. Bühler: Geschäfte mit der Armut. medico international 1983
9 vgl. P. Unschuld: in Diesfeld/Wolter a. a. O.
10 Ministerio de Salud, VI. Region a. a. O.
11 vgl. E. Freidson: Dominanz der Experten München/Berlin/Wien 1975

Constanze Jacobowski

Als Allgemeinärztin in Nicaragua

Seit dem November 1983, dem Zeitpunkt, als zum ersten Mal die Gefahr eines US-amerikanischen Einmarsches in Nicaragua konkret drohte, schickte der Gesundheitsladen Berlin in Kooperation mit dem Gesundheitsministerium Nicaragua Brigaden von Ärzten und Krankenschwestern nach Nicaragua, wo sie an drei festgelegten Einsatzorten innerhalb der Kriegszonen für mindestens ein halbes Jahr in Gesundheitszentren und Krankenhäusern arbeiten.

Was ursprünglich als Hilfsangebot für den absoluten Katastrophenfall gedacht war, wurde schließlich zur kontinuierlichen Unterstützung dieses kriegsgeschüttelten Landes, in dem es neben materiellen Ressourcen auch besonders an ausgebildetem und qualifiziertem Personal aller Fachrichtungen fehlt.

Das ehrgeizige Regierungsprogramm zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der gesamten Bevölkerung, insbesondere aber der Armen, ist mit dem vorhandenen medizinischen Personal nicht zu realisieren. Bis zur Revolution konzentrierte sich der Hauptteil der nicaraguanischen Ärzte in Managua und anderen größeren Städten, wo sie ihre lukrativen Pri-

vatpraxen und -kliniken betrieben. Viele verließen nach dem Erfolg der Revolution das Land. Zwar werden seit dem Sieg der Sandinisten jährlich dreimal so viele Ärzte ausgebildet wie vorher, auch vervielfachte sich die Zahl der ausgebildeten Krankenschwestern und Helfskrankenschwestern, aber noch immer herrscht besonders auf dem Land und in den kleineren Städten großer Mangel an Ärzten und ausgebildetem Pflegepersonal. Aus diesem Grund nimmt Nicaragua die solidarische Hilfe internationaler »Cooperantes« in Anspruch. Im Rahmen dieser internationalistischen Hilfe habe ich ein halbes Jahr in Somoto, einer kleinen Stadt im Norden Nicaraguas nahe der honduranischen Grenze gearbeitet.

Die beruflichen Voraussetzungen, mit denen ich nach Nicaragua ging und auf deren Hintergrund der anschließende subjektive Bericht zu sehen ist, sind folgende:

Ich bin seit 12 Jahren Ärztin und arbeite seit 9 Jahren an einer großen Inneren Abteilung mit cardiologischer und intensivmedizinischer Schwerpunktsetzung in einem Berliner Krankenhaus. Durch diverse Praxisvertretungen sind mir auch die Probleme der ambulanten Medizin in Umrissen vertraut.

In Somoto habe ich Kinder- und Erwachsenen-Sprechstunden im dortigen Gesundheitszentrum sowie in den »Puestos de Salud« (Gesundheitsposten) der umliegenden Dörfer gemacht. Täglich waren etwa 50 bis 90 Patienten zu behandeln.

Mit meiner beruflichen Identität als Ärztin bin ich bei dieser Arbeit in erhebliche Schwierigkeiten geraten. Mein schulmedizinischer Anspruch, eine rationale, d.h. wissenschaftlich begründbare Therapie zu betreiben, wurde ebenso oft über den Haufen geworfen wie meine »alternativmedizinischen« Vorstellungen vom »mündigen Patienten« und einer mehr auf Beratung als auf Medikamentenverschreibung gerichteten Behandlung. Sehr schnell ging mir auf, wie wenig gerade die in der ambulanten Versorgung auftauchenden Probleme rein medizinische und mit rein medizinischem Wissen zu lösende Probleme sind. Natürlich hatte ich als Ausländerin aus einem ganz anderen Kulturkreis besondere Schwierigkeiten — unkundig der Lebensumstände und Denkweise meiner Patienten und der Sprache nur begrenzt mächtig.

Ich mußte zunächst einmal viel über das Land und die Menschen lernen, ehe ich mir sinnvolle therapeutische Konzepte ausdenken konnte. Eine medizinisch vertretbare, organisatorisch machbare und dem Patienten einleuchtende (also Voraussetzungen für die Einhaltung der ärztlichen Anordnung schaffende) Behandlung kam denn am Ende trotzdem oft nicht heraus.

Ich will im folgenden zunächst einige zentrale Probleme der kurativen ambulanten Medizin Nicaraguas, wie ich sie erlebt habe, darstellen. Im zweiten Teil will ich den Zusammenhang mit dem anderen — in meinen

Augen wesentlicheren — Aspekt des nicaraguanischen Gesundheitswesens herstellen: der Präventivmedizin. Die Kenntnis der Existenz des präventivmedizinischen Teils der Gesundheitsversorung hat meine Arbeit psychisch erträglich, teilweise sogar befriedigend gemacht und mich das Gefühl der »Scharlatanerie« ertragen lassen.

