



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

**Der Pflegedienst in einem Gesundheitszentrum in
einem Armenviertel von Lima**

Verfasserin

Gaby Diana Grill

Angestrebter akademischer Grad

Magistra(Mag.)

Wien, Februar 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057/122

Studienrichtung (lt. Studien-blatt): IDS Pflegewissenschaft

Betreuer: Ao.Univ.Prof. Dr. Roland Girtler

Vorwort:

Peru hat wie alle anderen Länder der „Dritten Welt“ mit zahlreichen Problemen zu kämpfen. Dazu gehört auch aufgrund der Landflucht die zunehmende Verstädterung und das dadurch entstandene Phänomen der Armenviertel. Davon ist in Peru besonders die Hauptstadt betroffen mit Menschen, die in jenen Vierteln leben. In der vorliegenden Arbeit wird die Situation des Pflegedienstes in einem Gesundheitszentrum in Lima untersucht. Es handelt von den Kompetenzen und Aufgaben des Personals sowie der Verantwortung im Umgang mit den Patienten und den knappen Mitteln.

Das Leben ist in diesem Viertel von extremer Armut geprägt mit allen seinen Folgen.

Das ist eine Herausforderung für das Team des Gesundheitszentrums. Um dieser Realität nachzugehen, ist die Forschungsmethode „Teilnehmende Beobachtung“ mit dem ero-epischen Gespräch nach Professor Roland Girtler gewählt worden.

Abstract:

Peru is facing various problems as all of the less developed countries. This includes the problem of an increasing number of domestic migrants filling up the slums in the outskirts of Lima.

This work focuses on the situation in a health centre of Huaycan, one of these poverty stricken areas surrounding Lima.

It deals with the rights and competences of the personnel and how they manage to improve the well-being of „their“ dwellers.

The method of Roland Girtler “ero-episches Gespräch“ based on “participant observation” has been chosen in order to describe the life reality in the centre.

Inhaltsverzeichnis

DANKSAGUNG	II
1. EINLEITUNG	III
1.1 Persönlicher Zugang zum Forschungsthema	III
1.2 Die räumliche und geistige Annäherung an das Forschungsfeld	IV
1.3 Erste direkte Annäherung an das Gesundheitszentrum	1
2. Methodologischer Zugang	3
2.1 Begriff der Beobachtung	3
2.2 Das ero-epische Gespräch	5
2.3 Teilnehmende Beobachtung	6
2.4 Beobachtungsfeld	7
3. Allgemeines über Peru und Lima	8
3.1 Bevölkerung Perus	8
3.2 Verkehr in Lima	9
4. Gesundheitswesen in Peru – Aufbau und Strukturen	13
4.1 Gesundheitszentrum Señor de los Milagros	24
4.2 Erste Eindrücke im Gesundheitszentrum	26
4.3 Geschichte des Gesundheitszentrums, Entstehung dieser „zona marginal“ und Terrorismus	39
5. Das Team	44
5.1 Sozialer Status des Personals	45
5.2 Anreden mit der Bevölkerung und untereinander	46
5.3 Uniformen und Bedeutungen	47
5.4 Arbeitskreisläufe und Beschreibung der Ausstattung sowie Mängelsituationen	48
5.5 Kommunikation und Sprachbarrieren	69
5.6 Anreise und Arbeitsweg	70
5.7 Arbeitszufriedenheit	70
5.8 Arbeitsalltag im Zentrum	74
5.9 Außendienst	76
5.10 Häufige Erkrankungen im Armenviertel	79
5.11 Armut – eine Auseinandersetzung mit dem Armutsbegriff	83
6. Zusammenfassung	86
7. Literaturverzeichnis	88
8. Abbildungsverzeichnis	91
9. Anhang	92

DANKSAGUNG

Ich möchte mich bei allen bedanken, die mich während der Diplomarbeit unterstützt und begleitet haben.

Mein Dank gilt Herrn Univ.Prof.Dr. Roland Girtler, der mich als wissenschaftlicher Betreuer unterstützt hat, vor allem die wertvollen Ratschläge haben mich immer motiviert um nicht aufzugeben.

Dank auch meinem Mann Michael, der mich während des Studiums unterstützt hat und meinem Sohn, der mir immer zur Seite gestanden ist. Vor allem bin ich meiner kleinen Tochter Ana-Sofie verbunden für die Kraft, die sie mir gegeben hat diese Diplomarbeit zu schreiben.

Ohne die Gesprächspartner im Gesundheitszentrum in Huaycan und ohne ihre Hilfe und bereitwillige Informationen wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Ihnen gilt natürlich vor allem mein Dank.

1.EINLEITUNG

1.1 Persönlicher Zugang zum Forschungsthema

Warum ausgerechnet ein Armenviertel in **Lima**, warum ausgerechnet **Huaycan**, der Ort, an dem ich forschen werde?

Huaycan ist eine Armensiedlung am Rande von Lima, Hauptstadt des südamerikanischen Landes Peru, im Norden dieses Molochs von einer Stadt mit mehr als zehn Millionen Einwohnern. Lima, eine Stadt, in der man stundenlang von einem Ende zum anderen fährt, direkt an die endlos lange Küstenlinie geschmiegt, in die Wüste gebaut und auf der anderen, auf der Ostseite durch die steil aufragenden Gebirge der Andenkordillere begrenzt. Im peruanischen Sommer herrscht schon ab Oktober in manchen Jahren große Hitze und drückende Schwüle vor. Im Winter ab Mai beginnt eine Jahreszeit, die Minimaltemperaturen um die fünfzehn Grad bringt. Dann kommt auch der berühmte **garua**, der feine Nebel vom Meer, der vom kalten Humboldtstrom erzeugt Kälte und Nässe und damit auch Krankheiten bringt.

Daher noch einmal die Frage, warum ausgerechnet **Huaycan**, warum **Lima**?

Lima ist meine alte Heimat, die Stadt, in der ich geboren wurde. Jetzt ist es die Stadt, in die ich zurückkehre. Es liegt eine gewisse Spannung in mir, ich lebe mittlerweile seit mehr als zwanzig Jahren in Österreich, mehr als die Hälfte meines Lebens. Lima ist mir fremd geworden, obwohl ein großer Teil meiner Familie dort lebt. Ich war das letzte Mal im Jahr 1997 in Lima, jetzt, zehn Jahre danach kehre ich zurück. Spannung liegt auch mir, weil eine gewisse Angst in mir ist, ob ich die Lebensbedingungen noch ertragen kann, auch wenn es nur für gewisse Zeit ist.

Zum dritten Mal stelle ich die Frage nach Lima. Ich hoffe, dass es ein „Heimspiel“ wird. Es ist meine Muttersprache, es ist eine Stadt, in dem ich mich sehr leicht bewegen kann, ich bin keine Fremde. Dieses grundsätzliche von Anderen akzeptiert werden ist in meiner Situation sehr wichtig. Ich denke, dass es für mich leichter sein wird in Peru Daten zu sammeln und meine

Diplomarbeit auszuarbeiten als zu irgendeinem Thema in Österreich. Des weiteren habe ich die Ausbildung in der Pflege hier in Österreich gemacht und derzeit in der Geriatrie tätig. Auch hier erhoffe ich mir ein Heimspiel, ich bringe ein gewisses Know-How mit.

Ich habe über das Internet den Kontakt zu einer jungen Krankenschwester gefunden, die in einem **pueblo joven**, einem Armenviertel von Lima ihren Dienst tut. Sie hat mich zu sich eingeladen, diese Einladung habe ich dankend angenommen. Ich werde mich meinem Forschungsgebiet „wandernd“ nähern, in dem ich mit ihr auch die Kranken zu Hause besuche. Auch werde ich anwesend sein, wenn das Pflegepersonal Hilfesuchende im Gesundheitszentrum behandelt. Da sie mich als eine Freundin einführen wird, wird es auch leichter sein, Kontakte zu knüpfen. Das bleibt zumindest meine Hoffnung.

1.2 Die räumliche und geistige Annäherung an das Forschungsfeld

Ich habe dieses Thema gewählt, weil ich selbst gebürtige Peruanerin und in der Pflege tätig bin. Schon seit siebzehn Jahren wollte ich mich mit dem Thema Pflegedienste in den Armenvierteln von Lima beschäftigen. Hier in meiner Arbeit soll anhand von Beobachtungen und Gesprächen die Rolle des Pflegedienstes analysiert werden. Im Vordergrund steht dabei der besondere Aspekt der Armut und die enge Verbundenheit von Pflegediensten und den Patienten in der alltäglichen Arbeit und dem Leben. Diese Arbeit beinhaltet einen Überblick zur Rolle des Pflegedienstes in einem Armenviertel von Lima, vor allem aber meine persönlichen Einschätzungen zu diesem Thema, die sich aus Gesprächen und Beobachtungen im Feldforschungsprozess ergeben haben. Diese Beobachtungen fanden zum Teil im Gesundheitszentrum „**señor de los milagros**“ in Huaycan, zum Teil in Begleitung des „Außendienstes“, spanisch **trabajo de campo** statt. Der Beobachtungszeitraum war Oktober-November 2007, ich war als Privatperson und Freundin meiner Kontaktperson,

Nila M. eingeführt. Tonbandaufnahmen gibt es leider keine, da das Personal Tonbandaufnahmen über seine Arbeit ablehnte. Diese Wünsche habe ich natürlich respektiert. Bei den im Text angeführten Auszügen aus meinen Beobachtungen und Gesprächen habe ich mit Erlaubnis der befragten und beobachteten Personen die vollständigen Namen angegeben.

Meine Kontaktperson, Frau Nila M., habe ich schon vor circa sechs Monaten im Internet kennen gelernt. Aufgrund der sich daraus ergebenden Fotos und Kommunikation über elektronische Medien konnte ich mir schon ein erstes Bild machen.

Ich war zuletzt vor zehn Jahren in Lima. Diese Stadt hat in dieser Zeit eine rasante Bevölkerungsentwicklung erfahren. Für mich als in dieser Stadt Geborene war vieles fremd. Zur Situation in der Stadt im November 2007 muss ich sagen, dass Lima kurz davor ein großes Erdbeben erlitten hatte, wobei das Epizentrum dieses Bebens allerdings circa dreihundert Kilometer im Süden auf der Halbinsel Paracas lag. In der Politik herrschte Chaos, auf der Straße marschierten die Menschen. Sie protestierten für bessere Arbeitsbedingungen, aufgrund der Arbeitslosigkeit herrschten und herrschen massive soziale Probleme. Die städtischen Universitäten streikten ebenfalls und somit waren die Bibliotheken geschlossen worden. Für mich bedeutete das natürlich auch eine Verschlechterung meiner Arbeitsbedingungen bei der Literaturrecherche.

Während meines Studiums überlegte ich mir, wie ich das an der Universität Gelernte, ich hatte eine Fächerkombination aus Pflegewissenschaften und Soziologie gewählt, in der Praxis anwenden könnte. Es war wichtig Erfahrungen zu sammeln, Erfahrungen in der Pflege hatte ich schon durch meine berufliche Tätigkeit. Es hatte mich schon immer die Methode der „Teilnehmenden Beobachtung“ interessiert und so entschied ich mich meine Diplomarbeit in Peru zu machen. Wie ich anfangs schon erwähnt hatte, suchte ich nach einer Möglichkeit Kontakte über das Internet zu knüpfen. Mit Hilfe von Nila hatte ich das Forschungsgebiet, das Gesundheitszentrum Señor de los Milagros schon direkt vor mir, es war bereits vorgegeben.

Irgendwie war es schwer für mich, mir vorzustellen, bald zu Hause forschen zu können. Ich war aufgeregt und fragte mich, wie ich die Anwendung von Gelerntem umsetzen könnte. Würde ich es unter anderem schaffen, mein Spanisch anzuwenden. Natürlich ist es meine Muttersprache, aber sie ist nicht mehr so gut wie früher. Immerhin bin ich seit fast sechsundzwanzig Jahren von zu Hause weg. Mein Vater wohnt mehr als eine Stunde entfernt vom Flughafen im Süden der Stadt. Es gibt zwei Wege zu meinem alten Wohnhaus, den Weg an der Küste entlang und den Weg durch die Stadt, durch das Zentrum. Der Fahrer nahm den langen Weg durch die Stadt, Lima die Metropole. Die Stadt allein, daher ohne die umliegenden „**urbanizaciones**“ hat schon acht Millionen Einwohner. Ich beobachtete das Geschehen links und rechts auf den Straßen, ich war natürlich neugierig, wie sich die Stadt in diesen zehn Jahren verändert hatte. Es fuhren wie immer die vielen alten Busse, die man in Wien schon längst aus dem Verkehr entfernt hätte. Die Luft war erfüllt von den Auspuffgasen, voll von schwerer, stinkender Luft. Es gab viele Menschen entlang der Verkehrsstraßen, die bei jeder roten Ampel etwas anzubieten hatten. Süßigkeiten, Zigaretten, verschiedenste Waren, die hier verkauft wurden, zumindest versuchten sie diese Waren anzubieten. Manche, vor allem Kinder versuchten in der kurzen, roten Ampelphase Fensterscheiben zu putzen, um so ein paar Münzen zu verdienen. Verzweiflung über das harte Leben war vorherrschend. Mein Eindruck war, dass es das, diese informelle Arbeit schon immer gegeben hatte, aber vielleicht nicht so intensiv wie jetzt. Die Fassaden der Gebäude waren schwarz vom Staub, von den Autos. Massen von Menschen warteten in „Bushaltestellen“ und die Busse waren mit Menschen gefüllt. Es wundert, dass hier im Zentrum keine Ampeln existierten, um ein wenig für die Einhaltung der Verkehrsregeln zu sorgen. (Abbildung 1).



Abbildung 1: Verkehr in Lima: es gibt keine Sicherheiten bezüglich des Transports. Busse fahren mit offenen Türen (Foto: Gaby Grill 2007)

Auf dem Weg nach Hause beobachtete ich weiter, wie sich anders als vor zehn Jahren die internationalen Ketten im Zentrum angesiedelt hatten. Pizzahut, die Kaffeehauskette „Starbucks“ und, unvermeidlich, auch McDonalds. Ich nehme diese drei Unternehmen exemplarisch für alle anderen dieser „global players“, die natürlich auch hier in Österreich existieren. Die Ketten sind aber auch die Bruchlinien im Erscheinungsbild der Stadt. Es ist tatsächlich so, dass sie auch reich und arm trennen, reich und arm ist auch die Trennung in hell und dunkel. Und es ist auch eine Trennung von drinnen und draußen. Drinnen sind auch die Peruaner, die sich die „internationalen“ und damit für Lima immens teuren Produkte dieser Unternehmen leisten können.

Am siebenundzwanzigsten Oktober hatte ich mein erstes Telefonat mit Nila, ich wollte sie zum ersten Mal persönlich kennen lernen. Wir vereinbarten ein erstes Treffen.

1.3 Erste direkte Annäherung an das Gesundheitszentrum

Es war für mich eine neue Situation, ich hatte gewusst, dass ich die nächsten Tage und Wochen bei ihr in ihrem Arbeitsumfeld verbringen sollte. Huaycan ist ein Armenviertel mit hoher Kriminalität und hohem Maß an Ansteckung mit verschiedensten Krankheiten.

Mein Ziel war allerdings diese Gegend und für mich war klar, dass ich meine Pläne umsetzen musste. Für mich war es eine Herausforderung. Als ich sie anrief, freute sie sich sehr von mir zu hören. So kam es zu unserem ersten Treffen.

Nila selbst wohnte nicht in Huaycan, aber auch außerhalb von Lima, vom Wohnort meines Vaters mit Taxi cirka eine halbe Stunde, mit öffentlichen Verkehrsmitteln zwei Stunden entfernt.

Nilas Wohnort lag in einer ländlichen Gegend, mit kleinen, halbfertigen Häusern, unten im Tal floss ein Fluss. Auf der einen Seite waren die hoch aufragenden Berge der Kordillere zu sehen, nahe am Fluss führte die Bahntrasse entlang. Insgesamt eine für den Großraum Lima typische Gegend mit trockenen Bergen, wenig Vegetation und wenig Regen, eine steinige, karge Landschaft.

Zu Hause warteten bereits ihre Eltern, Don Mario und Doña Juana gemeinsam mit der kleinen Tochter Alexandra, fünf Jahre alt. Nila ist zweiunddreißig Jahre alt, Alleinerzieherin und lebt mit ihren Eltern und ihrer Tochter zusammen auf cirka sechzig Quadratmeter auf zwei Etagen aufgeteilt.

Nilas Eltern sind Migranten aus der peruanischen Provinz Ayacucho, die vor cirka zwanzig Jahren ausgewandert waren. Ihre Muttersprache ist **Quechua**, eine der beiden weit verbreiteten Sprachen im peruanischen Andenhochland. Quechua war auch die Hauptsprache des alten Inkareiches.

Nila und ihre Tochter sprechen allerdings diese Sprache nicht.

Mein Vater war ebenfalls Mitte der Fünfziger Jahre aus wirtschaftlichen Gründen aus den Anden nach Lima gekommen.

Eine kurze Beschreibung von Nilas Haus.

Es war ein kleines Zimmer mit einem Fenster mit Blick zu den Bergen und dem Fluss. Vor der Türe verliefen die Bahngleise, wo täglich viermal in der Nacht Züge vorbeifuhren und mir nächtlich den Schlaf raubten, wobei anfänglich von erholsamem Schlaf keine Rede war (Abbildung 2).

Das Zimmer selbst war einfach eingerichtet. Das Dach des Hauses war aus Holz und Plastik, teilweise konnte ich durch das löchrige Dach die Sterne sehen. Was für Peru typisch ist, ist, dass Häuser halbfertig sind. Das heißt, solange das Geld für den Bau reicht, versuchen die Familien noch einen weiteren Stock aufzubauen. Das führt zu diesem typischen Erscheinungsbild, dass Orte aus Häusern mit Flachdächern bestehen, aus denen bereits die Stahlgestänge für den nächsten Stock aus dem Beton herausstehen. So gesehen war dieses Haus untypisch. Es war fertig.



Abbildung 2: Nilas Haus und die Bahnstrecke. Hier donnern nächtens die Güterzüge vorbei, alles sehr gewöhnungsbedürftig (Foto: Gaby Grill 2007).

Im Erdgeschoss nahe dem Eingang hatte Nila ein etwas größeres Zimmer als Laden eingerichtet. Es war eine Einkunftsquelle für ihre Mutter. Zum einen wurden dort Socken, Hefte und Bleistifte, Schulbedarf und ähnliche Produkte verkauft zum anderen handelte es sich um eine kleine Apotheke. Medikamente, Ampullen, Spritzen wurden erst am Abend von der Tochter verkauft. Vor der Tür bewarb ein Schild auch die Leistung, dass hier Injektionen verabreicht würden (*se pone inyecciones*). Es war wie ich bemerkte eher eine sehr geringe Quelle für ein zusätzliches Einkommen für die Familie.

2. Methodologischer Zugang

2.1 Begriff der Beobachtung

Unter Beobachtung verstehen wir das systematische Erfassen, Festhalten und Deuten sinnlich wahrnehmbaren Verhaltens zum Zeitpunkt seines Geschehens. (König, 1973; S.1)

Ich entschied mich für die Methode der qualitativen Sozialforschung und durch die Beobachtungen in der Feldforschung werde im Alltagsleben meiner Kontaktpersonen mitleben und mitwirken.

„am Alltagsleben der ihn interessierenden Personen und Gruppen teil und versucht durch genaue Beobachtung, etwa deren Interaktionsmuster und Wertvorstellungen zu explorieren und für die wissenschaftliche Auswertung zu dokumentieren“. (Lamnek, 1995; S. 240)

Girtler (2001) stellt in der Teilnehmenden Beobachtung allgemein vier Beobachtungstypen zur Diskussion:

„1.Die nichtteilnehmende, unstrukturierte Beobachtung, meist habe ich es hier mit keiner wissenschaftlichen Beobachtung zu tun, vielmehr mit einer eher zufälligen Alltagsbeobachtung.

2.Die nicht teilnehmende strukturierte Beobachtung: Dieser Typ ist der in der Soziologie wohl verbreitetste. Der Beobachter bleibt außerhalb des Handlungsablaufs und hält das ihm sichtbare Handeln nach einem bestimmten Plan fest.

3.Die teilnehmenden, strukturierte Beobachtung: der Beobachter nimmt hier selbst an den Aktionen teil. Durch den Einsatz von Beobachtungsschemata wird versucht, die Beobachtung zu standardisieren und den einzelnen Beobachter zu kontrollieren.

4.Die Teilnehmende unstrukturierte oder „freie“ Beobachtung: Dieser Typ ist wohl der Klassische in der Ethnologie, er hat aber auch für die Soziologie, wie unten gezeigt werden soll, eine erhebliche Bedeutung. Charakteristisch für diese Form der Beobachtung ist, dass kein systematischer Erhebungsplan vorliegt“. (Girtler, 2001;S.61)

In meiner Arbeit verwendete ich die Beobachtung Typ 4.

„Die freie Beobachtung bietet also die Möglichkeit, komplexe Situationen und Handlungsprozesse beinahe unbeschränkt zu erfassen.“ (Girtler, 2001; S.62)

2.2 Das ero-epische Gespräch

Im Rahmen dieser Beobachtungsform bildet das „ero-epische“ Gespräch die Grundlage der Beobachtungen.

„Der Begriff wurde von Girtler geprägt und bezieht sich auf eine Form der Unterhaltung, die Fragen in einem „ero-epischen Gespräch“ ergeben sich aus dem Gespräch und der jeweiligen Situation, sie werden nicht von vornherein festgelegt wie beim sogenannten narrativen Interview“ (vgl. Girtler, 2001; S. 149)

Als „Feldforscherin“ war ich im Gesundheitszentrum akzeptiert, ich habe meine Ausbildung in der Pflege in Österreich gemacht und bin wieder in meine alte Heimat zurückgekommen, es war nichts Neues für mich.

Die Gespräche wurden mit dem Team des Gesundheitszentrums und einigen Patienten in spanischer Sprache geführt, die Gespräche sind spontan aus den jeweiligen Situationen entstanden. Es war für das Personal während der Arbeitszeit wenig Zeit sich hinzusetzen, zu plaudern, sich zu unterhalten. Sie hatten ja viel zu tun vom Beginn bis zum Ende des Arbeitstages. Nach der Arbeit waren sie froh nach Hause zu gehen, einige mussten sogar eineinhalb Stunden fahren, ich nutzte daher jede Gelegenheit während meinen Beobachtungen Gespräche zu führen.

Nach diesen fünf Wochen der Beobachtungen und Anwesenheit im Gesundheitszentrum von „**Señor de los milagros**“ erscheint es mir, als ob die Menschen, das Personal im Gesundheitszentrum zufrieden sind. So sehr wir auch in einer medialisierten Welt leben, die uns allen, auch den Menschen im Armenviertel von Huaycan andere Lebenswelten zeigen, haben diese nicht den Einfluss auf das Lebensgefühl. Wir haben unsere Lebenswelt, in der wir sind, in der wir sein dürfen.

2.3 Teilnehmende Beobachtung

„Für unsere Zwecke definieren wir teilnehmende Beobachtung als einen Prozess, in dem die Anwesenheit des Beobachters in einer sozialen Situation zum Zwecke wissenschaftlicher Erhebung unterhalten wird. Der Beobachter steht in unmittelbarer persönlicher Beziehung zu den Beobachteten, und indem er mit ihnen an ihrem natürlichen Lebensbereich partizipiert, sammelt er Daten. So ist der Beobachter Teil des unter Beobachtung stehenden Kontextes, und er modifiziert nicht nur diesen Kontext, sondern wird auch von ihm beeinflusst“ (Schwartz & Schwartz, 1955, S.344 zit. nach Girtler, 2001; S.63).

„Durch die Teilnahme am Leben einer Gruppe kann ich deren Alltagswissen und Wertvorstellungen annähernd übernehmen.“ (Girtler, 2001, S.63)

Ich war auch Teilnehmerin in dieser Gemeinschaft und in einer besonderen Rolle als Beobachterin aufgenommen und konnte dadurch über mehrere Wochen mit dem Team des Pflegedienstes mit dabei sein.

Wie schon gesagt hatte ich den Ort Huaycan vorher nicht gekannt. Ich hatte ihn durch den Internetkontakt mit Nila kennengelernt und hatte dann keine Zugangsschwierigkeiten zum Beobachtungsfeld. In einer Gegend wie Huaycan, in einer sogenannten „**zona marginal**“ geht es nicht ohne Kontakte und soziale Anknüpfungspunkte.

Meine Beobachtungen fanden in der Arbeitsumgebung des Personals statt, wo ich als Beobachterin über mehrere Wochen bei der Arbeit des Pflegedienstes im Gesundheitszentrum sein durfte, die Gespräche entstanden aus der Situation.

Für meine Arbeit beschränkte ich mich bei den Beobachtungen auf das Team des Pflegedienstes im Gesundheitszentrum und außerhalb des Zentrums bei „Hausbesuchen“. Das Team bestand aus circa zwanzig Personen, darunter

Krankenschwestern, Ärzte, Sozialarbeiterinnen, Apothekenhelferinnen und Labor.

2.4 Beobachtungsfeld

Die Außerdienste des Teams des Gesundheitszentrums, im Spanischen „trabajo de campo“) genannt, waren kräfteraubend, oft mehr als drei Stunden Fußmarsch täglich.

In seinem „5 Gebot“ schreibt er:

Du sollst dir ein Bild von der Geographie der Plätze und Häuser machen, auf und in denen sich das Leben abspielt, das du erforschen willst. Liebe die Natur, beides kann ungemein reizvoll sein. Gehe zu Fuß die betreffende Gegend ab und steige auf einen Kirchturm oder einen Hügel.(Girtler,2001;S.184)

Viele der Krankenbesuche führten mich bis an die Bergränder oberhalb des Gesundheitszentrums.

Die vertretene Vorstellung, ein Feldforscher sollte im Feld alleine unterwegs sein, (Girtler, 2001; S.187) war hier in der zona marginal aus Sicherheitsgründen, etwa wegen den Gefahren von Überfällen oder dem Bandenwesen nicht möglich. Nur als Begleitung der Krankenschwestern und der Ärztin fühlte ich mich sicher.

Alles in allem glaube ich, dass ich mich, vielfach unbewusst an die zehn Gebote gehalten habe, war es doch auch ein Eintauchen in meine eigene Kultur und Vergangenheit, ein gewisses Vorverständnis (vgl. Girtler, 2001; S 53) war damit schon gegeben. Das Leben nach den Regeln und Sitten der Menschen war daher nicht schwer, ebenso wenig das Aneignen eines soliden Wissens über die sozialen Verhältnisse. (vgl. Girtler, 2001; S.184)

Das Feld hat sich im Forschungsverlauf sicher geändert, es ist mir immer vertrauter geworden. Ich fuhr jeden Tag mit Nila zum Gesundheitszentrum und

erlebte wie jeder andere Mitarbeiter des Pflegedienstes die Erschöpfung und jeden Tag gesammelte neue Erfahrungen, eine Hochschaubahn der Gefühle vor allem Leid und Trauer über das schwere Alltagsleben der Patienten und auch des Personals.

Was war meine „Rolle“?

Ich war eine von vielen Bewohnern von Lima, sprach Lima-Spanisch, wenn auch natürlich nach der langen Zeit in Europa mit Akzent. Nila hatte mich als ihre Freundin eingeführt und vorgestellt. Offiziell wollte ich mir die Arbeit ihrer Kolleginnen anschauen. Ich hatte ähnliche Wurzeln wie die meisten Mitarbeiter. Eine Tochter von quechua sprechenden Menschen, die vor Jahrzehnten aus dem Hochland nach Lima gekommen waren.

3. Allgemeines über Peru und Lima

3.1 Bevölkerung Perus

Peru ist eines der größten Länder Südamerikas. Im Vergleich zu europäischen Verhältnissen ist dieses Land ungefähr so groß wie Frankreich, Spanien und Portugal zusammengelegt und besteht aus drei großen Klimazonen. Die Küste, das Andenhochland und das Amazonastiefland sind Heimat für eine große Anzahl von Flora und Fauna. Das Land verfügt zudem über riesige Ressourcen an Bodenschätzen.

Der Großteil der Bevölkerung zentriert sich in Lima, der Hauptstadt. Acht Millionen Einwohner, fast ein Viertel der peruanischen Bevölkerung lebt im Großraum Limas. Hier befindet sich die gesamte Verwaltung, die Regierung, die großen Spitäler. Amtssprache ist Spanisch, die „größte“ Indianersprache ist quechua.

Obwohl die Regierung seit vielen Jahren versucht die Bevölkerung zu dezentralisieren, gelingt dies nicht. Die Bevölkerung verlässt die Berge und kommt in die Hauptstadt, um ein besseres Leben zu suchen. Lima liegt an der Küste und ist eine Metropole. Durch die Migration bilden sich am Rande der

Stadt Slumviertel und verursachen dadurch soziale Probleme und Versorgungsknappheit.

Zur Einteilung der Ethnien im Land ist folgendes zu sagen:

„Der größte Teil der Peruaner sind Indios, cirka 45% und Mestizen und Mestizinnen, cirka 37%. Der Mehrheit der Bevölkerung, 81% gehört der römisch-katholischen Kirche an. Nicht zu vergessen sind verschiedene Naturreligionen beziehungsweise der Ahnenkult, der hauptsächlich von den BewohnerInnen in den ländlichen Gebieten ausgeübt wird. Durch die systematische Missionierung der Römisch-Katholischen Kirche gerät die indigene Bevölkerung unter zunehmenden Druck ihre eigenen Ahnenkulte aufzugeben und die Glaubensideologie der Kirche zu übernehmen.“ (Wenty, Diplomarbeit, S. 9)

Ich selbst habe beobachtet, dass in allen Häusern des Armenviertels und auch im Gesundheitszentrum Altäre mit Heiligenbildern und Figuren aufgestellt waren. Im Gesundheitszentrum steht ein großes Heiligenbild des Herrn der Wunder (des namensgebenden „señor de los milagros“).

Neben Spanisch und Quechua, die beiden offiziellen Landessprachen Perus, werden Aymara und zahlreiche indianische Sprachen gesprochen. Im Armenviertel selbst wurde neben Spanisch Quechua gesprochen.

3.2 Verkehr in Lima

Das Verkehrschaos in Lima war ein wichtiger Teil meiner Arbeit, weil ein Großteil der Mitarbeiter fuhr täglich mit den vorhandenen öffentlichen Verkehrsmitteln zur Arbeit. Ich selber erlebte täglich den Kampf den Bus zu nehmen, dadurch, dass die Busse in der Früh überfüllt waren.

„Lima ist eine anstrengende Stadt. Ausführungen über das Verkehrschaos gehören zwar zum Standardrepertoire jeder Reportage über Großstädte in Lateinamerika, aber Lima ist ein

besonders schwieriger Fall. Aller Verkehr spielt sich auf der Straße ab.“ (Von Oertzen, 2004; S. 24)

Was Eleonore Von Oertzen, eine deutsche Soziologin, in ihrem Buch über Lima und den Verkehr beschreibt, kenne ich von Kindheitstagen an. Verkehr ist öffentlicher Verkehr, das sind Busse und die Taxis. Es gibt keine U-Bahn, keine Schnellbahnen, keine Straßenbahnen. Es gab den Versuch eine Schnellbahnlinie aus den südlichen Vororten ins Zentrum zu bauen. Dieser Versuch ist mir in guter Erinnerung geblieben, weil die traurigen Überreste auch in der Nähe des Wohnortes meines Vaters zu sehen sind.

„Wer wenig Geld hat, kann Bus fahren und Stunden später sein Ziel erreichen. Für Unkundige wird es zum Ratespiel, wohin ein Bus wohl fährt, denn die Buslinien haben keine eindeutigen Nummern. Schneller sind die combis genannten Kleinbusse, die nach dem Sardinenbüchsenprinzip mit rund fünfzehn Passagieren vollgestopft werden. In der Seitentür hängt in aller Regel ein Junge und schreit mit voller Lautstärke den potentiellen Fahrgästen die Route zu.“

(Von Oertzen, 2004; S. 24)



Abbildung 3: Wenn ein Bus „voll“ ist, fährt er die Bushaltestelle nicht an. Die potentiellen Fahrgäste müssen auf den nächsten Bus warten. Oftmals gibt es lange Wartezeiten von ca. einer Stunde (Foto: Gaby Grill, 2007)



Abbildung 4: Die Busse sind nicht sehr hoch, die lokale Bevölkerung ist generell klein (Foto: Gaby Grill, 2007)

Wenn Passagiere hier in Wien unter den „vollen“ Verkehrsmitteln stöhnen, seien ihnen Bilder aus Lima gezeigt. Die Busse sind zudem nicht sehr hoch, ein durchschnittlich großer Europäer hätte Schwierigkeiten im Inneren zu sitzen (Abbildung 4). Der Junge, der in der Seitentüre hängt, hat die Aufgabe Passagiere anzulocken und die Passagiere zum Einsteigen zu bewegen. Die üblichen Worte in Spanisch sind etwa **„avancen, avancen, atras hay asientos, atras hay asientos“**. *„Kommen Sie, hinten gibt es noch Plätze“*. Der Junge nennt die Endziele der Reisestrecke, er wird in Spanisch der **„cobrador“** genannt. Das ist seine zweite Aufgabe, er kassiert den Fahrpreis. Daraus folgt eine wichtige Benimmregel für den Passagier, natürlich in eigener Sache. Wenn möglich, hält man das Fahrgeld bereit und zwar in Münzen. Gibt man nämlich einen Schein, kann der **cobrador** das Wechselgeld oft erst herausgeben, wenn er bei allen Fahrgästen das Fahrgeld einkassiert hat. Und vergisst vielleicht.