Das erste Problem ist das einer rein auf Pharmakotherapie ausgerichteten Medizin — als Arzt in der Ambulanz ist man ein reiner »Fließbandarbeiter im Tablettenverschreiben«. Obwohl das Gesamtkonzept des nicaraguanischen Gesundheitswesens durchaus eine »ganzheitliche« Medizin anstrebt, d.h. den Patienten als Produkt seiner physichen, psychischen und sozialen Lebensumstände sieht und die Gesundheitsprobleme auch als solche behandeln will (ich komme später noch darauf zu sprechen), herrscht in dem Bereich der kurativen Medizin — was gleichzeitig der den Ärzten zugeordnete Bereich ist — eine ziemlich eindimensionale Medikamentenfixiertheit. Nun können Medikamente ja bekanntlich nützlich und hilfreich sein, wo sie aber zum einzigen und zwingenden therapeutischen Prinzip werden, kommt viel Unsinniges dabei heraus.

Die Gründe für diese Medikamentenfixiertheit sind vielfältig und bei allen Beteiligten zu suchen:

Erstens gibt es so gut wie keine alternativen therapeutischen Angebote, keine Psychotherapie, keine Krankengymnastik, Massagen oder andere physikalische Therapie. Dies ist zunächst einfach der gesamten Rückständigkeit des Gesundheitswesens zuzuschreiben, das schon genug Mühe hat, ausreichend Ärzte und Krankenschwestern auszubilden und zu bezahlen.

Das zweite Problem ist die begrenzte Zeit, die dem Arzt für den einzelnen Patienten zur Verfügung steht. Angesichts der genannten Patientenzahlen pro Arzt und Tag wird jedem klar sein, daß die Tendenz zur 5-Minuten-Medizin groß ist. Je kürzer aber die Zeit, desto größer die Notwendigkeit, *schnell* etwas zu tun. Und die Verordnung von Medikamenten ist immer die schnellste aller Möglichkeiten. Dem Patienten den Zusammenhang zwischen Kummer und Kopfweh, Unhygiene und Durchfall, Lasten schleppen und Rückenschmerzen klarzumachen, dauert allemal länger.

Das dritte, vermutlich wirksamste Prinzip ist das der Patientenerwartung. Es gibt in Nicaragua kaum eine entwickelte traditionelle Medizin; einige »curanderos« (Heiler) arbeiten mit Zauberformeln, Kräutersuden und Tabletten vom Schwarzmarkt, sind aber meist nicht in den Dorfgemeinschaften verankert und genießen kein großes Vertrauen. Medizinische Behandlung heißt für die Patienten also ärztliche Behandlung, und ärztliche Behandlung gab es vor dem Umsturz nur für die, die sie auch bezahlen konnten. Diese nach privatwirtschaftlichen Prinzipien arbeitenden Ärzte verstanden sich natürlich nicht primär als Ratgeber in Sachen Gesundheit, sondern als Verwalter von Wissen zur Handhabung medikamentöser Therapie. Dies ist auch heute noch die Erwartung an den Arzt. Und je »medi-

zinischer« die Verordnung ist, desto größer das Zutrauen der Patienten in ihre Wirksamkeit. Der Patient mit Muskelverspannungen erwartete vom Arzt einfach, daß der ihm Tabletten, besser noch Spritzen gibt, die seine Leiden beseitigen. Er ist nicht mehrere Stunden zum Puesto gelaufen und hat noch einmal ein paar Stunden gewartet, bis er an der Reihe war, um sich sagen zu lassen, er solle warme Packungen und gymnastische Übungen machen. Bei Abwesenheit genauerer Kenntnisse über Körperfunktionen und erst recht bei fehlenden Vorstellungen über Wirkungsmechanismen von Medikamenten ist das Verhältnis der Patienten zu Medikamenten ein eher magisches: sie werden wie Zaubermittel angewandt und ihre Entzauberung ist auch nicht erwünscht. Kaum einem Nicaraguaner (es sei denn, er ist Arzt oder studierte Krankenschwester) ist klarzumachen, daß Vitamine in Obst und Gemüse genauso gut oder besser sein sollen als Vitamintabletten oder daß Spritzen nicht *grundsätzlich* wirksamer sein müssen als Tabletten.

Seit dem Sieg der Sandinisten gibt es — neben den verbliebenen privatwirtschaftlich organisierten Praxen und Kliniken — ein staatliches Gesundheitssystem. Dieses organisiert und finanziert die ambulante und stationäre Versorgung der Patienten in Polikliniken, Gesundheitszentren und -posten sowie in Krankenhäusern. Für ambulante Behandlungen, einschließlich der Medikamente, müssen die Patienten einen geringen — fast mehr symbolischen — Betrag bezahlen (der aber aus sozialen Gründen auch erlassen werden kann), die Krankenhausbehandlung ist kostenlos.

Den beschriebenen Patientenerwartungen gegenüber sehen sich die im staatlichen Gesundheitswesen arbeitenden Ärzte in erbeblichem Zugzwang. Es gibt so etwas wie ein ungeschriebenes Gesetz, daß kein Patient die Sprechstunde verlassen darf, ohne ein Medikament verschrieben bekommen zu haben. (Dieses Gesetz wurde bisher nicht einmal von dem nackten Mangel umgestoßen: so lange es Medikamente gibt, werden sie verordnet und ausgegeben, wenn sie alle sind, heißt es eben »no hay« — »gibt's nicht« in der Apotheke, eine Situation, die den Nicaraguanern aus allen Lebensbereichen vertraut ist, — »vielleicht nächste Woche.« Neuerdings gibt es allerdings Bestrebungen, pflanzliche Heilmittel wieder auszugraben, um dadurch Medikamente einzusparen.) Nach medizinischen Gesichtspunkten ist so ein Prinzip natürlich unsinnig, aber es geht dabei auch um etwas anderes, nämlich um das Ansehen des öffentlichen Gesundheitswesens in Konkurrenz zu den Privatärzten, die — gegen bares Geld — großzügig mit der Verschreibung der begehrten Antibiotika, Vitamine und Injektionen sind.