„Auch das Taxifahren für die etwas Solventeren wirft Probleme auf. Jeder kann sich ein Taxischild ins Fenster kleben, um Geld dazuzuverdienen. Taxameter sind unbekannt, der Preis wird vor Antritt der Fahrt am Fenster verhandelt, und man sollte die Preise

kennen. Gelegentlich muss der Fahrgast dem Fahrer den Weg weisen, denn nicht jeder Privatmann, der Taxi fährt, kennt die Stadt gut genug, um selber den Weg zu finden.“ (Von Oertzen, 2004; S. 24)

Rund 80 Prozent der fast acht Millionen Menschen in Lima haben kein Auto zur Verfügung und sind auf ein chaotisches Verkehrsnetz angewiesen, das von privaten Kleintransportern, dahinrumpelnden alten Bussen und nicht zugelassenen Taxis bereitgestellt wird. Viele Städte im Süden ohne ausgebauten öffentlichen Verkehr werden von privaten Kleinbussen überflutet. (Boyd, 2001, S. 30)

Es ist wichtig für mich, hier einen ersten Eindruck der Verkehrssituation in Lima zu hinterlassen.

Wie ich in meiner Beschreibung von Huaycan näher ausführen werde, ist natürlich zum einen die gesamte Region von dieser Luftverschmutzung in der Stadt betroffen. Zum anderen ergeben sich für das Personal des Gesundheitszentrums oft sehr lange, beschwerliche und kostenintensive Anfahrtswege.

4. Gesundheitswesen in Peru – Aufbau und Strukturen

Ich möchte diesem Kapitel über das Gesundheitswesen in Peru ein Zitat voranstellen, das sehr gut mit meinen Beobachtungen in Huaycan übereinstimmt.

Das peruanische Gesundheitswesen ist zweigeteilt. Wer über das nötige Geld verfügt, lässt sich privat behandeln und hat Zugang zu medizinischer Versorgung auf hohem Niveau. Zahlreiche private Kliniken werben in Lima um die zahlungskräftige Kundschaft. Für Ärzte muss eine Anstellung in einer Privatklinik angesichts der

kümmerlichen Entlohnung im staatlichen Gesundheitswesen in jedem Fall attraktiver sein.

In den staatlichen Kliniken fehlt es so gut wie an allem. Gebäude verfallen und werden nicht renoviert. Viele Behandlungen bis hin zur Operation sind nur möglich, wenn die Angehörigen eines Kranken Medikamente und notwendige Materialien selber mitbringen. Selbst die Verpflegung der Kranken im Krankenhaus muss oft von der Familie übernommen werden. Jede schwerere Erkrankung wird zu einem finanziellen Kraftakt für die Betroffenen und ihre Familien, denn eine effiziente staatliche Krankenversicherung existiert nicht. (Von Oertzen, 2004; S.160)

Dies ist eine Einleitung zu einer Beschreibung des peruanischen Gesundheitswesens. Es ergibt sich aus dem Gesagten folgendes Bild des Systems aus öffentlichen und privatwirtschaftlichen Elementen.

Der erste Bereich besteht aus dem Gesundheitsministerium (MINSA). Sie ist die höchste sanitäre Autorität, leitet den Sektor und ist für die Leitung und Direktion der nationalen Gesundheitspolitik verantwortlich. Das Ministerium kontrolliert die Erfüllung dieser Politik und die Übereinstimmung mit der allgemeinen Politik der Regierung. Das Ministerium hat die normative Funktion, insofern die dezentralisierten Organe die Funktionen der Sanitärregelung, Vorsorge und Kontrolle beziehungsweise die anderen speziellen Bereiche innerhalb ihrer Aktivität übertragen. Dasselbe Gesetz schreibt vor, dass der Staat dafür verantwortlich ist, öffentliche Gesundheitsleistungen für die gesamte Bevölkerung zur Verfügung zu stellen. Die MINSA ist die Einrichtung, die die meisten Institutionen innehat beziehungsweise unter sich hat.

Die Organisation des Gesundheitsministeriums besteht aus einer Leitung (Minister und Vizeminister), Kontroll- und Beratungsorganen (Planung), Epidemiologie, Finanzbüro und externe Kooperation. Weitere Administration, Statistik, Informatik, Umweltschutz, Medikamente und so weiter. Weitere spezialisierte Institute, geistige Gesundheit, Rehabilitation, Neurologie, Tumor, Augenheilkunde, perinatale Erkrankungen und Abteilung der Regionaldirektion

(DISA). Diese haben die Aufgabe der Sanitärkontrolle in den Bezirken. Die MINSA kümmert sich überwiegend um die arme Bevölkerung, die keine Sozialversicherung hat. Der Staat muss zu den Behandlungskosten teilweise oder ganz Beihilfe leisten, wenn Personen nicht dazu die Mittel haben oder keine Versicherung im privaten oder öffentlichen Bereich haben. Die Grundleistungen des öffentlichen Gesundheitsbereiches sind vor allem.

Impfungen, Grundversorgung, Umweltsanierung, Information, Bildung und Kommunikation im Gesundheitsbereich, Kontrolle über übertragbare Krankheiten, Kontrolle von Lebensmitteln, epidemiologische Überwachung und geistige Gesundheit.

Das Gesundheitsministerium hat die Kompetenz, die Evaluation und Kontrolle von Einrichtungen im Gesundheitswesen durchzuführen. Dies wird allerdings aufgrund von Knappheit der Mittel nicht regelmäßig erfüllt. (vgl: Übersetzung von Verfasserin in (Organizacion Panamericana de la Salud(OPS), 2001, S. 1)

SIS (Gesundheitsgrundversorgung)

Sie ist eine staatliche Versicherung, die den Zweck hat armen Bevölkerungsschichten Gesundheitsservice zu bieten. Die Finanzierung beziehungsweise die Umsetzung dieses Service fällt in die Kompetenz der MINSA.

Die SIS versichert nur schwangere Frauen und Mütter bis zum ersten Lebensjahr des Kindes sowie Kinder bis zum achtzehnten Lebensjahr. Wichtig ist, dass man in den Genuss dieser Versicherung kommt, sich jährlich melden muss.

Die SIS beinhaltet aber nur wenige, limitierte Gesundheitsleistungen. (Präventivmaßnahmen).(organizacion panamericana de la salud (OPS),2001,S 5 f)

El SIS es un seguro diseñado e implementado con el fin de reducir la morbilidad de los niños y madres gestantes en situación de pobreza y pobreza extrema. El SIS se constituyó en el año 2002 sobre la base del seguro público de salud. (Seinfeld, 2007; S.32)

Die Gesundheitsgrundversicherung ist eingerichtet zum Zwecke der Senkung der Sterberate bei Kindern und Schwangeren, die sich in Armut befinden. Diese Grundversicherung wurde im Jahr 2002 eingerichtet über die Öffentliche Gesundheit. (Übersetzung des spanischen Textes)

In einem Gespräch mit Bewohnern von Huaycan meinen sie, dass die Bedingungen von SIS nicht leicht zu verstehen und zu akzeptieren sind, da ein Großteil dieser Menschen keine sichere Arbeit haben, wo sie sich versichern können.

„Sie kommen von Haus zu Haus und schauen, ob man einen Fernseher besitzt. Wenn das der Fall ist, hast Du kein Recht auf SIS. Ich frage mich, haben wir kein Recht einen Fernseher zu haben? Haben wir kein Recht auf Unterhaltung am Abend nach der Arbeit? Ich verstehe auch nicht, warum kann nicht die gesamte Familie mitversichert sein, sondern nur ein Teil. Warum sind die Frauen ein Jahr nach der Geburt ihres Kindes nicht mehr versichert? In meiner Familie sind wir arm, ich habe nur Gelegenheitsarbeit um meine Familie zu ernähren. Was mache ich, wenn ich krank werde? Warum können die Männer nicht versichert sein? Brauchen wir das nicht? Was passiert mit den alten Menschen, wenn sie verletzt sind oder einen Bruch erleiden. Wird nur die Behandlung versichert? Meiner Meinung nach sollten die alten Menschen in die SIS inkludiert sein. Viele von denen sind von der Familie verlassen, sie haben im Alter keine Arbeit und

beziehen keine Pension und können sich somit keine Behandlung leisten.“¹

Die Gesundheitsleistungen des Staates werden in zwei Untergruppen eingeteilt, die öffentlichen und die nicht öffentlichen Leistungen. Der erste Bereich besteht aus dem Gesundheitsministerium (MINSA), der Gesundheitsversicherung (EsSalud) und den Leistungen der Armee, einer Berufsarmee und der nationalen Polizei. Der öffentliche Bereich umfasst 51% der gesamten Spitäler, 69% der Gesundheitszentren und 99% der Arbeitsstellen im Gesundheitsbereich, in den entfernten ländlichen Gegenden und städtischen Randgebieten gelegen.

Das Gesundheitsministerium kümmert sich überwiegend um die arme Bevölkerung, die keine Sozialversicherung hat. EsSalud kümmert sich vor allem um registrierte Arbeiter und Angestellte mit festen Arbeitsstellen, wobei die Angehörigen auch mitversichert sind. Dazu kommen auch noch Versicherte aus unabhängigen Versicherungsträgern. Die Leistung wird im Krankheitsfalle über die EsSalud zur Verfügung gestellt. Diese Versicherten haben auch die Möglichkeit sich in einigen privaten Kliniken behandeln zu lassen. (vor allem Mitarbeiter von großen Firmen)

Fazit ist, dass die EsSalud den Fokus auf Risiken am Arbeitsplatz gelegt hat. Institutionen der EsSalud befinden sich vorwiegend in städtischen Gegenden.

Ich möchte hier kurz die Situation meines Vaters als Fallbeispiel anführen. Mein Vater berichtet, wie es ihm ergangen ist, als er erkrankte. Er ist 75 Jahre alt und Pensionist und war immer bei der EsSalud versichert.

„Im Alter bekomme ich eine Grundversorgung, jede kompliziertere Behandlung muss ich selber zahlen. Ich habe Anspruch auf eine Rente, die mir jetzt im Alter kaum ausreicht. Ich war krank, hatte starke Unterbauchschmerzen, bin ich zum nächsten Gesundheitszentrum gegangen. Dort wurden mir

¹ Gespräch mit Pedro, November 2007

Schmerztabletten verschrieben. Am nächsten Tag hatte ich weiterhin Schmerzen, es ging mir so schlecht. Da bin ich ins Spital gefahren. Dort musste ich stundenlang warten, da die Patienten schon seit vier Uhr in der Früh gewartet hatten, um eine Behandlung zu bekommen. Für die Erstuntersuchung musste ich vorher an der Kasse zahlen, dann bin zu einem Facharzt gekommen, der mich untersucht hat. Nebenbei habe ich ein Ultraschall machen lassen, das ich auch zahlen musste. Ich bin ein paar Tage später am Blinddarm operiert worden, ein relativ harmloser Eingriff. Er hätte lebensbedrohend werden können, aber dank der finanziellen Unterstützung meiner Familie, die im Ausland lebt, ist alles gut verlaufen.“²

Die Gesundheitsdienste der Streitkräfte und der Polizei versorgen die Mitarbeiter und Angehörigen. Diese Dienste bilden sogar eigenes Personal aus wie zum Beispiel medizinisch technische Fachkräfte, Pflegepersonal in den eigenen Krankenhäusern (in spanisch: sanidades armadas y policiales)

„Las fuerzas armadas y policia nacional han creado su propio sistema de aseguramiento en salud y poseen grandes hospitales como de la marina, la aviacion, el ejercito y la policia.“ (Saco, 2008; S.68)

In diesem Sinn berichtet Maria S.

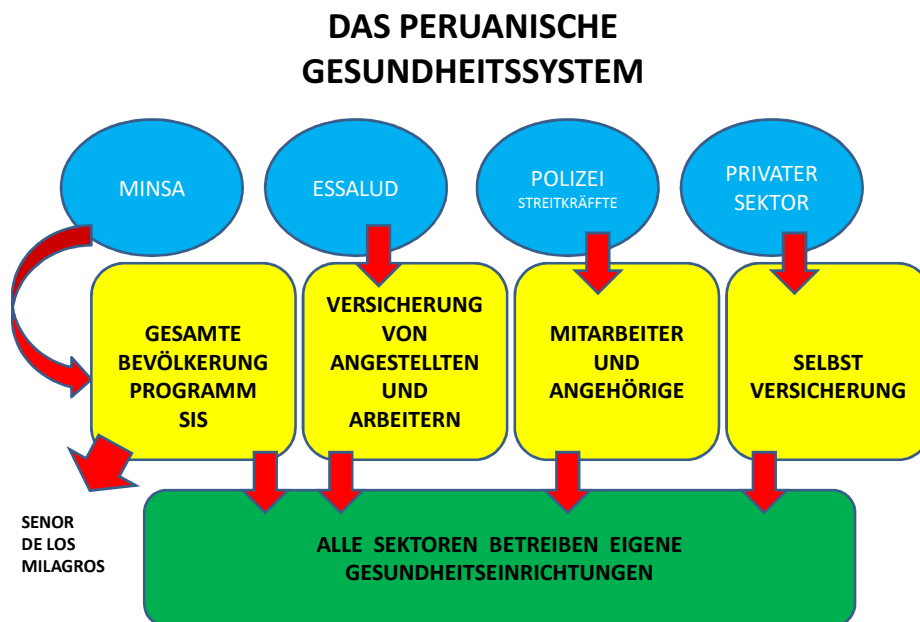
„Ich bin Studentin an der städtischen Universität und lasse mich zur Krankenschwester ausbilden. Ich wohne in einem Armenviertel von Lima. Mein größter Wunsch war am Anfang, in eine Krankenpflegeschule der Streitkräfte zu gehen. Hier hätte ich einen sicheren Arbeitsplatz, während der Ausbildung wäre ich krankenversichert. Die Ausbildung in so einer Schule ist sehr qualifiziert, weil sie technisch sehr gut ausgerüstet sind. Nebenbei

² Gespräch mit meinem Vater Ruben, 10. November 2007

muss das Personal in diesen Schulen körperlich fit sein, es wird regelmäßig trainiert. Für meine Familie und mich wäre es eine wirtschaftliche Verbesserung, es ist eine Prestigesache als Schülerin dort zu sein und später als diplomierte Krankenschwester. Aber leider ist es mir nicht möglich gewesen, da ich bei einem engeren Auswahlverfahren nicht aufgenommen wurde.“³

„Unter Prestige versteht man soziales Ansehen, Anerkennung beziehungsweise Wertschätzung einer Person, einer Gruppe oder auch einer sozialen Position.“ (Reinhold, 1997; S.506)

Ich möchte in einer kleinen Skizze noch einmal grafisch veranschaulichen, welche Säulen des peruanischen Gesundheitswesens existieren und wo das Gesundheitszentrum angesiedelt ist.



Kurz gesagt, in Peru gibt es einige Subsysteme im Gesundheitsbereich. Die Koordination der nationalen und nicht nationalen Bereiche ist zu wenig und es gibt immer noch Teile der Bevölkerung, die bisher keinen Zugang zu diesen

³ In einem Gespräch mit Maria S. 15.November 2007

Leistungen haben. Die öffentlichen Netze der Fürsorge basieren auf der lokalen und provinziellen Gliederung, die die Arbeitsstellen des Gesundheitsbereiches, Gesundheitszentren und die Spitäler umsetzen.

Die Teilnehmer der SIS sind nur bis zu einem Betrag von 1000 Soles (peruanische Währung, entspricht circa 200 bis 250 EUR, Anmerkung: Verfasserin) versichert. Darüber hinaus muss die Behandlung selbst bezahlt werden.

Wie meine Beobachtung zeigt, stößt die Möglichkeit in den Genuss der SIS zu kommen auf einige Schwierigkeiten.

An einem Tag lernte ich die Sozialarbeiterin kennen, die im Team einige wichtige Aufgaben hatte, eine davon ist die Aufnahme von Menschen, die die Berechtigung haben, die SIS zu erhalten.

Vor diesen Menschen steht eine Frau mit einer rosafarbenen Uniform. Auf ihrem Brustschild steht ein Name. Ich gehe zu ihr hin und stelle mich vor. Sie sagt zu mir: *„Ich bin die Sozialarbeiterin, mein Name ist Ena Morales.“* Sie erzählt mir in diesem Gespräch, dass sie heute viel zu tun hat.

„Es werden für alle hier Versammelten neue Sozialversicherungen ausgestellt, die SIS. Das geschieht immer am letzten Tag eines Monats.“

Ich stehe jetzt neben ihr und höre ihr zu, was sie den Menschen erklärt. Sie sagt laut:

“Bevor Sie lange warten, möchte ich wissen, ob alle die richtigen Dokumente bei sich haben.“

Sie nennt dabei, welche Dokumente alle bei sich haben sollen für die Aufnahme. (Geburtsurkunde und DNI) Ohne diese Dokumente ist keine Aufnahme möglich. Danach bittet sie alle sich in einer Reihe anzustellen. Dabei sehe ich, sie trägt einen Namen nach dem anderen in ein Heft ein. Danach bittet sie alle im Aufenthaltsraum zu warten. Ich gehe mit den Menschen in den Aufenthaltsraum mit. Dort, in einem großen Raum ohne Sitzmöglichkeiten, mit

Ausnahme einer alten Bank für fünf Personen, warten wir alle vor dem Zimmer der Sozialarbeiterin. Sie kommt aus ihrem Zimmer, bevor die Erste aufgerufen wird, erklärt sie noch einmal, sogar in gebrochenem Quechua, dass nur Personen die SIS versichert sind für die Behandlung genommen werden können, sodass niemand umsonst wartet.

So beginnt die Anmeldung, sie ruft jede einzelne und jeden einzelnen in ihr Büro.

En la actualidad por sus limitaciones, el SIS no puede atender todas las enfermedades, pero si atiende a las comunes. (Saco, 2008; S. 70)

Wegen der Einschränkung der SIS kann nur die Grundversorgung gewährleistet werden. (eigene Übersetzung aus dem Spanischen, Verfasserin)

Alexandro Saco nennt folgende Zahlen. Weniger als die Hälfte der Bevölkerung, 46,5 Prozent sind überhaupt versichert, haben also irgendeine der hier genannten Versicherungsarten. Davon sind 24,9 Prozent in der SIS versichert, 17,7 Prozent in der EsSalud und 3,9 Prozent in der Versicherung der Polizei und der Streitkräfte sowie Privatversicherungen. (Saco, 2008; S. 64)

Im Umkehrschluss sind 53,5 Prozent gar nicht versichert, was bedeutet, dass sie für Gesundheitsleistungen bar zahlen müssen oder leiden oder im schlimmsten Fall, bei schweren Erkrankungen mit Todesfolge, sterben.

In einem Gespräch mit der Sozialarbeiterin des Gesundheitszentrums, Ena Morales, weist sie auf folgende Probleme hin.

„Die Erneuerung der Mitgliedschaften ist sehr wichtig und darf nicht vergessen werden, wichtig ist auch, dass die Dokumente richtig ausgefüllt werden, da davon die Weiterversicherung abhängt.“⁴

Viele der vor allem älteren Patienten sprechen nur gebrochenes Spanisch und tun sich schwer die Formulare in Spanisch auszufüllen. Hier hilft die Sozialarbeiterin, dies tut sich auch auf Quechua.

Auf meine Frage, ob sie die Probleme der Menschen verstehen könne, sagt sie: *„Ich versuche zu verstehen, ich weiß, dass die Menschen kaum Ausbildung haben. Viele haben nur die Grundschule besucht oder sind Analphabeten. Ein Großteil der Menschen kommt von den Bergen und spricht fast nur Quechua.“⁵*

Die Gespräche mit den Patienten laufen so ab, dass sie gebeten werden vor dem Sozialraum, dem Arbeitsraum der Sozialarbeiterin, Platz zu nehmen. Einer nach dem anderen kommt zum Gespräch, wobei zwischendurch immer wieder Menschen außen am Fenster anklopfen. Am Schreibtisch von Frau Ena stehen ein paar Becher Trinkyoghurt, die sie den Klopfenden mitgibt. Jeder, der klopft, erhält einen Becher. Dabei trägt sie auf einer Liste jene ein, die bereits ihren Becher erhalten haben. Währenddessen muss sie sich aber auch auf das Gespräch konzentrieren. Frau Ena stellt vor allem Fragen zur Lebenssituation. Sie fragt, wie und seit wann sie in der Gegend leben, wie die Behausung aussieht, in der sie leben. Ob das „Haus“ aus Schilf, Holz oder Rohziegeln gebaut ist. Vor allem ist ihr wichtig, den genauen Namen zu erfahren. Einige Dokumente wie zum Beispiel Geburtsurkunden sind praktisch unleserlich. Durch die Lebensumstände der meisten Bewohner von Huaycan sind die meisten Dokumente in Mitleidenschaft gezogen worden.

Um das System des Gesundheitswesens abzuschließen ist folgendes zu sagen.

⁴ Gespräch mit der Sozialarbeiterin Ena, 16. November 2007

⁵ Gespräch mit der Sozialarbeiterin Ena, 16. November 2007

Würde man also die Gesundheitsversorger in Peru als Pyramide darstellen, stünden an der Spitze die sehr gut ausgestatteten **„clínicas“**, die für den Großteil der Bevölkerung nicht leistbar sind. Dann kommen schon „Hospitales“, das sind kleinere Krankenhäuser. Ganz unten an der Basis der Pyramide stehen dann die sogenannten **„centros de salud“**, (Gesundheitszentren). das sind unterschiedlich große Grundversorgungszentren wie eben das „centro de salud del señor de los milagros“ in Huaycan.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass das System zersplittert ist und vielen Menschen keinen Zugang zu Versicherungen und dadurch zu leistbarer medizinischer Hilfe bietet.

Es gibt neben dem von mir beschriebenen staatlichen Gesundheitswesen mit den Säulen seiner Versicherungen auch die traditionellen Medizinsysteme, in die viele Menschen großes Vertrauen haben, ja haben müssen. Dazu werden traditionelle Heiler und Schamanen schon auch aus Kostengründen aufgesucht, weil Medikamente von den Heilern selbst, meist aus in der unmittelbaren Natur vorkommenden Pflanzen und Tierprodukten hergestellt werden. Heiler und Schamanen haben auch ein gut ausgebaute Infrastruktur, sind vor Ort und werden, vor allem von der indianischen Bevölkerung, akzeptiert.

Leichtere Erkrankungen werden zu Hause behandelt, im Hochland und im Amazonastiefland oft mit Heilkräutern, Außerdem werden dort Ernährungsvorschriften beachtet. In den Anden nimmt man bei durch Kälte verursachten Krankheiten keine „kalten“ Nahrungsmittel zu sich und bei durch Wärme hervorgerufenen keine „heißen“ Nahrungsmittel. Diese Klassifikation hat aber mit der Temperatur des Essens wenig zu tun. Sie bezieht sich auf die Wirkungseigenschaften, die Heil -und Nahrungsmittelpflanzen sowie tierischen Produkten zugeschrieben werden.

Mit den Aspekten dieses traditionellen Gesundheitswesens war ich allerdings während meines Aufenthalts nie konfrontiert, auch das Personal oder Patienten haben in meiner Gegenwart nie darüber gesprochen.

Es ist mir nur wichtig darauf hinzuweisen, dass viele kleinere Erkrankungen mit Hilfe dieses traditionellen Medizinsystems behandelt werden.

Mein Mann, ein Wiener, war zum Beispiel immer sehr interessiert daran zu erfahren wie mein Vater oberflächliche Wunden in seiner Heimat in Apurimac mit einer Schlangenhaut behandelt hatte. Dabei wird die Schlange gefangen, gehäutet und die Haut direkt auf die Wunde gelegt.

Mein Großvater, zum Beispiel, legte den warmen Kuhfladen auf seine arthroseerkrankten Gelenke.

Ich möchte noch einen Begriff klären, der wesentlich für meine Arbeit im Gesundheitszentrum ist, nämlich den Begriff der Funktion des Pflegedienstes.

Die Funktion des Pflegedienstes besteht darin, dass das Pflegepersonal in einem bestimmten Bereich selbständig entscheiden und handeln kann, ohne vorher das Einverständnis von Angehörigen oder anderen Berufsgruppen einzuholen. (Locher, 1973; S. 30)

„Durch Kooperation der verschiedenen Berufsgruppen können die aus der Arbeitsteilung und Spezialisierung resultierenden Vorteile besser genutzt und die damit verbundenen Nachteile gemildert oder kompensiert werden.“ (vgl. Kaba-Schönstein & Kälble, 2004)

4.1 Gesundheitszentrum Señor de los Milagros

Das Gesundheitszentrum ist daher nach der eben beschriebenen Darstellung des peruanischen Gesundheitssystems die Einrichtung primärer Gesundheitsversorgung und bietet eine umfassende Grundversorgung (**atencion medica integral ambulatoria**) zur Förderung von Gesundheit, Vermeidung von Erkrankung und Betreuung im Krankheitsfall. Das Zentrum bietet daher ambulante ärztliche Konsultation, Behandlung und Betreuung in den Bereichen Erstversorgung, Gynäkologie, Pädiatrie und Zahnmedizin.

Das Gesundheitszentrum trägt also für eine in einer bestimmten Region lebenden Bevölkerung Verantwortung, sodass sich zwischen dem Personal des Zentrums und der Bevölkerung ein Vertrauensverhältnis ausbilden kann. Das ist eine Voraussetzung für gute Arbeit.

Das Aufgabenspektrum des Gesundheitszentrums „Señor de los milagros“ umfasst daher wie bereits eingangs gesagt, die Betreuung von Patienten von Montag bis Samstag ganztägig, Betreuung von chronisch Kranken (vor allem TBC), Schwangerenvorsorge, Familienplanung, Gesundheitsberatung, Hygiene- und Ernährungsberatung, Erstversorgung, Zahnbehandlungen.

Das für **señor de los milagros** zuständige Gesundheitsministerium, die MINSA, bietet folgende acht Kategorien an Gesundheitseinrichtungen an, wobei das Gesundheitszentrum in die Kategorie I-3, Gesundheitszentrum ohne stationäre Aufnahme fällt.⁶

Kategorien	MINSA
I-1	Puesto de salud
	Gesundheitsposten
I-2	Puesto de salud con Medico
	Gesundheitsposten mit Arzt
I-3	Centro de salud sin internamiento
	Gesundheitszentrum ohne stationärer Behandlung
I-4	Centro de salud con internamiento
	Gesundheitszentrum mit stationärer

⁶ siehe Anhang

	Behandlung
	Hospital I
II-1	Spital der Kategorie 1
	Hospital II
II-2	Spital der Kategorie 2
	Hospital III
III-1	Spital der Kategorie 3
	Instituto especializado
III-3	Spezialinstitut

4.2 Erste Eindrücke im Gesundheitszentrum

Bei meiner Ankunft im Zentrum „**Señor de los Milagros**“ am 30. Oktober wurde gerade das Fest zum zwölfjährigen Bestehen des Zentrums gefeiert, gleichzeitig war es der letzte Tag der Feierlichkeiten zum katholischen Fest des „**Señor de los Milagros**“

Das gesamte Personal, Schwestern wie Ärzte, waren dazu im großen Aufenthaltsraum vor dem Heiligenbild des „**Señor de los Milagros**“ versammelt. Es gab kurze Ansprachen von allen Mitarbeitern des

Gesundheitszentrums, die ein paar Dankesworte sagen wollten. Die meisten sprachen über Erinnerungen, wie sie hierhergekommen waren, welche Erwartungen sie hatten. Am Anfang hatten einige Angst gehabt, mit der Zeit konnten sie sich an ihren Einsatzort gewöhnen. Auch ich durfte ein paar Worte sagen, nachdem ich vom Chefarzt des Zentrums, Dr. Jesus Moreno als Freundin von Nila Mayon vorgestellt worden war.

Nach einer kleinen Trinkrunde mit Wein, wurde dann die kleine Feier mit einem Gebet vor dem Bild des **señor de los milagros** beendet. Der Arbeitsalltag begann. Ich fühlte mich nach dieser ersten Begrüßung endlich am Ziel angekommen.

Die Namensgebung des Gesundheitszentrums beruht auf der Geschichte des „Schwarzen Christus“, ein in ganz Peru sowie an allen Orten, wo Peruaner gemeinsam feiern, verehrtes Heiligenbild. Die Festtage dieses heiligen Jesus sind der achtzehnte und neunzehnte Oktober, wobei das Fest in der Regel beginnend ab dem achtzehnten Oktober bis Ende des Monats dauert. Es handelt sich dabei um Messen und Prozessionen, wobei die Teilnehmerinnen und Teilnehmer traditionell in lila Farbe gekleidet sind. Das verehrte Bild zeigt den gekreuzigten Jesus in der Mitte des Bildes, über dem Kreuz den Heiligen Geist und den Vater. Zur rechten von Jesus Christus die Heilige Mutter Gottes mit einem mit einer Lanze durchbohrten Herzen, auf der anderen Seite der Apostel Johannes.



Abbildung 5: Der Name des Gesundheitszentrums beruht auf dem Abbild des „Cristo moreno“

Auf Spanisch wird er auch als „**Cristo moreno**“ und auch als „**Cristo de la Pachacamilla**“ bezeichnet (Abbildung 5).

Die Geschichte seiner Verehrung, „**Señor de los milagros**“, dem Herrn der Wunder, beruht auf einem Ereignis aus dem 17. Jahrhundert. Lima war damals schon eine wachsende Kolonialstadt der spanischen Krone. Einige Zuzüge waren die Sklaven, die von den afrikanischen Küsten nach Südamerika gebracht worden waren. Unter diesen und unter den armen Arbeitern Limas entwickelte sich in diesem Jahrhundert eine Verehrung dieses Frescos, das von einem schwarzen Künstler geschaffen worden war. Die katholische Amtskirche reagierte bald und ließ das Bild in ein städtisches Kloster bringen. Die Heiligenbildverehrung wurde noch größer als es das Erdbeben von 1687 unbeschadet überstand. Dies wurde als Beweis für seine wundertätigen Kräfte

gesehen. Diese Verehrung gipfelt in den jährlichen Prozessionen im Oktober, wenn das Bild zu verschiedenen Kirchen und Klöstern in der Stadt getragen wird. Verantwortlich für dieses Tragen während der Prozessionen sind „**cofradías**“, religiöse Bruderschaften, die auch heute noch größtenteils aus Schwarzen bestehen.

Zur Geschichte dieser Heiligenverehrung möchte ich auf Wikipedia verweisen.⁷

Das Gesundheitszentrum selbst ist ein Konglomerat aus mehreren Einzelgebäuden, einige davon sind grob geziegelt, eines, der **comedor**, der Speisesaal besteht aus Holzwänden.

Die Innenräume sind meist mit Wellblechwänden beziehungsweise Holzwänden voneinander getrennt. In den Gebäuden bestehen die Böden aus gestampftem Lehm, die einzelnen Gebäude sind wiederum durch Hallen, Vorplätze, „Pacios“ miteinander verbunden. Diese Hallen beziehungsweise Vorplätze bestehen aus groben Lehm Böden.

Es werden zwei große Gebäudeeinheiten voneinander unterschieden, die miteinander über einen Niveauunterschied, es sind einige Stufen zu überwinden beziehungsweise eine Rampe dient als Zugang, verbunden sind. Diese Gebäudeeinheiten sind aber wiederum in kleinere Komplexe aufgeteilt.

Durch den Haupteingang kommend zur rechten Seite befinden sich ein kleiner Garten, das Wasserreservoir und wenn man weiter in das Gebäude hineingeht, zuerst die Tbc-Kontrollstelle. Dann folgen die Apotheke, die große Halle mit dem Heiligenbild, ein Arztzimmer, das Zimmer der Hebamme und das Labor sowie das **Topico**, der Raum für Akut und – Erstversorgungen. Die Tbc-Kontrollstelle wird auch als „**Pabellón C**“ bezeichnet, **Pabellón** ist der spanische Ausdruck für unser Pavillon.

Durch den Haupteingang zur linken Seite geht es über den großen Hof über ein paar Stufen hinunter zu den Gebäuden, die die Kassa, die Administration der

⁷ [http://es.wikipedia.org/wiki/Se%C3%B1or_de_los_Milagros_\(Lima\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Se%C3%B1or_de_los_Milagros_(Lima)) , Zugriff: 14. Februar 2013

Krankenakten und die „**Triaie**“ beinhalten. Die **Triaie** ist der Ort, an dem sämtliche Daten der Patienten erfasst, daher „ermessen“ werden. Es geht hier vor allem um Gewicht und Körpergröße. (siehe Abbildung 6)



Abbildung 6: Babywaage in der Triaie, (Foto Gaby Grill, 2007)

Kassa, Administration und Triaie sind ein Gebäudekomplex. Dahinter und von diesem Komplex getrennt, folgt ein weiterer Gebäudekomplex, der folgende Arbeits -und Behandlungszimmer umfasst. Diese sind die Räume der Sozialarbeiterin, der Krankenschwestern, Statistik, die Bereiche der Dentalbehandlungen, das Chefarztzimmer und das Zimmer seiner Assistentin. Ein weiteres alleinstehendes Haus auf dem Gelände des Zentrums ist der **Comedor**, der Speisesaal.

Der Speisesaal ist im Gegensatz zu den aus Ziegeln gebauten anderen Gebäudeeinheiten sehr spartanisch gebaut, die Wände aus Holz und das Dach aus Blech. Das Zimmer ist mit Holzbänken und Tischen ausgestattet, wo sich die Patienten während dem Essen aufhalten. Es gibt einen Nebenraum mit einer großen Herdplatte, die mit Gas betrieben werden. Dieser Raum ist mit

Geschirr ausgestattet. Hier im Speisessaal übernehmen einmal pro Woche die Angehörigen der Patienten die Arbeit. Diese wird gerecht aufgeteilt. Diese wöchentliche Aufgabe ist das Einkaufen, Vorbereitung des Mittagessens. Es wird jeden Tag frisch mit viel Gemüse und Getreide gekocht. Nudeln und Reis gehören zu den wichtigsten Nahrungsmitteln. Dieses Mittagessen wird teils aus Spenden teils aus Unterstützung der Gemeinde finanziert.