Ein Beispiel, das ich so oder ähnlich vielfach erlebt habe, soll dies demonstrieren. Eine Mutter kommt mit ihrem Säugling, der eine einfache Erkältung hat, in's Gesundheitszentrum. Dort verschreibt man ihr Nasentropfen und rät ihr, dem Kind viel Flüssigkeit zu trinken zu geben. Für den

Fall, daß das Kind Fieber bekomme, kriegt sie noch zwei oder drei Säuglingszäpfchen mit. Im Übrigen erklärt man ihr, daß die Erkältung ein paar Tage dauern werde, aber nicht gefährlich sei und schließlich von selbst wieder verschwinden werde. — Wenn die gleiche Mutter zum Privatarzt geht, bekommt der Säugling dort in jedem Fall eine Antibiotika-Injektion (manchmal nur eine, manchmal wird die Therapie — wohl je nach Finanzlage der Mutter auch über 2 oder 3 Tage fortgesetzt); gerne gegeben wird Gentamycin. Vom medizinischen Standpunkt ist eine derartige »Therapie« unsinnig und sogar gefährlich. Wenn ich wieder einmal auf einen solchen Fall traf, fragte ich mich oft, ob ich mich mehr darüber ärgern sollte, daß überhaupt ein (bei Virusinfekten unwirksames) Antibiotikum und dazu noch in einer (selbst in indizierten Fällen) unwirksamen Einzeldosis gegeben wurde, oder ob ich mich lieber darüber freuen sollte, daß von diesem nebenwirkungsreichen und nicht ungefährlichen Antibiotikum wenigstens nur eine einzige Dosis gespritzt wurde! — Die Mutter aber ist zufrieden mit der Therapie, das Kind hat eine Spritze bekommen und ein Antibiotikum dazu (was als Name und Zauberformel durchaus ein Begriff ist), sie fühlt sich ernster genommen, adäquater behandelt. Das öffentliche Gesundheitssystem, so scheint es ihr, biete eben doch nur zweitklassigen Ersatz für die »richtige« Medizin, die nach wie vor nur mit Geld zu kaufen ist.

Die Gefahren durch solch unkritische Verordnung und Einnahme von Pharmaka liegen für uns auf der Hand: rein organmedizinische Fixiertheit der Ärzte unter Ausklammerung psychischer und sozialer Faktoren »Reparaturverständnis« der Patienten sowie Medikalisierung sozialer Probleme, Nebenwirkungen von Medikamenten, Suchtpotential von Beruhigungsmitteln, mögliche Resistenzentwicklungen gegen Antibiotika. Kritische Medizin-Ansätze, epidemiologische Forschung, eine aufgekläre und kritischere Öffentlichkeit haben unser Bewußtsein für diese Dinge geschärft.

In Nicaragua befindet sich die Entwicklung an einem anderen Punkt. Zum erstenmal in der Geschichte des Landes ist medizinische Versorgung wirklich für alle zugänglich. Für die Patienten eine als segensreich empfundene Entwicklung, für die Regierung ein wichtiger Faktor auf der Positiv-Seite ihres Kontos, wenn über Erfolge und Mißerfolge des neuen Gesellschaftssystems geredet wird. Alles Machbare soll denn auch wirklich gemacht werden — keine Seite hat ein Interesse daran, dies einzuschränken.

In diesem Spannungsfeld zwischen dem Wunsch, den Patienten zu helfen, sie in ihren Erwartungen möglichst wenig zu enttäuschen, dem Wissen um die politische Funktion der eigenen Arbeit — und dem Bedürfnis, dabei doch eine möglichst sinnvolle Medizin zu machen, bewegte ich mich. Bei allem Bemühen um Aufkärung und Rationalität mußte ich doch verschiedentlich von meinen Grundsätzen abweichen und machte dabei eine Medizin, die häufig genug von vernünftigen medizinischen Überlegungen

nicht mehr getragen war — bis hin zu Dingen, die ich selbst nur noch als Hokuspokus empfand. Gentamycin gegen Schnupfen habe ich niemals verordnet, aber mein Umgang mit Aspirin und Paracetamol (Schmerzmittel) muß als großzügig bezeichnet werden und den heißbegehrten Vitamin-B_{12}-Injektionen, die einfach gegen alles helfen, hatte ich mich in Augenblicken großer persönlicher Erschöpfung, diagnostischer Ratlosigkeit bezüglich der vom Patienten geschilderten Beschwerden und angesichts der eindeutigen Erwartungshaltung (»das hab ich immer bekommen und es hat immer ganz wunderbar geholfen!«) des Pat. nicht entziehen können.

Als ein weiteres großes Problem für den kurativ tätig werdenden Arzt stellt sich der — nicht unerwartete, aber in seiner handgreiflichen Sinnfälligkeit doch bedrückende — soziale Ursprung der meisten in der ambulanten Medizin zu behandelnden Krankheiten heraus.