Ich möchte dazu eine Beobachtung bringen.

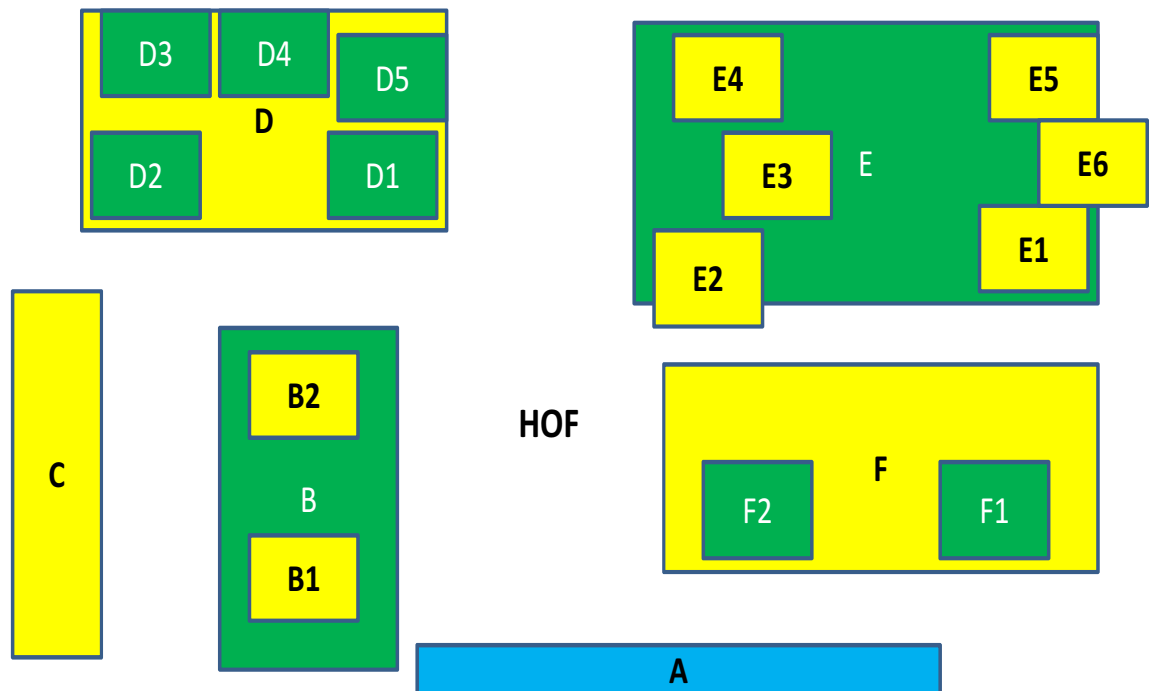
Eines Tages ging das Gas aus und das gerade beim Kochen. Die Angehörigen, die gerade kochten, bauten mit der Hilfe von Patienten im Hinterhof provisorisch einen Ziegelofen auf. Es wurde Brennholz gesammelt und so wurde weitergekocht, um rechtzeitig fertig zu werden.



Abbildung 7: Essen im Comedor, (Gaby Grill, 2007)

Ich habe, um das Beschriebene anschaulicher zu gestalten, eine Skizze angefertigt, die noch einmal verdeutlichen soll, wie das Krankenzentrum angeordnet ist. Außerdem versuche ich durch einige Fotos die Vorstellung der Lage der Örtlichkeiten zu verbessern.

ANORDNUNG DER EINZELNEN ABTEILUNGEN IM ZENTRUM



A: HAUPTINGANG;
B1: KASSE; **B2:** TRIAJE;
C: VOLKSKÜCHE;
D1: WARTERAUM; **D2:** CRED; **D3:** SOZIALARBEITERIN; **D4:** CHEFARZT; **D5:** ZAHNARZT;
E1: ARZT; **E2:** APOTHEKE; **E3:** HALLE; **E4:** TOPICO; **E5:** LABOR; **E6:** GYNÄKOLOGIE;
F1: PCT; **F2:** UNTERSUCHUNGSZIMMER

Abbildung 8: Gesundheitszentrum

Abbildung 8 verfügt über einen großen Empfangshof. In der Mitte des Hofes befinden sich zwei große Holzhütten, die mit einander verbunden sind. Eine der Hütten ist die Anmeldung und Kassa, die andere Hütte die Triage. Auf der linken Seite des Hofes befindet sich das Büro für die Sozialarbeiterin, das Untersuchungszimmer für die Zahnambulanz, das Zimmer für die Krankenschwester, die sogenannte CRED, die Telefonzentrale und Administration, ein Wartezimmer, das Zimmer für den Chefarzt.

Auf der Nebenseite des Pavillons, durch eine Treppe verbunden, befindet sich das Untersuchungszimmer für Gynäkologie, ein Labor, Topicoraum, ein zweites Arztzimmer, Apotheke. Vor dem Eingang zu dieser Abteilung gibt es einen kleinen Altar. Gleich beim Eingang des Gesundheitszentrums befindet sich ein kleiner Pavillon für PCT. (**Programa de control de la tuberculosis**)

Die Gesamtfläche des GZ beträgt etwa 1000 Quadratmeter. Ganz hinten, hinter dem Pavillon befindet sich, wie bereits gesagt, der **comedor**, eine Volksküche, die erst vor kurzem gebaut wurde. Das GZ war mit einer Mauer umgeben, die ich hier nicht dargestellt habe. Die Skizze soll auch helfen, Arbeitswege der einzelnen Mitarbeiter, die Aktenläufe, aber auch die Patientenwege besser zu beschreiben.

Die folgenden Fotos sollen auch ein bisschen besser verstehen lassen und eine Vorstellung geben, aus welchen Materialien das Gesundheitszentrum besteht beziehungsweise wie es aussieht. Ich möchte hier einen ersten äußerlichen Eindruck der Gebäudekomplexe vermitteln. Für mich hat es sehr nett ausgesehen, alle Bereiche, die meisten geziegelt oder aus gestampftem Lehm sind in blau gehalten. Das gesamte Gesundheitszentrum ist mit einer Mauer umgeben, den Haupteingang nimmt ein schwarzes Eisentor ein. Leider spiegelt sich dieser nette äußerliche Eindruck im Inneren nicht unbedingt wider, wo es dann wirklich an vielem fehlt.



Abbildung 9: Haupteingang des Gesundheitszentrums (Foto: Gaby Grill, 2007).DISA IV
Vgl. Seite 19

Bei Abbildung 9 handelt es sich um den Haupteingang, dahinter ist die Tbc-Kontrollstelle, der Arbeitsplatz von Nila M.. Abbildung 10 zeigt den großen Hof zwischen den einzelnen Gebäuden mit Blick auf das Zahnarztlabor und die Arbeitsbereiche der Leitung des Zentrums. Abbildung 11 zeigt die von mir in der Skizze als Niveauunterschied eingetragene Rampe. Es ist, so mein Eindruck, ein Stück „heile Welt“ in einer sehr harten Umgebung. Es ist ein „Vorposten“ des Staates, des durch die staatliche Organisation geregelten Lebens in eine Zone, in die andere staatliche Organe selten kommen. Huaycan ist ein Gebiet der unkontrollierten Landnahme und „illegalen Landbesetzung“, ein Gebiet, in dem sich Menschen nach ihrer Landflucht ansiedeln. (siehe Abbildungen 13 und 14, Umgebung des GZ) Sie kommen aus den zonas de montañas, aus den Gebirgsregionen auf der Suche nach einem besseren Leben.



Abbildung 10: Großer Hof zwischen den einzelnen Gebäuden mit Blick auf das Zahnarztlabor und die Arbeitsbereiche der Leitung des Zentrums (Foto: Gaby Grill 2007).



Abbildung 11: Rampe (Foto: Gaby Grill 2007)

Was mich fasziniert hat, aber auch traurig gemacht hat, sind diese krassen Unterschiede, ich habe dafür gerade das Wort „Heile Welt“ verwendet. Ich habe mich in meiner Arbeit langsam an mein Thema, die Kernpunkte meines Interesses herangearbeitet. Ausgehend von der Motivation hier her zukommen, die Vorteile, die ich durch das „Forschen“ in meiner Heimat gesehen habe, der Möglichkeit durch die Einladung durch Nila habe ich mich geistig und körperlich angenähert. Schließlich bin ich da, ein paar Tage und tausende Kilometer von Wien entfernt, Wien, einer Stadt mit seinem Reichtum, mit seinen Spitälern, mit den Möglichkeiten in den Spitälern. Die Spitäler, die alles bieten, was man braucht, rasche Hilfe, medizinisches Personal und scheinbar einen Überfluss an medizinischem Gerät und Materialien. Jetzt spreche ich nicht von den krassen Unterschieden zwischen Wien und seinen Spitälern und dem Gesundheitszentrum Lima-señor de los milagros, städtisches „Armenspital“ an der Peripherie einer Großstadt. Ich spreche davon, dass Lima-Señor de los

milagros zu seiner Umgebung, für mich, wie ein Ankerplatz der Hoffnung erscheint. Um auch dies zu verdeutlichen, hier zwei Bilder der unmittelbaren Umgebung zum Spital.



Abbildung 12: Die Bebauung der Hänge rund um das GZ (Foto: Gaby Grill 2007).



Abbildung 13: Umgebung des GZ Señor de los Milagros, Foto Gaby Grill, 2007)

Insgesamt sind es also mehrere Gebäude, die locker auf einem großen Platz angeordnet sind, wobei sich für mich keine klare Hierarchie herausgebildet hat. Alle Gebäude scheinen „gleichberechtigt“ angeordnet zu sein. Auch das Chefarztzimmer war ein Teil des Komplexes und hatte keine besondere Position.

Etwa fünf Minuten vom Gesundheitszentrum entfernt befindet sich eine allgemeine Schule, cirka eine halbe Stunde vom Zentrum entfernt das einzige Spital von Huaycan.

4.3 Geschichte des Gesundheitszentrums, Entstehung dieser „zona marginal“ und Terrorismus

Der Beginn des Gesundheitszentrums geht auf die frühen 1990´er Jahre zurück. Der hauptsächliche Grund der Errichtung dieser Gebäude waren die

Choleraepidemien in diesen Jahren, die in den Armenvierteln viele Tote forderten. Daraus ergab sich die Notwendigkeit eines Krankenzentrums zur Betreuung der Menschen, dieses wurde aus Eigeninitiative der Bewohner gegründet und durch den Staat finanziert. Es war daher letztendlich der politische Wille der Bewohner sich zu organisieren, um das Projekt durchzusetzen.

Bis zum Ausbruch gab es in ganz Südamerika über ein Jahrhundert keinen einzigen Fall von Cholera mehr. Mit Jänner 1991 suchte die Cholera zunächst die peruanische Küste heim, um sich dann über das peruanische Hochland auszubreiten. Dass sich das Cholerabakterium derart verheerend ausbreiten und zur Seuche entwickeln konnte, lag wohl auch in der Struktur des Gesundheitssystems und der Gesundheitsfürsorge begründet. Ein Großteil der Bevölkerung entlang der peruanischen Küste lebte ohne Trinkwasserversorgung und ohne Abwasserkanäle. Kein Gesundheitsprogramm gelangte in diese Bereiche der peruanischen Gesellschaft, in die zonas marginales. Die fehlende Hygiene und die allgemeine Umweltzerstörung schafften weitere Voraussetzungen für eine ungehemmte Ausbreitung der Cholera. Die Abwässer flossen in unmittelbarer Nähe der Wohnsiedlungen völlig ungeklärt ins Meer, und die Luft wurde vom Ausstoß der Industrieanlagen vergiftet.

Die enorme Umweltverschmutzung war also ein Merkmal der Küstenstädte, der Ausbruch war auf die Dreiecksbeziehung Bevölkerungsdichte, Umweltverschmutzung, Epidemie zurückzuführen.

In einem Interview zwischen Julio Chavez, dem Leiter des „Instituts für Entwicklung und soziale Aktion“ (IDEAS) in Lima mit Monica Salas, Interviewführerin für die Ila, Institut für Lateinamerika, ergaben sich kurz nach dem Ausbruch der Choleraepidemie auch folgende Fragen.

„Wie funktioniert dann das peruanische Gesundheitssystem? Gibt es öffentliche Gesundheitszentren oder nur private Ärzte und Krankenhäuser?“

Es gibt schon ein öffentliches Gesundheitswesen neben dem privaten Sektor in einem gewissen Sinne. Aber diesen Krankenstationen fehlen bereits die Mittel und Einrichtungen für den medizinischen Normalfall. Diese Situation ist aber nicht nur auf die derzeitige wirtschaftliche Krise des Landes zurückzuführen, daneben werden die ohnehin spärlichen Mittel auch noch ungerecht verteilt.

Wir die Cholera-Epidemie eine Veränderung im Gesundheitswesen bewirken?

Ich glaube, das ist der Wunsch aller. Ich denke, die peruanische Bevölkerung wird zumindest ein stärkeres Bewusstsein dafür entwickeln, dass die Schaffung gesunder Lebensbedingungen im Land alle angeht, und dass sich der Staat den schwachen Bevölkerungsteilen gezielt zuwenden muss. Doch es bleibt die Befürchtung, dass diese wachsende Erkenntnis der BürgerInnen den Staat zu keiner raschen, die Lebensbedingungen der Menschen verbessernden Reaktion veranlassen wird. In der Basis sind hingegen große Anstrengungen zu spüren. ÄrztInnen, Schwestern, KrankenpflegerInnen, GesundheitspromotorInnen und die Volksorganisationen haben wirksame Aktivitäten entwickelt, während der Staat sich mit seiner Krise beschäftigt. Es ist, wie gesagt, eher ein Wunsch als ein Gefühl der Sicherheit, dass von offizieller Seite bald etwas geschehen wird. „(ila Nr. 144, 1991, S. 39)

Frau Irene Ticse, eine der Gründerinnen des Gesundheitszentrums war während meines Aufenthaltes noch immer im Zentrum tätig und erzählte mir einiges über die Gründung.

„Das Zentrum wurde am 30. Oktober 1994, vor allem auf Initiative der Nachbarschaft gegründet. Grund war die Choleraepidemie, die sich hier in Huaycan rasch ausgebreitet hatte. Es gab, leider so wie heute, keine Kanalisation, und wir hatten, leider auch so wie heute, Trinkwasserversorgung nur mit Tanklastwagen. (spanisch:

tanque de agua) Nachdem wir gesehen hatten, dass tagtäglich Menschen ohne Hilfe sterben, das nächste Spital war damals circa eineinhalb Stunden entfernt, haben wir uns organisiert. Zuerst transportierten wir die Kranken zu Fuß mit „**camillas**“ (aus Holz selbstgemachten Tragbahren) zum Spital. Einige verstarben am Weg ins Spital. Wir mussten etwas anderes tun und wollten ein Gesundheitszentrum aufbauen. Dazu suchten wir einen Architekten, der das Projekt leiten sollte. Wir benötigten genügend Unterschriften von unserer Gemeinde. Zweimal wurde das Projekt von der MINSA abgelehnt, beim dritten Mal stimmten sie zu. Es war notwendig das Projekt mit einem guten Plan, guten Argumenten für die Errichtung, einzureichen. Schließlich sollte ja die MINSA Baumaterial, Personal und Einrichtung zur Verfügung stellen“.⁸

Der rasante Zuzug in Huaycan ist auch auf den Terrorismus zurückzuführen, der in den achtziger und neunziger Jahren in Peru grassierte. Der Leuchtende Pfad, sendero luminoso,.

Viele von den Bewohnern flüchteten zunächst vom Land in die die Stadt umgebenden Stadtränder, eben die „zonas marginales“ wie eben Huaycan.

Huaycan wurde am 15. Juli 1984 gegründet mit einer ersten Bevölkerungszahl von 4.000 Einwohnern und hat heute eine Fläche von circa 570 Hektar. Die Armut zeigt sich in verschiedenen Bereichen des Lebens der Bevölkerung, einer von diesen ist die hohe Arbeitslosigkeit und damit verbunden das niedrige Einkommen der Menschen. Trotz dieser Armut versucht die Bevölkerung ständig ihre ökonomische Situation zu verbessern. (vgl. Saldana, 2008, S. 64f)

Die Einwohner sind Binnenmigranten, Menschen, die aus den Bergen Perus zur Verbesserung ihrer Lebensbedingungen an den Rand der Stadt gezogen sind. Viele von ihnen sprechen untereinander quechua und sprechen Spanisch wie eine Fremdsprache. Im Gesundheitszentrum wird auf diesen Umstand

⁸ Gespräch mit Frau Ticse vom 12. November 2007

insoferne Rücksicht genommen, als dass, wenn eine Patientin beziehungsweise ein Patient nicht oder unzureichend Spanisch kann, immer jemand vom Personal geholt wird, der oder die quechua spricht.