Die häufigsten Beschwerden, mit denen die Patienten zum Arzt kommen, sind Durchfälle und Leibschmerzen, banale und ernsthaftere Infektionen der Atemwege, eitrige sowie Pilz- oder Milben-bedingte Hautkrankheiten, aber auch viele mehr diffuse Beschwerden wie Appetitlosigkeit, allgemeine Mattigkeit, Kopfschmerzen und »Schmerzen im ganzen Körper«. Ein Blick in die Wohnverhältnisse der Menschen klärt bereits vieles: zugige Hütten, in die es hineinregnet und durch die der in den Bergen oft kalte Wind weht. Auf dem nackten Erdboden schlafen, spielen und essen die nur notdürftig bekleideten Kinder gemeinsam mit Hunden, Hühnern und Schweinen. Die nächste Wasserstelle ist oft hunderte von Metern weit weg, Latrinen sind bei weitem nicht in allen Häusern vorhanden. Der Speiseplan der Landbevölkerung besteht aus Maisfladen und Bohnen, manchmal noch Reis, tagein, tagaus. Gemüse zu essen ist wenig üblich, Obst gibt es je nach Region und Jahreszeit. Fleisch selten oder nie. Das Leben ist karg und hart, die jungen, kräftigen Männer sind größtenteils für die Verteidigung mobilisiert, die übriggebliebenen müssen, inklusive der Kinder, die schwere Landarbeit verrichten. Die Frauen bekommen ein Kind nach dem anderen, mehr als 10 ist die Regel, oft sind es bis zu 20. Die Sorgen durch den Krieg sind groß, es herrscht Mangel und fast keine Familie, die nicht mindestens einen Angehörigen verloren hätte — entweder noch in der Erhebung gegen Somoza oder jetzt im Kampf gegen die Contra.

Daß allgemeine Mangelernährung, harte Arbeit und Auslaugung speziell der weiblichen Körper den Boden für Infektionskrankheiten bereiten, daß der Kreislauf der Parasitosen nie durchbrochen wird, daß Hautkrankheiten in diesen unhygienischen Zuständen gedeihen, daß Kummer und Sorgen, aber auch Vitaminmangel diffuse körperliche Beschwerden hervorrufen, ist unmittelbar einsichtig. Als Arzt hier immer und immer wieder Wurmkuren und Amöbenmittel gegen den Durchfall zu verschreiben, Aspirin gegen den Kopfschmerz, Vitamine gegen vermutete Mangelzustände, Hautsalben und Krätzemittel gegen den Ausschlag, kommt einem

dabei ziemlich unsinnig vor: ein Kampf gegen Windmühlenflügel.

Ein anderes großes Problem ist es, sich als (westeuropäischen Standard gewöhnter) Arzt mit der Beschränktheit der medizinischen Möglichkeiten abzufinden. Daß Herzkatheter-Untersuchungen und Herzoperationen nicht zum diagnostisch-therapeutischen Repertoire gehören, daß es in den Provinzkrankenhäusern keine Intensivstationen mit Beatmungsgeräten gibt, daß es in ganz Nicaragua kein Durchleuchtungsgerät zur röntgenologischen Darstellung von Bewegungsabläufen (wichtig für die Untersuchung innerer Organe) und keine Möglichkeit der Elektrolytbestimmnung gibt (zumindest nicht im staatlichen Gesundheitswesen) — all diese Dinge wußte ich vorher. In einem Entwicklungsland mit beschränkten finanziellen Möglichkeiten ist das einsichtig, manchmal schmerzlich — aber die Entscheidung über ökonomische Schwerpunktsetzung muß hier zugunsten einer Breitenversorgung und zuungunsten teurer Spezialeinrichtungen fallen.

Schwieriger fand ich es, mit der therapeutischen Begrenztheit umzugehen, die aus den Lebensbedingungen der Patienten, der mangelhaften Organisation des Medizin-Systems und dem fehlenden Verständnis der Patienten für medizinisch-rationales Handeln resultiert. Trotz prinzipiell vorhandener diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten bleibt manche ernsthafte Erkrankung unentdeckt bis zu einem nicht mehr behandelbaren Stadium, weil eine kontinuierliche Beobachtung und Behandlung des Patienten fehlt oder auch, weil der Patient sich an den Ratschlag des Arztes (etwa sich in's Krankenhaus zu begeben) nicht hält oder nicht halten kann.

Die ärztliche Versorgung der ländlichen Gebiete wird zur Zeit weitgehend von Ärzten in ihrem »Sozialen Dienst« bestritten. Das ist die zweijährige Pflichtzeit, die jeder nicaraguanische Arzt — nach Abschluß seines Medizinstudiums und seines Praxisjahrs im Krankenhaus — im staatlichen Gesundheitswesen ableisten muß. (Die gleiche Pflichtzeit gilt übrigens für Krankenschwestern.) Zu diesem System der jährlich ihren Einsatzort wechselnden »Sozialdienstler« gibt es zur Zeit keine Alternative, weil es einfach noch nicht genug voll ausgebildete Ärzte gibt, die im staatlichen Gesundheitswesen arbeiten und bereit sind, auf's Land zu gehen.