Ich habe diese Situation selbst, siebzehnjährig, erlebt, als das Heimatdorf meines Großvaters in Apurimac von der guerilla überfallen wurde. Alle Dorfbewohner, ich wurde vorher von meinem Großvater versteckt, wurden am Dorfplatz zusammengetrieben und der Kollaboration mit der Armee bezichtigt. Ein Dorfbewohner wurde erschossen, danach verschwanden die Terroristen wieder. Am nächsten Tag kam die Armee, um ihrerseits die Dorfbewohner zu verhören und zu drangsalieren. Die Situation war unerträglich, viele flüchteten.

In Huaycan kommt es zu illegalen Landnahmen, wobei das Land, das hier besiedelt wurde und weiterhin wird, sich für eine Besiedlung nicht eignet. Das Umweltrisiko steigt natürlich mit jeder Hütte, mit jeder Behausung, die noch näher in die Berge hineingebaut wird.

Die Zahl der viertausend Einwohner, die Huaycan bei der „Erschließung“ 1984 hatte, kann man jetzt die Zahl mit cirka 140.000 Bewohner gegenüberstellen. Die illegale Landnahme folgt dabei immer einem ähnlichen Muster.

„Aus ein wenig Holz und Bastmatten gebaut, sind sie für die Neuankömmlinge die erste eigene Unterkunft, ohne Wasser, ohne Kanalisation, ohne Müllabfuhr. Nicht selten ist die Geschichte der Ansiedlung eine Geschichte von Landbesetzung und von Auseinandersetzung mit Polizei und Stadtverwaltung, die letztlich immer wieder vor den Fakten kapitulieren müssen: Die Menschen sind da, die Hütten sind da, und irgendwann folgt die Legalisierung der neuen Siedlung.“ (Von Oertzen, 2004; S. 22)

Geografisch ist Huaycan eine Schlucht und die umgebenden Berge im extremen Osten des Distrikts Ate Vitarte, die umgebenden Berge sind der Fisgon und der Huaycan. Huaycan ist in mehrere Zonen, die Buchstaben

haben, eingeteilt. Im unteren Huaycan die Buchstaben A bis G, in den oberen Schluchten weitere Zonen.

5. Das Team

Das Team bestand bei meinem Aufenthalt im Oktober und November 2007 aus insgesamt 23 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, wobei der Großteil Frauen waren. Es gab nur drei männliche Mitarbeiter, davon der Chefarzt, der Zahnarzt und ein Pfleger. Zur Sicherung des Zentrums war ein Portier am Eingang, der auch „Securityfunktion“ hatte und Rundgänge machte.

Folgende Personen waren während meines Aufenthaltes im November 2007 im Krankenzentrum tätig:

Medicos (Ärzte)

Dr. F. Jesus, Dra. Rosario O., Dra. Marcia C.

Odontologos (Zahnärzte)

Dra. Carmen del Pilar N., Dr. Marco A.

Obstetrizes (Hebammen)

Licenciada Gisela A., Licenciada Edith S., Licenciada Sandra H.

Enfermera licenciada (Krankenschwester)

Licenciada Dora T.

Asistenta social (Sozialarbeiterin)

Enna V.

Laboratorio tecnico (Laborfachkraft)

Clarisa M.

Tecnico de enfermeria (Pflegehelferinnen)

Epifanio C., Gladys A., Dinara C., Petronila M., Elsa Q., Yenny J.

Farmacia (Apotheke)

Tecnico farmacia (Technisch-pharmazeutische Helferin)

Delia T.

Tecnico enfermeria

Filomena C.

Tecnicos administrativos

Tecnica enfermera Yadila O., Tecnica Administrativa Carmen M., Tecnica Administrativa Irene T.

Tecnicos de computacion

Elisabeth A.

Wie man aus der Liste ersehen kann, sind die meisten Mitarbeiterinnen „tecnicas“; Hilfsschwestern.

Zu den Frauen hat sich ein Mehr an Kontakten ergeben, einfach, weil ich eine Frau unter Frauen war und weil Frauen einen Großteil des Personals gestellt haben. Trotz der großen Arbeitsbelastung waren sie bereit mir während der Arbeit Auskunft zu geben, auch die Patienten waren mit meiner Anwesenheit einverstanden.

5.1 Sozialer Status des Personals

Ich war insgesamt cirka ein Monat im Armenviertel. Wenn man in Wien auf der Straße geht, begegnet man zwangsläufig Polizisten, der Müllabfuhr, der Feuerwehr, den Postlern, Busfahrern. Manchmal begegnet man Menschen, die nach Amt aussehen. Kommissionen, die sich treffen, um zu schauen, ob eine Haltestelle aufgrund einer Baustelle verlegt werden muss, jemand vom Bezirk, von der Stadt Wien, von den Wiener Linien und so weiter. Wien riecht nach

Verwaltung, nach Amt, von der Wiege bis zur Bahre begleitet durch die Stadt, von den städtischen Kindergärten bis zur Magistratsabteilung 43, den Städtischen Friedhöfen.

In Huaycan ist der Staat oder eine städtische Verwaltung praktisch nicht präsent. Ich habe in meiner Zeit nur eine Schule gesehen und das Gesundheitszentrum. Das Gesundheitszentrum ist der Ort, wo der Staat, die Stadt präsent sind. Die Armen des Viertels sehen, dass der Staat sie nicht ganz vergessen hat. Hier sind Menschen in Uniformen, die tagtäglich zur Arbeit kommen und ihnen Hilfe anbieten. Es handelt sich um „weiche“ Uniformen, meistens um Frauen, die Betreuung und Hilfe bieten, die nicht bedrohlich wirken.

Ich hatte im täglichen Beobachten der Gespräche das Gefühl, dass ein großer Respekt vor diesen Menschen da ist. Das zeigte sich für mich in den Anreden und wie die Menschen mit dem Personal des Zentrums umgegangen sind.

In Begleitung der Außendienstmitarbeiterinnen fühlte ich mich im Armenviertel sicher.

5.2 Anreden mit der Bevölkerung und untereinander

Im Einzugsgebiet von Huaycan leben circa 20.000 Menschen, die medizinische Betreuung brauchen. Bei allen meinen Beobachtungen und meinen Gesprächen waren die Patienten, die Bevölkerung „per Du“ mit dem Personal, allerdings, wie schon beschrieben, mit einem sehr respektvollen Umgang. Das ist durchaus erstaunlich, da das in Peru gesprochene Spanisch sehr formell ist und sich selbst Familienmitglieder unterschiedlicher Generationen, zum Beispiel Tochter und Mutter, siezen.

Respektvoller, eher liebevoller Kontakt ist auch, dass sich Patienten und Personal, auch außerhalb der Untersuchungen, viel an der Schulter berühren. Ein zärtliches Klopfen auf die Schulter beziehungsweise leichtes Streicheln der

Schulter war ein Zeichen der Nähe, des Mitfühlens. Immer wieder versuchte das Personal Menschen aufzumuntern.

Viele Schwestern wurden als Frau Doktor angesprochen. Es gab also eine Erhöhung durch den Titel, die Schwestern sind in diesen Patientengesprächen nicht näher darauf eingegangen. Ich glaube nicht, dass sie sich besonders geschmeichelt fühlten, es war ein Teil eines alltäglichen Gesprächsrituals. Auch die verschiedenen Uniformen und Farben der Arbeitsbekleidung, und damit unterschiedlichen Funktionen des Personals waren den Patienten scheinbar nicht bekannt. Das Personal wurde von der Bevölkerung gesiezt.

Viele der Patienten, vor allem Ältere und Kinder wurden vom Personal mit „**papito**“ und „**mamita**“ angesprochen, Koseformen, wie sie für Familienangehörige üblich sind.

Es ist dies eine typische Anrede in der spanischen Sprache, die liebevoll verwendet wird, vor allem, wie gesagt, von Erwachsenen mit der älteren Generation und mit kleinen Kindern.

Auch das Personal einschließlich der Ärztin waren untereinander per Du, sie pflegten ein freundschaftliches Verhältnis. Die Ausnahme war der ärztliche Leiter des Zentrums, der Chefarzt, mit dem alle per Sie waren.

5.3 Uniformen und Bedeutungen

In Österreich ist dem Fernsehpublikum durch den ORF und diverse Privatsender eine Vielzahl von US-amerikanischen Arztserien bekannt, in denen das Personal unter anderem durch verschiedene, farbenfrohe Uniformen auffällt. Das ist auch hier im Gesundheitszentrum so.

Hebammen = rotwein + weißer Hose

Zahnärztin = hellblau + weißer Hose

Ärzte = hellgrün + weißer Hose

Diplomierte Schwester (licenciada), tatsächlich studiert = türkis + weißer Hose

Enfermera tecnica = ganz weiß

Sozialarbeiterin = rosa

Verwaltung = dunkelblau

Vorherrschend sind weiche Pastellfarben.

Wie schon gesagt war meine Beobachtung, dass die Patienten keinen Unterschied zwischen den Uniformträgerinnen machten, also nicht wussten, wofür welche Uniformträgerin, jeder Uniformträger zuständig war. Auf den Uniformen gab es auch keine Namen, sondern nur den Namen der Institution. Das liegt sicher auch daran, dass alle Mitarbeiterinnen für alles zuständig waren, die Bandbreite der Arbeit und die Aufgaben sich wesentlich von der praktizierten Aufgabentrennung in Österreich unterscheiden.

Schwester Maria

„Meine Tätigkeit hier im Zentrum ist umfangreich, ich als Hilfsschwester dürfte normalerweise vieles nicht tun. Hier ergibt sich aber das Problem, dass wir alles tun müssen. Mit der Zeit haben wir uns vieles angelernt, einiges ist auch von den Schwestern vorgezeigt worden, ich habe es dann nachgemacht. Wir arbeiten letztendlich immer mit den Ärzten und der Sozialarbeiterin im Team zusammen.“⁹

5.4 Arbeitskreisläufe und Beschreibung der Ausstattung sowie Mängelsituationen

Der Patient geht zuerst zur Annahmestelle, admision genannt. Die erste Betreuung beginnt um acht Uhr hier bei der Annahmestelle und Kasse. Die Patienten stellen sich gleich in der Früh, also weit vor acht Uhr, hier am Schalter an, ein Fenster, das mit dem Hof verbunden ist. Vor dem Schalter hängt eine Preisliste über die Einzeluntersuchungen.

⁹ Gespräch mit Schwester Maria vom November 2007



Vorne am Schalter sitzt die zuständige Schwester, die an der Kassa arbeitet. Eine weitere Mitarbeiterin des Gesundheitszentrums hat sich in der Aufnahme postiert und hilft bei der Suche nach den Krankenakten. Einige Patienten bezahlen für die Behandlung. (Atención) Andere haben Befreiungsscheine mit, die schon in der Arbeit beschriebene Versicherung SIS. Meine Beobachtung ist, dass es sich in der Aufnahme größtenteils um schwangere Frauen und kleine Kinder handelt, selten Männer. Die meisten kleinen Kinder werden von ihren Müttern auf den Schultern getragen, Kinderwagen gibt es nicht. Beim Zahlen ziehen die Mütter das Geld aus den Kleidungsstücken, zum Beispiel versteckt unter dem Büstenhalter. Die Scheine sind meist alt und zerknittert.



Abbildung 14: Patienten und Patientinnen warten vor der Kassa des Gesundheitszentrums, um die Behandlung zu bezahlen (Foto: Gaby Grill, November 2007)

Am Schalter geben sie ihren Namen und die Gründe des Herkommens bekannt. Aufgrund dieser ersten Befragung erfolgen die Zahlung und die Ausgabe einer Wartenummer. Die Zahlung, so die Patienten nicht durch die SIS versichert sind, erfolgt immer als Bezahlung der Einzelleistung, ein Vorauszahlungssystem oder Pauschalbeiträge pro Krankheitsperiode gibt es nicht (Abbildung 14).

Bei der Nummer handelt es sich um eine Doppelnummer, das heißt eine Nummer erhält der Patient und die andere Nummer läuft mit der Krankengeschichte mit und wird mit einer Büroklammer an den Dokumenten befestigt. Es ist also wichtig festzuhalten, dass es mangels eines EDV-Systems, eines elektronischen Netzwerks parallel zu den Patientenwegen einen Aktenlauf zu den einzelnen Abteilungen gibt. Kein Patient bekommt Akten oder seine Krankengeschichte mit. Tatsächlich gibt es nur dieses eine Original. Auf diesem werden immer wieder Ergänzungen gemacht, bei älteren

Krankengeschichten sind die Dokumente oft zerrissen. Trotzdem werden sie weiter aufgehoben, wenn das nicht mehr möglich ist, wird ein Datenblatt handschriftlich neu erstellt.

Die Kassa ist ein Raum mit circa 25 Quadratmetern mit vielen Holzregalen an der Wand. In diesen sind die Krankenakten verstaут, teilweise in sehr schlechtem Zustand und vergilbt. (siehe Abbildung 16)



Abbildung 15: Aufbewahrung von Krankenakten, Foto Gaby Grill, 2007

Der Patient wird dann gebeten, zu den Untersuchungsräumen, die sogenannte Triage zu gehen, diese ist mit der Aufnahme oder Kasse durch ein kleines Fenster verbunden. Durch dieses Fenster werden die Dokumente in den Untersuchungsraum gereicht.

Die Triage, im Spanischen „**segundo servicio**“ genannt, ist die zweite Servicestelle. Nach der Meldung in der Kassa kommen alle

Krankengeschichten hierher und werden hier sortiert und dann an die anderen Abteilungen, Spezialabteilungen, weitergeschickt. In der Triage ist die Türe offen, hier warten im Hof viele Patienten. Es gibt keine Sitzmöglichkeiten. Die Patienten sitzen daher auf den Ziegelsteinen oder direkt auf den Betonwegen. Die zuständige Schwester ruft die Patienten auf, einem nach dem anderen, begrüßt sie. Es handelt sich um eine Dienststelle mit großem Stress in diesem Arbeitskreislauf. Sie muss die Akten nach Spezialgebiet ordnen, nachdem sie eine erste Anamnese durchgeführt hat. Gleichzeitig führt sie sämtliche Messungen durch. Blutdruck, Körpergewicht, Größe, wobei sie alle diese Daten in den Patientenakten aufnimmt. Die Patienten werden streng nach ihrer Nummer, die sie an der Kasse erhalten haben, aufgerufen. Manchmal werden Akutfälle, Menschen mit Schmerzen und vor allem Kinder vorgezogen.

Danach geht die Schwester los und verteilt die Krankengeschichten auf die Spezialabteilungen. Die Einrichtung der Triage ist sehr einfach, spartanisch. Ein alter Behandlungstisch, eine Waage und ein Paravent. Das Zimmer ist aus Holz, das Dach ist aus Wellpappe, in dem sich mit der Zeit Löcher gebildet haben. Diese Löcher sind notdürftig mit Plastik und Karton repariert. Ein großes, altes Regal in der Mitte teilt das Zimmer. Im hinteren Teil des Zimmers ist die einzige Umzugsmöglichkeit für das gesamte Personal.

Die Patienten gehen nach der Triage mit ihrer Nummer in die zuständigen Spezialabteilungen. Das sind PCT, Pavillon C, (Tuberkuloseabteilung) sowie das Topico, (Erstversorgung), die allgemeine Medizin, Frauenabteilung, Zahnambulanz und CRED (Crecimiento y desarrollo; Entwicklung des Kindes) sowie das Labor. (Blut, Sputum) Zweimal in der Woche gibt es ein Service, Beratung der Psychologie und Psychiatrie vom Psychiatrischen Krankenhaus Hermilio Valdizan.

PCT

PCT ist eine Abteilung, steht aber gleichzeitig für ein Programm. Es ist eine Strategie im Gesundheitswesen auf nationaler Ebene zur Vorbeugung und Kontrolle von Tuberkulose. Zu diesem Zweck wurde eine eigene Behörde in

Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium eingerichtet, die ESN-PCT. Ziel der MINSA ist es, diese Erkrankung zurückzudrängen. Das passiert durch einen freien Zugang zu den Medikamenten für alle Erkrankten ohne Unterschied von sozialer Herkunft und ethnischer Zugehörigkeit. Durch eine Früherkennung und Behandlung bei allen Erkrankten wird eine gute Überwachung und bestenfalls Heilung gewährleistet. (Übersetzung von der Verfasserin: PCT: Ministerio de Salud, 2006, S. 49)

Huaycan hat, ich möchte schon fast sagen, natürlich, als typische zona marginal einen extrem hohen Anteil an Tuberkulosekranken, hervorgerufen durch die herrschende Armut.

Im Gesundheitszentrum in der Abteilung PCT werden Tuberkulosepatienten behandelt und kontrolliert. Es handelt sich um ein Spezialgebäude, das von den anderen durch einen kleinen Zaun getrennt ist. Grund ist dafür ist die Ansteckungsgefahr, der Zaun soll kleine Kinder vom Gebäude abhalten. Die PCT-Abteilung ist einfachst mit einem Behandlungstisch und einem Schreibtisch ausgerüstet. Hier werden die Medikamente an die Patienten ausgegeben.

An der Wand hängen Plakate mit Publikationen zur Vorbeugung gegen Tuberkulose. Dabei handelt es sich um einfachste, selbstgebastelte Poster, circa von der Größe A0. Auf einer Seite des Zimmers hat das Personal schon Medikamente für das ganze Monat nach Nummern und Namen eingeschachtelt. Die Patienten kennen im Normalfall ihre Nummern schon und holen sich ihre Medikamente zweimal am Tag. Sie dürfen diese gar nicht nach Hause mitnehmen. Jeden Tag, wenn die zuständige Schwester Nila Mayon in die Abteilung kommt, bereitet sie zuerst die Milchgaben vor. Diese Milch wird begleitend zur Medikamenteneinnahme gegeben und soll die bitteren Medikamente süßer machen. Bei dieser Milch handelt es sich um Trockenpulvermilch aus Spenden aus der Schweiz, die mit heißem Wasser aufgegossen werden.

Wie läuft die Medikamentenausgabe nach meiner Beobachtung ab?

Wie jeden Morgen kommen die Frauen, Kinder und alte Leute cirka um acht Uhr zur Medikamentenausgabe, und sagen ihren Namen und die Nummer und bekommen ihre Medikamente. Die Kinder bekommen zusätzlich ein Stück Brot. Die Kinder nehmen ihre Medikamente hinter der Tbc-Abteilung stehend mit Brot und Milch ein. Sie sind die ersten, die betreut werden, da sie anschließend gleich zur Schule gehen.

Die Tabletten sind sehr groß und offensichtlich bitter, da vor allem die Kinder das Gesicht verziehen. Sie nehmen bis zu fünf verschiedenen Tabletten. Wie Nila mir gesagt hat, sind das sehr starke Medikamente mit Nebenwirkungen, unter anderen Streptomycin, sie werden unter dem Personal im Fachjargon als „quimotherapie“ bezeichnet.

Meine besondere Beobachtung gilt einem kleinen, etwa dreijährigen Mädchen, das am Boden hockend, brav seine Tabletten nimmt. (Foto) Während der Medikamentengabe kommt eine zweite Schwester in die Abteilung. Sie trägt ihre weiße Uniform, Mundschutz und Handschuhe. Sie holt sich jede morgen früh aus einer Ecke des Raumes die abgegebenen Proben von Sputum, die die Patienten gesammelt haben. Sie zählt die Becher, wegen der Infektionsgefahr sind diese mit Deckel versehen und trägt in einem Heft die Namen der Patienten ein. Anschließend nimmt sie die ganze Schachtel ins Labor, das sich ebenfalls am Gelände befindet, mit.

Nila erklärt mir, dass sie schon lange in der Abteilung arbeite und die Probleme der Patienten verstehe.

„Was die Erkrankung verursacht, das ist ein langwieriges Prozess, der Monate mit längeren Behandlungsschemata erfordert. Es gibt es verschiedene Faktoren, warum die Erkrankten sich manchmal entscheiden, die Therapie fortzusetzen, andere sie aufzugeben. Viele von den Patientinnen und Patienten haben ein niedriges Bildungsniveau und die Unsicherheit wächst mit der Zeit, ob die

Behandlung erfolgreich sein wird. Es mangelt auch oft an Unterstützung durch die Familie. Das ist vor allem deshalb, weil diese Erkrankten aufgrund der hohen Ansteckungsgefahr nicht arbeiten dürften, das aber natürlich tun müssen. Sie haben sonst keine Möglichkeit die Familien zu ernähren. Dazu kommen noch die starken Nebenwirkungen. Sie nehmen Gewicht ab, haben Appetitlosigkeit und bräuchten eine gute Ernährung, gesunde Lebensmittel. Das alles gibt es natürlich nicht. Wir kennen diese Situation und versuchen die Menschen trotzdem durch regelmäßige Hausbesuche zum Verbleib im Programm, oft durch Zusammenarbeit mit Vertretern der Basisorganisationen zu motivieren. Oft fehlen uns allerdings die Argumente. Basisorganisationen sind die Vertreter der comunidades und auch die Zusammenschlüsse der Kranken in Organisationen. Diese Verbindung von Personal des GZ und der Bevölkerung, teilweise vertreten durch ihre Organisationen ist sehr wichtig, um die Lage zu verstehen. Manche wollen uns ja gar nicht hereinlassen, wenn wir kommen. Wichtig für uns ist eine klare Sprache, einfaches Spanisch, um diese Auswirkung der Behandlung zu vermitteln.“¹⁰

In dieser Abteilung arbeitet auch die Ärztin, Frau Dr. Rosario, die sich mit den Tbc-Patienten bespricht. Sie liest die Befunde, die Entwicklung der Krankheit, macht Diagnosen und legt den weiteren Therapieverlauf fest.

Eine Beobachtung im Untersuchungsraum.

Es kommt ein Mann mit akutem Durchfall zu Dr. Rosario. Sie untersucht ihn und stellt im Rahmen der Diagnose die üblichen Fragen zu seinen Vorerkrankungen.

Der Mann kommt alleine, Angaben zu bestehenden Vorerkrankungen macht er nicht. Die chronische Unterernährung steht ihm ins Gesicht geschrieben und nach einer genaueren Untersuchung kommt sie zu dem Ergebnis, dass

¹⁰ Gespräch mit Nila vom 11. November 2007

wahrscheinlich eine Tuberkuloseerkrankung vorliegt. Auf mehrmaliges Nachfragen der Ärztin, macht er trotzdem keine Angaben.

Nach einer Weile kommt eine Frau in den Untersuchungsraum, die angibt, seine Schwester zu sein. Sie teilt der Ärztin mit, ihr Bruder sei HIV positiv.

Meiner Erfahrung nach hat er Angst diese Dinge anzusprechen, da er in anderen Spitälern vom Personal ausgestoßen fühlte.

Hier im Zentrum ist es anders, die Ärzte und das Pflegepersonal behandeln Patienten mit Tbc und HIV so wie alle anderen auch. Sie erfüllen ihre Aufgabe und sind für alle da.

Was mir generell aufgefallen ist, es gibt im gesamten Kontakt mit den Patienten keine Desinfektionsmittel, die zum Einsatz kommen, keine Spender, die aufgestellt sind. Die Ärztin wäscht sich lediglich die Hände und trocknet sich mit einem mitgebrachten Handtuch ab. Jede Mitarbeiterin in der Tbc-Abteilung hat ein eigenes Handtuch, ein Mundschutz wird aber selten und wenn, dann mehrmals, verwendet. Der Mundschutz ist nicht wie bei uns Einwegmaterial. Das Gleiche gilt für die verwendeten Handschuhe.

Es ist wichtig das zu festzustellen, da die Tuberkulose in Entwicklungsländern eine schwere Krankheit ist, teilweise mit sehr schweren Krankheitsverläufen.

Die Tuberkulose stellt in fast allen Entwicklungsländern ein ernstes Problem des öffentlichen Gesundheitswesens dar.
(Diesfeld, 1996; S. 180)

Das Infektionsrisiko und das Erkrankungsrisiko werden durch sozioökonomische Faktoren wie Ernährung, Wohnbedingungen, psychologische Belastungen entscheidend mitgeprägt, sodass die Tuberkulose schon seit langem als „soziale Krankheit“ aufgefasst wird. (Diesfeld, 1996; S. 180)

Im Gesundheitszentrum hat das Personal gemeinsam mit der Gemeinde von Huaycan eine Volksküche organisiert, um die Kranken bei der Behandlung zu

unterstützen. Dazu werden sie mit Essen versorgt, wobei die Zubereitung der Lebensmitteln von den Angehörigen durchgeführt wird. Dies geschieht in einem wöchentlichen Wechsel, sodass immer andere Familien und Familienmitglieder diese Aufgaben übernehmen. Die Lebensmittel kommen größtenteils aus Spenden und von der MINSA. Die Verteilung der Lebensmittel wird durch die Sozialarbeiterin, Frau Ena, organisiert.

Hauptnahrungsmittel sind Reis, Bohnen, Getreidesäfte (**Molientes**) und Salate.

Das Essen wird im Speisesaal serviert und darf nicht mit nach Hause genommen werden. Allerdings gibt es ältere Patienten, die aufgrund der Entfernung und Beschwerlichkeit des Weges nicht täglich ins Gesundheitszentrum kommen können. In Ausnahmefällen, nach Erlaubnis durch die Sozialarbeiterin, können Angehörige Essen mitnehmen.

„Die Patienten dürfen das Essen nicht nach Hause mitnehmen, weil die Gefahr besteht, dass die Portion Essen auf die ganze Familie verteilt wird und nicht ausschließlich dem Kranken zugute kommt.“¹¹

Nila führt fast jeden zweiten Tag Hausbesuche durch, und damit komme ich noch einmal auf den Konnex von Tbc-Erkrankungen und Wohnbedingungen zurück, um die Patienten über Präventivmaßnahmen zur Vermeidung der Ansteckung von Tbc in der Familie zu informieren.

Dazu geht sie ihre Karteikärtchen quasi ihre Akten durch und sieht, wen sie besuchen muss. Manchmal kommen Patienten nicht zur Medikamenteneinnahme oder brechen die Behandlungen ab, dann besucht sie diese. Sie führt Gespräche mit diesen Familien, versucht sie zu überzeugen, die Behandlung wiederaufzunehmen. Desweiteren berät sie Familien über hygienische Maßnahmen.

Nach meiner Beobachtung waren fast alle Behausungen, die wir besucht haben, nur durchschnittlich 25 Quadratmeter groß und von durchschnittlich fünf

¹¹ Gespräch mit Sozialarbeiterin, Frau Ena am 8. November 2007

Menschen bewohnt, aus Holz oder Schilf gebaut und mit einem „silo“ ausgestattet. Ein Silo ist ein ausgehobenes Loch in der Erde, in dem die Notdurft verrichtet wird. Nach einiger Zeit wird das Loch zugeschüttet und ein neues ausgehoben. Es gibt keine Wasser - oder Stromversorgung, Wasser wird mit Tankwägen gebracht und in notdürftig abgedeckten Wasserreservoirs aufbewahrt.

In der Tbc Abteilung arbeitet auch ein Pfleger, Epifanio, der zweimal im Monat mit besonders schwer erkrankten Patienten, Kinder und Erwachsene in das nächstgelegene Spital fährt, wo die Lungenfachärzte diese Fälle behandeln. (**neomologos**) (Abbildung 16)

Topico

Eine weitere Fachabteilung, wie schon beschrieben, ist das topico. Es handelt sich hier um Erste Hilfe Versorgung sowie einfache Wundbehandlungen. Hier arbeiten wiederum zwei Hilfsschwestern, spanisch enfermeras tecnicas. Es liegt im Hauptgebäude, siehe Skizze, Seite, es ist spartanisch mit veraltetem Mobiliar eingerichtet. Wie in allen anderen Abteilungen gibt ein großes Fenster mit Blick auf die umliegenden Berge. Auch in dieser Abteilung gibt es ein Autoklave, einen Sterilisator für medizinische Bestecke.

„Oft sind räumliche Verhältnisse, Mobiliar und Sanitäreanlagen stark hindernd für eine funktionsgerechte Pflege, diese Missstände sind nicht immer zu verbessern, sondern müssen entgegen schonender Arbeitsweise akzeptiert werden.“ (Heil, 1997; S. 26)

Folgende Materialien kommen in diesem Bereich zum Einsatz.

Desinfektionsmittel zur Wundversorgung, Verbandsmaterial, Tupfer.

Während meinen Beobachtungen habe ich folgendes erlebt.

Ein junger Mann kommt, von seiner Frau gestützt, herein. Er hat offensichtlich große Schmerzen und gibt an, dass er am Vorabend von einem Hund gebissen wurde. Es war dunkel und die Gefahr nicht zu erkennen. Da der Tag davor ein Feiertag war, musste er unter Schmerz eine Nacht lang warten. Die Schwester schaut sich die Wunde an, es handelt sich um eine große, offene, blutige Wunde am rechten Vorfuß. Am Arm und Oberschenkel hat er nur einige Kratzer.

Hilfsschwester Yenni bereitet den Patienten auf einem Sessel vor, die Hilfsmittel zur Wundversorgung werden vorbereitet. Die Schwester beginnt in einer alten Schüssel mit gekochtem Wasser die Wunde zu reinigen. In diesem Moment kommt der Chefarzt, Dr. Jesus, vorbei, er schaut sich die Wunde an und bespricht mit der Schwester die weitere medizinische Vorgangsweise. So wird die Wunde versorgt und von Hilfsschwester Yenni vernäht. Sie erklärt nach der Behandlung dem Patienten, dass er Antibiotika nehmen muss.

Danach sagt sie zu mir:

„Wunden vernähen habe ich nie wirklich in der Schule gelernt, aber hier ist es notwendig alles zu können.“¹²

Ein zweiter Fall, den ich beobachtet habe.

Ein kleines Mädchen, begleitet von ihrer Lehrerin, kommt in das Topico. Die Kleine hat sich den Finger verletzt und schreit laut. Ohne Bewilligung der Eltern wird ihr der verletzte Finger durch Vernähen versorgt. Zum Schluss verlassen sie mit weiteren Indikationen das Zimmer.

In der gynäkologischen Abteilung im GZ: señor de los milagros arbeiten zwei medizinische Fachkräfte in weinroten Uniformen. (Obstetrix) Ihre Aufgabe im Gesundheitszentrum ist die Durchführung von Schwangerenvorsorge, Familienplanung (schwangerschaftsverhütende Maßnahmen) und vor allem die Grundversorgung der Neugeborenen Gesundheitsprobleme während der

¹² Gespräch mit Schwester Yenni vom November 2007

Schwangerschaft. (Tbc) Auch von dieser Abteilung werden Hausbesuche durchgeführt. Während meines Aufenthaltes 2007 waren die licenciada Gisela (Obstetrix) und die serumista Sandra in der Gynäkologie tätig.

Während meiner Anwesenheit in dieser Abteilung organisierte die serumista Sandra im Hof einen Vortrag über Familienplanung mit selbstgebastelten Plakaten. Inzwischen hat die Gynäkologin Gisela einige Krankenakte bekommen und beginnt die Patientinnen zu holen.

Das Untersuchungszimmer ist sehr groß, circa 50 Quadratmeter, die Gynäkologin hat einen eigenen Schreibtisch, wo sie die Patientinnen empfängt. Der Untersuchungstisch, ein alter Gynäkologenstuhl, ist durch einen Paravent vom Schreibtisch getrennt. Sie hat in einer Glasvitrine die jeweiligen Untersuchungsgeräte vorbereitet.

Was mir aufgefallen ist, hinten im Untersuchungsraum befinden sich in Plastik verpackt neue Untersuchungsgeräte wie zum Beispiel ein Ultraschallgerät oder auch Betten.

Auf mein Interesse hin antwortet sie.

„Wir haben vor drei Jahren aus Spenden vom Ausland diese neuen Geräte bekommen, diese sind bis jetzt noch nicht in Betrieb. Die MINSA hat es versäumt uns einen Spezialisten zu schicken, der die Geräte aufstellt, sie uns erklärt und vor allem sie in Betrieb stellt. Unter anderem hat man vorgehabt, schwangere Frauen stationär aufzunehmen, Geburtshilfe zu leisten und eine Wochenbettbetreuung anzubieten. Das ist bis jetzt nicht geschehen.“¹³

Zum Vergleich auch:

Obstetrix, Geburtshilfe und Neugeborene; Funktion Pflege, Begleitung im Prozess der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie Neugeborene.

¹³ Gespräch mit lic. Gisela, 05. November 2007

Eine umfassende Tätigkeit im Bereich der Mutter und Familienplanung, nach dem Grad der Vielfältigkeit des Gesundheitszentrums, hängt von der Ausrüstung, Instrumente, diagnostische Hilfsmittel und Bildgebung. (Pina Baca, 2008, S.46)

Bei einem Außendienst der serumista Sandra besucht sie vor allem Frauen, die ihr Programm zur Verhütung und Familienplanung unterbrochen haben.



Abbildung 16: Hausbesuche des gynäkologischen Teams, serumista Sandra (Trabajo de campo)
(Foto: Gaby Grill, 2007)

Eine von ihnen ist Frau A. Sie ist 27 Jahre alt und hat drei Kinder. Sie ist im Programm seit drei Jahren und gibt folgendes zum Abbruch des Programms an.

„Frau Doktor, ich möchte nicht mehr weiter machen, seitdem ich die Spritzen bekomme, habe ich starke nächtliche Wallungen, Kopfschmerzen und habe vor allem stark zugenommen.“¹⁴

Sandra bespricht mit ihr vor der Türe und rät ihr wieder ins GZ zu kommen.

Sandra erklärt mir, dass die meisten Frauen Analphabeten sind, quechuasprechende Indios, die viele Kinder haben.

Zahnärztliche Fachabteilung

In dieser Abteilung arbeiten zwei Zahnärzte in zwei Schichten. Die Aufgaben sind allgemeine Zahnkontrolle, Beratung und Untersuchung, vor allem Mundhygiene für die Schwangeren und kleine Kinder.

Die Zahnärzte unterrichten auch einmal im Monat in der Schule, um die Zahnvorsorge der Schüler zu verbessern sowie sie Vorträge zur Ernährung halten, um die Lehrerinnen und Lehrer in diese Richtung weiterzuschulen.