Dieser häufige Wechsel der Ärzte (auch der Internationalisten) bringt es mit sich, daß die Patienten immer wieder von anderen Ärzten gesehen werden. Hinzu kommt, daß das System der Krankenkarteien einstweilen noch wenig ernst genommen wird, so daß die Informationsweitergabe von einem Arzt zum nächsten fast gleich Null ist. Auch die Entlassungsberichte aus dem Krankenhaus und die Berichte der Spezialambulanzen enthalten kaum Information. (Manchmal habe ich mir dort sehnlichst ein bißchen mehr von dem hier so verhaßten »Papierkram« gewünscht!) So kann es passieren, daß ein Patient mit Bauchschmerzen so lange symptomatisch mit Antacida und Vitaminen behandelt wird, bis sein Dickdarmkrebs nun

auch wirklich nicht mehr operabel ist. Als Westeuropäer, der Organisation und Planung sozusagen schon seit dem Kindergartenalter lernt, ist es kaum zu verstehen, warum beispielsweise nicht wenigstens das Krankenaktensystem — das es gibt! — verbessert wird. Für die Nicaraguaner, die in ihrer Mehrheit erst vor 5 Jahren lesen und Schreiben gelernt haben und die meistens in einer Umwelt mit weit weniger komplexen Anforderungen des täglichen Lebens aufgewachsen sind, sind solche organisatorischen Aufgaben viel komplizierter als für uns und viel mühevoller zu bewältigen. In der Frage der Krankenakten beispielsweise hatte ich mich in einem von mir betreuten Puesto schließlich durchgesetzt: ich bekam zu jedem Patienten ein Blatt Papier mit Namen, Alter, Gewicht und Temperatur und schrieb meine Befunde und Therapien dort fein säuberlich auf. Erst nach einiger Zeit — als ich nämlich bei der nächsten Vorstellung der Patienten meine alten Aufzeichnungen nicht wiederfand — stellte ich fest, daß die Schwestern die Papiere zerschnitten und die Rückseiten zu Rezepten gemacht hatten, angesichts des allgemeinen Papiermangels ein durchaus rationelles und rationales Vorgehen...

Auf der anderen Seite stehen die in der Mentalität oder im Bildungsgrad oder einfach in den Lebensverhältnissen der Patienten liegenden Begrenztheiten. So gibt es beispielsweise viele schlecht eingestellte Epileptiker, deren exakte Therapie die Erfahrung der in der Provinz tätigen Allgemeinärzte bei weitem überfordert. Nun gibt es in Managua eine gute neurologische Poliklinik, die neurologische Diagnostik inklusive EEG sowie Anfallseinstellungen vornimmt. Aber die wenigsten Patienten nutzen diese Möglichkeit. Die Schwierigkeiten des Transports, die Unmöglichkeit, die Familie unversorgt zurückzulassen, die Angst, sich in der großen Stadt nicht zurechtzufinden, nicht zu wissen, wo man schlafen soll, die Furcht vor der undurchschaubaren, großen Institution und schließlich der Mangel an finanziellen Mitteln für Transport und Verpflegung unterwegs bilden schier unüberwindliche subjektive und objektive Schwierigkeiten. So leben sie also ergeben mit ihren Anfällen und die Ärzte probieren tapfer mit Zentropil, Mylepsin, Tegretal und Valium herum, ob sie irgendetwas verbessern können. Für mich oft eine schwer erträgliche Situation, sehenden Auges eine völlig dilettantische Medizin zu machen!

Ein ungelöstes Problem blieb auch die Antibiotika-Therapie für mich. Schon die Indikationsstellung entfernt sich von den strengen Kriterien der Schulmedizin: vor die Therapie gehört die Diagnose. Eine Diagnosesicherung (z.B. im Sinne von Erreger- und Resistenzbestimmung) ist kaum je möglich, man stützt sich also auf Wahrscheinlichkeitsdiagnosen, angereichert durch Überlegungen wie »Ob das unterernährte Kind nicht doch vermehrt für bakterielle Superinfektionen seiner Bronchien anfällig ist? Und wenn's nun übermorgen nicht besser ist, macht die Mutter bestimmt nicht nochmal den Ganztagsausflug zum Arzt!« Also verordnet man häufiger

Antibiotika, als man das hier tun würde, mit schlechtem Gewissen wegen der bekannten Gefahren der Resistenzentwicklung. Im Übrigen kam ich bald dahinter, daß Medikamente praktisch nie nach Anweisung des verschreibenden Arztes eingenommen werden. Eine Mutter, die — selbst krank — mit vieren ihrer Kinder zum Arzt kommt und für jeden auch nur ein Medikament mit unterschiedlichen Einnahmevorschriften erhält, *kann* diese gar nicht auseinanderhalten und richtig eingeben. Selbst wenn die weißen Papiertütchen, in denen die Tabletten ausgegeben werden, mit Medikamentennamen und Einnahme-Anweisung versehen sind, (was nicht immer der Fall ist).

Auch stellte ich fest, daß z.B. die Angabe »dreimal täglich drei Tabletten über 7 Tage« (die notwendige Therapie für die Amöbenruhr, eine häufig vorkommende Krankheit) zwar widerspruchslos hingenommen, aber in den seltensten Fällen so ausgeführt wird. Die Menge von 63 Tabletten, die dem Patienten ausgehändigt wird, erscheint ihm absolut abundant. Er nimmt ein paar davon, bis er den Eindruck hat, daß es ihm entweder besser geht oder die Tabletten doch nicht helfen, den Rest hebt er für spätere, ähnlich gelagerte Fälle auf oder verkauft ihn auf dem blühenden Schwarzmarkt. In den Kramläden jedes kleinen Dorfes kann man fast jedes gewünschte Medikament kaufen. »Ich hätte gerne Tabletten gegen Halsschmerzen.« »Ja, da nehmen Sie doch Ampicillin.« »Gut. Was kosten sie? 5 Pesos? Geben Sie mir zwei.« Zunächst war ich verzweifelt, bemühte mich unter Einsatz meiner ganzen ärztlichen Autorität (die ich mir, nach Jahren bewußt un- und antiautoritären Verhaltens, auch erst mühsam wieder antrainieren mußte!), mein Therapieregime durchzusetzen. Später bekam ich auch daran Zweifel, beispielsweise angesichts der Tatsache, daß aufgrund des verseuchten Trinkwassers jeder Mensch sowieso früher oder später wieder Amöben bekommt, eine völlige Sanierung also nur einen fragwürdigen vorübergehenden Erfolg bringt, aber mit erheblichen Nebenwirkungen der Medikamente verbunden ist, (wie ich selbst Gelegenheit hatte festzustellen). Aber was bleibt dann überhaupt noch als ärztlich sinnvolles Handeln übrig?

Wie diesen Problemen der ambulanten Versorgung zu begegnen ist, darüber gibt es in Nicaragua (nicht anders als hier übrigens — vgl, Abholz in diesem Band) keinerlei verbindliche Vorstellungen. Die nicaraguanischen Ärzte, die die Verhältnisse natürlich besser kennen als wir, gehen individuell und je nach Charakter und Fähigkeit damit um. Zwischen Zynismus und Resignation, engagiertem persönlichem Einsatz und schlichtem Nicht-zur-Kenntnis-Nehmen der Fragwürdigkeit ihrer Berufspraxis ist alles vertreten. Insgesamt scheinen sie weit weniger als wir von Skrupeln und Zweifeln geplagt. Sie gehen davon aus, daß das, was sie machen, was sie auf der Uni gelernt und von ihren Standeskollegen übernommen haben, schon richtig sein wird und genießen unbekümmert das hohe Ansehen ihres Be-

rufsstandes. Der Staat unterstützt ihre manchmal erstaunlich hohe Selbsteinschätzung. Die Entthronung der Halbgötter in Weiß, die Entzauberung des Arztbildes kann ein Staat sich nicht leisten, der auf seine Spezialisten angewiesen ist. Die Attraktivität des staatlich Gesundheitswesens als Arbeitsgebiet könnte sonst womöglich noch weiter sinken, der Absprung von Ärzten ins Ausland noch mehr zunehmen.

Ich selbst kämpfte, wie gesagt, einerseits mit beträchtlichen persönlichen Insuffizienzgefühlen (was wußte ich schon, wie Vitaminmangelzustände wirklich aussehen, wenn's nicht gerade das Vollbild einer Pellagra ist? und wieviele Fälle von Haut-Leishmaniose mag ich übersehen haben?) und andererseits dem Gefühl, eine völlig an den Problemen vorbeigehende Arbeit zu machen. Die Versuchung, ständig etwas umorganisieren zu wollen, zu glauben, ich wisse viel besser, wo und wie man ansetzen müsse, war groß.

Dieses Gefühl änderte sich im Laufe der Zeit, je mehr ich mitkriegte, daß meine Tätigkeit im Rahmen eines gut geplanten (wenn auch noch nicht immer gut funktionierenden) und komplexen Gesundheitsversorgungssystems zu sehen war. Nachdem der örtlich Chef der »Frente Sandinista« das erste Mal bei uns war, um mit dem Leiter des »Centro« und uns zu besprechen, wer von uns in der nächsten Zeit an welchen Tagen in welchen Dörfern die »Außen-Consulta« machen sollte, wie der Transport dahin geregelt werden könne, wie die Medikamentenversorgung sicherzustellen sei, usw., — nachdem ich also gesehen hatte, daß auch die politischen Instanzen sich systematisch und verantwortungsbewußt um die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung kümmern, wuchs meine eigene Motivation, an diesem Ziel mitzuarbeiten. Nachdem ich an der ersten Polio-Impfkampagne teilgenommen und miterlebt hatte, mit welchem Ehrgeiz Frente Sandinista, Beschäftigte des Centro de Salud und Mitglieder der Massenorganisationen daran arbeiten, möglichst eine hundertprozentige Durchimpfung zu erreichen, wurde mit klar, daß an den anderen Aspekten der Gesundheitsversorgung ebenso gearbeitet wird wie an der kurativen Medizin. Der erste Vortrag der »Gesundheitserzieherin« zusammen mit dem Zahnarzt über persönliche Hygiene und Vorsorgemaßnahmen, den ich in einem Dorf in den Bergen mithörte, zeigte mir, daß ich eben nicht allein und nicht nur gegen Windmühlenflügel kämpfte.

Ich lernte die »Conedores infantil« kennen, in denen alle Kinder bis zu 15 Jahren sowie schwangere und stillende Mütter eine warme Mahlzeit am Tag umsonst bekommen, erfuhr von der kostenlosen Ausgabe von Zusatznahrungsmittel für unterernährte Kinder und viele andere Dinge mehr.

Gesundheit, so legt die neue Verfassung Nicaraguas fest, ist ein Recht des Volkes und eine Pflicht des Staates. Die sandinistische Gesundheitspolitik beruht auf einleuchtenden Prinzipien:

— Die Gesundheitseinrichtungen müssen für jeden Nicaraguaner zugänglich sein, unabhängig von seinem sozialen Status, seiner Überzeugung, Re-

ligion oder Rasse. Sie müssen verbessert und ausgebaut werden, dem erreichten sozio-ökonomischen Niveau des Staates jeweils entsprechend.
— Alle Regionen müssen gleich gut versorgt werden: nicht nur die Städte und die infrastrukturell bevorzugte Westküste, sondern auch das Land, die Elendsviertel, die traditionell unterversorgte Atlantikküste.
— Der Lebensstandard und das hygienische Niveau müssen angehoben werden, um das Auftreten von Krankheiten zu verhindern oder einzudämmen.
— Prävention und Gesundheitserziehung haben Priorität im Gesundheitswesen.
— Das Volk selbst muß einbezogen werden in die Planung und die Bemühungen, die Volksgesundheit zu verbessern.

Die Fälle von Masern und Tetanus gingen entscheidend zurück, die Kinderlähmung konnte praktisch ausgerottet werden. Die Diarrhoe, früher kindliche Todesursache Nr.1 ging um 75 % zurück. Die wesentlichsten Erfolge wurden sicher nicht durch die Kurativ-Medizin, sondern durch den Ausbau der Prävention erreicht.

Die Schwestern und Auxiliares (Hilfsschwestern), die ja häufig selbstständig in den Puestos arbeiten, werden so ausgebildet, daß sie die vorherrschenden Massenkrankheiten erkennen und behandeln können (z.B. orale Rehydration, das heißt Verabreichung einer Trinklösung mit Zucker und verschiedenen Salzen, um die Austrocknung als Folge von Durchfallerkrankungen zu verhindern — eine der häufigsten Todesursachen bei Kleinkindern; Medikamentenausgabe sowie Betreuung und Überwachung von Tuberkulose-Paienten, inklusive Umgebungsbehandlung und Dokumentation). Hauptsächlich aber nehmen sie präventive und gesundheitserzieherische Aufgaben wahr. Hierzu gehören z.B.:
— Die Mutter-und-Kind-Fürsorge (Schwangerenbetreuung, Überwachung des Ernährungs- und Entwicklungszustandes aller Kinder bis zu sechs Jahren, Motivation zum Stillen, Unterweisung in oraler Rehydratation, Imfungen);
— Hygiene- und Sauberkeits-Erziehung, Motivierung der Bevölkerung zu Latrinen- und Brunnenbau-Projekten.

Ein entscheidender neuer Ansatz in der Gesundheitspolitik sind die »Jornadas des Salud« (Gesundheitstage), die seit 1981 durchgeführt werden und jeweils bestimmte Aufgaben haben. Es gab eine Kampagne zur Umwelthygiene (Abfallbeseitigung, Einzäunung der Schweine, persönliche Hygiene, Latrinenbau etc. — alles Dinge, die in Nicaragua keineswegs eine Selbstverständlichkeit sind), eine Malaria-Kampagne, bei der einerseits die Mückenbrutplätze vernichtet wurden (eine Aufgabe, für die es heute ein kontinuierlich arbeitendes Institut gibt) und andererseits 75 % der Bevölkerung einer vollständigen Malaria-Behandlung unterzogen wurden, um damit die Infektionskette zu unterbrechen. Außerdem gab es

Impfkampagnen gegen Tollwut, DPT (Diphterie, Tetanus und Keuchhusten), Masern und Poliomyelitis. — Das Gesundheitsministerium leitet diese Kampagnen an, gibt Aufklärungsbroschüren in Comic-Form heraus, um Motivation und Kenntnisse der Bevölkerung zu verbessern, organisiert die Propaganda in Presse und Rundfunk, koordiniert die Aktionen. Die Kampagnen werden auf der Ebene der »Areas«, also der Gebiete, für die jeweils ein Gesundheitszentrum zuständig ist, durchgeführt. Die Gesundheitsarbeiter führen sie zusammen mit den Massenorganisationen durch: Gewerkschaften, CDS (Comié de Defensa Sandinista — eine Art Stadtteil- und Dorf-Kommittee), Sandinistische Jugend. Eine wichtige Funktion haben die Gesundheitsbrigadisten, das sind Verantwortliche aus jedem Dorf und jedem Stadtteil, die in Kursen einiges Wissen über Massenimpfungen, Malariabekämpfung, Hygiene und einfache Wundversorung gelernt haben und die in ihrem Gebiet für die Durchführung der Kampagnen verantwortlich sind.

Daß die Druchführung dieser Kampagnen und Maßnahmen keineswegs immer reibungslos läuft, hat mehrere Ursachen:

— Einmal ist es die ungeheuer schwierige ökonomische Situation, in der der nicaraguanische Staat steckt. Die Sandinisten haben noch aus der Somoza-Zeit eine hohe Auslandsverschuldung übernommen. Hinzu kommt, daß die Exportgüter auf dem Weltmarkt (hauptsächlich Kaffee, Baumwolle, Fleisch und Zucker) derzeit immer schlechtere Preise erzielen, während die notwendigen Importgüter (hauptsächlich Öl für die Energieversorgung) immer teurer werden.

— Die ständigen Überfälle, Sabotageakte und die Bedrohung der Grenzen durch die »Contra« (die von den USA und dem CIA unterstützten und finanzierten Regimegegner) bedingen, daß das Land rund die Hälfte seines Nationaleinkommens in die Verteidigung stecken muß. Dies macht sich natürlich im sozialen Bereich bemerkbar, z.B. in der Ausstattung der Puestos mit Verbandsmaterial, Instrumenten, Medikamenten.

— Die Contra sucht sich für ihre Aktionen gezielt diejenigen Einrichtungen aus, die der Bevölkerung unmittelbar nützlich sind und so das Ansehen der Regierung stärken. So können seit einiger Zeit in manchen Gebieten keine Impfaktionen mehr durchgeführt werden, weil die Impfbrigaden immer wieder überfallen wurden. Aus dem gleichen Grund stehen in den durch Contra-Aktionen besonders gefährdeten Gegenden die Gesundheits-Puestos verwaist.

— Die Menschen, die auf allen erwähnten Ebenen an der Gesundheitsversorgung beteiligt sind, müssen sich in ihre Aufgaben und ihre Verantwortung erst einarbeiten. Man stelle sich nur vor, daß z.B. die Gesundheitsbrigadisten im allgemeinen Leute sind, die überhaupt erst vor fünf Jahren lesen und schreiben gelernt haben. Die Auxiliares, die selbstständig einen Gesundheitsposten betreuen, haben nach ihrer sechsjährigen Schulbildung

einen zehnmonatigen Kursus gemacht. Die Chefin der Krankenschwestern einer Area (welche ca. 20 — 30 000 Einwohner umfaßt) ist meistens eine Krankenschwester im Sozialen Jahr, d.h. gerade nach Abschluß ihrer dreijährigen Ausbildung. Für den ärztlichen Leiter gilt das gleiche: auch er kommt gerade von der Universität, hat keine Berufs- und keine Organisationserfahrung. — Und so geht es weiter auf allen Ebenen: die Gesundheitsministerin ist keine 30 Jahre alt.

Angesichts all dieser Schwierigkeiten sah ich manches mit anderen Augen. Ich registrierte nicht mehr so sehr, was alles nicht klappte, sondern war voller Bewunderung dafür, was unter diesen Umständen nach so wenigen Jahren des Aufbaus und der Entwicklung schon alles möglich war. Und ich wurde — aufgrund meiner eigenen Erfahrungen, aber auch aufgrund der Tatkraft und des Optimismus vieler Nicaraguaner, die ich bei der Arbeit kennenlernte — zuversichtlich, daß sich die Gesundheitsversorgung langsam aber sich er weiter verbessern wird.

Vor diesem Hintergrund änderte sich auch die Motivation für meine eigene Arbeit.

Ich akzeptierte, daß die ambulante kurative Medizin, so fragwürdig sie in Teilaspekten auch immer wieder scheinen mag, eine wichtige Aufgabe erfüllt. Für die Bevölkerung ist es eine ungeheure Errungenschaft, ihren Krankheiten nun nicht mehr allein und hilflos ausgeliefert zu sein, sondern einen Arzt zu haben, der ihnen hilft — und sei es auch nur subjektiv.

Vor- und Nachteile der kurativen Versorgung können überhaupt nicht verstanden werden, wenn die politische Funktion nicht mitbedacht wird: Das Wissen, im Krankheitsfall konkrete medizinische Hilfe zu bekommen, ist notwendig, um bei den Menschen Vertrauen in das Gesundheitswesen zu schaffen. Und dieses Vertrauen ist notwendig für die Durchführung sämtlicher präventiver Maßnahmen, die zunächst einmal für die Bevölkerung nicht einsichtig sind. So versuchten beispielsweise Regime-Gegner die ersten Polio-Schluckimpfungen 1981 damit zu diskreditieren, daß sie das Gerücht ausstreuten, mit der Impfung werde der Kommunismus übertragen. Und das Gerücht wurde geglaubt, die Beteiligung an den ersten Impfaktionen war schlecht. Mittlerweile aber beträgt die Durchimpfung der Kinder fast 100 % und die Krankheit ist ausgerottet.

In *irgendeinem* »Entwicklungsland« oder »Katastrophengebiet« hätte ich meine Arbeit nicht ausüben mögen. Auch in Nicaragua fragte ich mich oft, ob ich nicht mithalf, ein fragwürdiges, die Kuration als »eigentliche Medizin« favorisierendes System einzuführen. Ob das Reparaturverständnis, das wir *hier* inzwischen bekämpfen, weil es den Menschen als eine Art Maschine und seine Krankheiten und Beschwerden lediglich als reparable Defekte auffaßt, nicht unwiderruflich in den Köpfen der Leute festgesetzt wird. Ich denke auch nach wie vor, daß diese Gefahren bestehen.

In den ersten Monaten meines Aufenthaltes nahm ich in erster Linie die-

se Inadäquanz und die Unzulänglichkeiten wahr. Im Laufe der Zeit aber erfuhr ich sinnlich wahrnehmbar im täglichen Leben, in der täglichen Arbeit, was ich theoretisch schon früher wußte: ich erfüllte mit meiner Arbeit eine Teilfunktion in einem Teilbereich, wobei weder die Teilfunktion noch der Teilbereich für sich genommen befriedigend waren. Aushaltbar und positiv lebbar wurde die Arbeit dadurch, daß ich mehr und mehr die Einzelteile in Beziehung zur Gesamtbewegung setzen konnte.

»Revolucion es salud« — »Revolution ist Gesundheit« las ich in Nicaragua einmal auf einer Wand geschrieben. Ich empfand das nicht als eine leere Parole. Die nicaraguanische Revolution ist der Versuch, allen Menschen — besonders aber denen, die vorher davon ausgeschlossen waren — ein menschenwürdigeres und damit gesünderes Leben zugänglich zu machen. Die Verbesserung der Bildung, die gerechte Verteilung der materiellen Reichtümer, die Teilnahme des Volkes an allen politischen und gesellschaftlichen Entscheidungen — das Gesundheitswesen in diese Ziele eingebettet zu sehen, hat mich optimistisch gemacht.