Das Personal hat hellblaue Uniformen, in der Vormittagsschicht steht ihnen eine serumista, eine angehende Ärztin zur Seite. In der Vormittagsschicht arbeitet Frau Dr. Carmen Del Pilar. Sie führt die Untersuchungen durch, während die serumista sich mit den Müttern bespricht und Ratschläge zur Zahnpflege für Säuglinge und kleine Kinder gibt.

Ein konkreter Fall:

¹⁴ Patientin Frau A., 05. November 2007

Ein Mädchen, circa vierzehn Jahre alt, kommt mit ihrer Mutter in das Behandlungszimmer. Sie hat wahnsinnige Zahnschmerzen, eine Wurzelbehandlung ist notwendig. Laut der Ärztin sind im GZ Wurzelbehandlungen technisch nicht möglich, außerdem kostenpflichtig. Die Zahnärztin verweist das Mädchen und ihre Mutter an eine Privatklinik. Sie sagt dazu.

„Das würde allerdings mehr als 300 Soles (Anmerkung: circa 80 EUR) kosten.“

Tochter und Mutter schauen einander an, das ist finanziell nicht möglich. Sie überlegen sich das eine Weile und entscheiden sich dann, den Zahn reißen zu lassen.

Obwohl bei manchen die Zähne gerettet werden können, ist es für sie finanziell nicht möglich, die Zahnentfernung ist die einzige Chance die Schmerzen loszuwerden.

Dazu auch eine Beobachtung:

In der nahegelegenen Schule sind die Ärzte heute auf Besuch, um Beratungsdienst zu geben. Sie haben Plakate und Informationsbroschüren mit. Im Aufenthaltsraum des Lehrerteams haben sich alle um 13:00 versammelt. Der Tagetermin für 13:00 ist deshalb so gewählt, weil die Schule aufgrund der großen Schülerzahlen zwei Tagesturni durchführt, eine Vormittagsklasse und eine Nachmittagsklasse ab 14:00. Hier sitzen die Lehrer und hören aufmerksam zu, um die Informationen im Unterricht an die Schüler weiterzugeben. Es geht vor allem um Ernährung, Zahnhygiene und wie man mit Krankheiten umgehen soll.

CRED

Die Abteilung CRED ist die Kontrollstelle der Gesundheit der Säuglinge und kleinen Kindern, um psychomotorische Entwicklungen und Fehlentwicklungen rechtzeitig zu erkennen.

Die Präventivmaßnahmen richten sich an alle gesunden oder leicht erkrankten Kinder und umfassen Kontrolle des Impfstatus und Gabe fälliger Impfungen, Überwachung der körperlichen und geistigen Entwicklung sowie eine den speziellen Erfordernissen der Familie angepasste Gesundheitsberatung. Die Dienste sollten in der Lage sein, alle diese Elemente bei jedem Kontakt bei einem Kind anzubieten. (Diesfeld, 1996; S. 233)

In CRED arbeitet die einzige „echte“ Krankenschwester, eine diplomierte Krankenschwester mit einer fünfjährigen Ausbildung und abgeschlossenen Serum, Frau Dora Tipian. Sie hat eine türkisfarbene Uniform und die für die „enfermeras“, Krankenschwestern typische Kappe. Diese werden in Lima mit Stolz getragen, es ist eine Auszeichnung für diese Berufsgruppe. Sie ist eine der wenigen Fixangestellten im GZ.

Schwester Dora ist die Verantwortliche für die Abteilung CRED, sie gibt die erforderlichen Empfehlungen an die Mütter, wie oft sie in das GZ kommen sollen. Sie trägt die nächsten Termine in kleine Kärtchen ein, die sie den Müttern mitgibt. Wenn nach der Beratung der CRED das Kind weitere medizinische Maßnahmen braucht, wird es zugewiesen. Sie trägt tagtäglich in einem Gesundheitsakt das Alter der Kinder, die einen Termin haben, Art der Beratung, Information der Immunisierung, die angewendet wurde und die Ergebnisse der ernährungsphysiologischen Bewertung sowie Entwicklungsstörungen ein

In einem Gespräch sagt sie mir.

„CRED¹⁵ kontrolliert das Wachstum und die Entwicklung der Kinder unter einem Jahr, die BCG Immunisierung¹⁶, gibt Eisen und Vitamin A für schwangere Frauen und kleine Kinder. Wir geben aber auch Beratung über die Hygiene zu Hause.

¹⁵ CRED steht für Crecimiento y desarrollo (Deutsch: Wachstum und Entwicklung)

¹⁶ BCG Immunisierung ist eine Schutzimpfung gegen Tuberkulose

Das ist theoretisch die uns zugeschriebene Aufgabe, aber wir verfügen leider über zu wenige Ressourcen. Trotzdem versuchen wir mit Hilfe von Spenden, diese Dienstleistungen wie BCG Immunisierungen weiterzuführen.“¹⁷

In ihrer Abteilung steht der einzige Eiskasten des GZ, in dem die Impfstoffe aufbewahrt werden. Ihre Aufgabe ist auch die Einteilung der Dienste des technischen Personals, sämtlicher Hilfsschwestern. Sie organisiert auch die Impfkampagnen.

Sie gibt an, dass sie hier im GZ zufrieden ist.

„Ich arbeite gerne hier, hier brauchen mich die Leute, ich bin in meiner Arbeit sehr geschätzt. Ich arbeite seit acht Jahren hier. Ich bin fixangestellt, früher habe ich in einer Privatklinik gearbeitet. Dort haben mich die Patienten schlecht behandelt, so wie eine Putzfrau. Die Wahrheit ist, dass die Leute dort sich ihre medizinische Versorgung leisten können. Sie haben das Geld und zahlen für die Behandlung. Hier in Huaycan ist es das Gegenteil.“¹⁸

Apotheke

Hier arbeitet Frau Delia als Apothekenhelferin, sie macht gerade an der Universität ihr Studium als „química farmaceutica“. Mit Unterstützung von allen Kolleginnen und Kollegen kann sie sich die Arbeit einteilen, sie arbeitet drei Tage in der Woche fix in zwei Schichten, daher von acht bis zwanzig Uhr. Die restlichen Tage besucht sie die Universität. An diesen Tagen wird ihre Aufgabe unter den anwesenden Kolleginnen aufgeteilt.

Die Medikamente hier in der Apotheke sind in Schachteln eingeordnet und werden monatlich statistisch erfasst und der tatsächliche Bedarf nachbestellt.

¹⁷ Gespräch mit Frau Tipian, 16. November 2007

¹⁸ Gespräch mit Frau Tipian, 16. November 2007

Die Patienten, die zu ihr kommen, haben ein Rezept von den Fachabteilungen bei sich und erhalten ihre Tablettenrationen.

Anders als bei uns, wo Tabletten in Schachteln ausgegeben werden, werden sie im GZ ganz genau portioniert. Wenn also jemand eine Woche je eine Tablette nehmen soll, bekommt er in einer kleinen Papiertüte genau diese sieben Tabletten ausgehändigt. Sogar Hustensäfte werden rationiert, löffelweise in einen Plastikbehälter umgefüllt, ausgegeben.

Ausgegebene Medikamente werden in einem Apothekerbuch eingetragen, am Ende des Tages werden die Daten bei der Sekretärin statistisch im Computer erfasst.

Labor

Das Labor liegt neben dem Topico, hier arbeitet Herr Santos. Er hat an der Universität studiert und ist ausgebildeter Medizintechniker, spanisch tecnologo medico. Er hat auch eine „maestria en salud publica y epidemiologia“ (Master in öffentlicher Gesundheit und Epidemiologie) Diese Abteilung wurde kurz vor meinem Aufenthalt im GZ im November 2007 eröffnet und ist zuständig für die Untersuchung der Patientenproben, hier werden Sputum, Stuhl, Blut und Harn analysiert.

Die Geräte hier sind total neu, Tische, Waschbecken, Mikroskope und vor allem die technischen Geräte.

Herr Santos ist unzufrieden, er hat in einer Privatuniversität studiert, seine Eltern haben das Studium bezahlt, circa 400 Dollar pro Semester. Aus einer Sicht reicht aufgrund der Arbeitsplatzbeschreibung die Anstellung eines laboratorio tecnico, einer Hilfsfachkraft. Er erzählt mir aber, dass es nach dem Studium schwer war, einen Platz für ein Serum zu bekommen und so landete er in der zona marginal, in Huaycan. Er ist in dieser Gegend besonders durch sein nagelneues Auto aufgefallen, das er, aus Sicherheitsgründen, direkt im Hof

parkt. Es gibt hier im Slum keine Autos, nur öffentlichen Verkehr, und wenn Autos, dann keine Neuen. Zum Vergleich, auch der Chefarzt, Dr. Jesus, kommt mit öffentlichen Verkehrsmitteln in das GZ.

Nach Beschreibung der einzelnen Abteilungen möchte ich noch einmal folgendes zusammenfassen.



Abbildung 16: Mitarbeiter Pfleger Epifanio beim Ordnen der Krankenakten im PCT

Eine sinnvolle zeitliche und personelle Organisation der Arbeitsabläufe im Zentrum ist entscheidend, ob eine gewisse Anzahl von Patienten bei personell und technisch begrenzten Möglichkeiten adäquat versorgt werden kann. So gesehen ist dieses System des Aktenlaufes zwischen den Abteilungen, der Akt läuft parallel zu den „Krankwegen“ des Patienten, effektiv. Von der Personalstruktur stehen hier Hilfspersonal, vor allem Hilfsschwestern, drei Ärzten und nur einer diplomierten Krankenschwester gegenüber. Hilfskräfte, die sogenannten tecnicas haben eine zumindest dreijährige Ausbildung.

Dieses gut organisierte „Durchschleusen“ der Patienten garantiert ein schnelles Arbeiten, der erste Weg für die Patienten zur Kassa zum Zahlen, eine unverzichtbare Einnahmequelle des Gesundheitszentrums. Wer nicht zahlen kann, geht zur Sozialarbeiterin und wird dann von der Zahlung befreit. Niemand wird ohne Untersuchung oder Behandlung nach Hause geschickt.

Es gibt eine zentrale Datenerfassung, einen Computer mit Internetanschluss, der sich in der Telefonzentrale befindet. Hier werden alle Krankenakten beziehungsweise alle Daten der Neuversicherten registriert und elektronisch gespeichert.

Das Funktionieren dieser Arbeitskreisläufe, Einteilung des Personals, Finanzierung, Buchhaltung und Abrechnung, Bestellung von Medikamenten obliegt dem Chefarzt, der neben wenigen medizinischen Aufgaben vor allem Managementfunktionen innehatte und vor allem die Verbindung zwischen GZ und MINSA aufrechterhält. Er ist nur hin und wieder medizinisch tätig, seine ärztlichen Aufgaben werden vor allem von den Ärztinnen, Frau Doktor Rosario und Marcia übernommen.

5.5 Kommunikation und Sprachbarrieren

Wie schon im Kapitel Anreden mit der Bevölkerung beschrieben herrscht zwischen dem Personal und im Umgang mit der Bevölkerung ein liebevoller Umgangston. Wie schon gesagt sind viele, vor allem ältere Menschen, Migranten aus dem Hochland, die Quechuasprecher sind.

Viele dieser Patienten und Patientinnen werden bei ihrem Besuch im GZ von Angehörigen begleitet, die Spanisch sprechen. Eine Sprachbarriere gibt es nicht, weil die Patienten, die alleine kommen zum einen zumindest gebrochen Spanisch sprechen oder einige der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des GZ ihrerseits quechua sprechen, sodass alle Fragen vor einer Behandlung geklärt werden können.

Nach meinen Beobachtungen haben sich die Mitarbeiterinnen sehr bemüht langsam und deutlich mit den Menschen zu sprechen und sind im Gespräch sehr auf diese eingegangen.

Das passiert nur hier, in den Spitälern der Hauptstadt hat jemand, der nicht gut Spanisch spricht, schlechte Karten und wird diskriminiert.

Ich habe selber ein Praktikum im Marinekrankenhaus „hospital de la naval“ gemacht. Dies war ein Elitespital, mit einer modernen medizinischen Versorgung sowie einem ausgesuchten medizinischen Personal. Dort hätte sich keiner bemüht, um diesen Menschen zu helfen.

5.6 Anreise und Arbeitsweg

Die Anreisen, Arbeitswege von zu Hause ins Gesundheitszentrum waren für alle Mitarbeiter des Zentrums sehr beschwerlich. Die durchschnittliche Anreisezeit zum Beispiel von Nila betrug bis zu ein ein halb Stunden, meist mit Bussen und Minibussen. Diese Minibusse, colectivos, haben keine festen Haltestellen und nehmen Reisewillige auf, solange, bis nichts mehr geht.

Die Kosten für öffentliche Verkehrsmittel sind gering, in Relation zum Monatsverdienst einer contratada, Schwester oder Hilfsschwester ohne Festanstellung, mit 550 Soles letztendlich aber sehr hoch. Wenn man also davon ausgeht, dass die täglichen Anreisen und Dienstantrittswege von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitszentrums cirka zwei Stunden gedauert haben und cirka einen bis maximal zwei Soles kosten, kommt man im Monat bei etwa 24 Normarbeitstagen auf etwa 25 bis 50 Soles. Die „Fahrtkosten“ können daher bis zu einem Zehntel des Einkommens ausmachen.

Zusätzlich zu den Arbeitswegen kamen die, selbst zu zahlenden „Dienste“ während eines Außendienstes.

5.7 Arbeitszufriedenheit

Das Krankenzentrum hat montags bis samstags von sieben bis zwanzig Uhr geöffnet, sonntags ist das Zentrum geschlossen, es gibt keinen Notdienst. Wer an diesem Tag verunfallt, kann erst am nächsten Tag behandelt werden.

Generell ist zu sagen, dass das Personal in „nombradas“ und „contratadas“ aufgeteilt wird, diese Bezeichnungen sind unabhängig vom Dienstgrad. Daher ist es egal, ob es sich um einen Arzt, eine Ärztin, eine Krankenschwester oder um eine Hilfsschwester handelt, alle sind entweder „nombrada“ oder

„contratada“. Das männliche Pendant dazu ist „nombrado“ beziehungsweise „contratado“. Was bedeuten nun diese Begriffe?

Eine „contratada“ ist eine Bedienstete, ein Bediensteter, der weniger Rechte hat. Die „nombrada“ hat einen Urlaubsanspruch, einen Anspruch auf einen fixen Arbeitsplatz, ist unversetzbar, hat Anspruch auf einen Mutterschutz und darf bezahlte Überstunden machen, ein nicht unwesentlicher Aspekt in dieser harten Arbeitswelt. Eine nombrada verdient im Schnitt dreimal soviel wie eine contratada, daher cirka 1500 Soles.

In vielen Gesprächen habe ich somit erfahren, dass es der größte Wunsch des Personals ist, so eine Festanstellung durch „nombramiento“ zu erreichen. Den Wunsch verdeutlichen folgende Interviews sehr gut.

„Ich bin Pflegehelferin und arbeite schon acht Jahre im Gesundheitszentrum. Ich wohne in der Nähe von hier, cirka zwanzig Minuten zu Fuß in Huaycan. In der Triage bin ich schon seit einem halben Jahr. Es gibt ein Rotationsprinzip, wir wechseln alle halben Jahre in eine neue Abteilung, es gibt Vormittags -und Nachmittagsschicht. Wenn jemand fehlt oder bei Krankenbesuchen ist, wird er durch andere Kollegen ersetzt. Ich arbeite gerne hier, kenne die Menschen und die Lebens – beziehungsweise Arbeitssituation hier gut. Mein größter Wunsch wäre meine Festanstellung, so könnte ich mehr verdienen. Dieses Jahr waren wir in den Katastrophengebieten, wir wurden dort hingeschickt. Wir mussten dort die Verletzten und Verwundeten versorgen, wir arbeiteten Tag und Nacht und wenn wir schliefen, dann schliefen wir in Zelten. Das Essen war knapp. In den Nächten hatte ich Angst, weil ständig die Erde zitterte.“¹⁹

¹⁹ Schwester Gladys in einem persönlichen Gespräch, 7. November 2007

„Ich arbeite fast neun Jahre hier und im vergangenen Jahr habe ich meine Festanstellung erhalten.“²⁰

Es ist also zu sagen, dass zusätzlich zu den vielen benefits beziehungsweise höheren Löhnen, die eine „nombrada“, ein „nombrado“ erhält, werden contratadas/contratados viel selbstverständlicher zu Katastropheneinsätzen wie Erdbeben, Hangrutschungen und Überschwemmungen herangezogen.

In weiteren Gesprächen werden auch noch andere Schwierigkeiten deutlich.

„Dadurch, dass ich alleinerziehende Mutter von zwei Kindern bin, habe ich niemals die Chance gehabt, das Diplom zu machen. Mir fehlen die finanziellen Mittel. So habe ich die kurze Ausbildung gemacht, die nur drei Jahre dauert, aber diese Ausbildung musste ich auch selber neben der Arbeit zahlen. Meine Mutter hat mir mit den Kindern geholfen. Die Ausbildung war am Abend und untertags musste ich arbeiten. Die Ausbildung selbst kann jeder bekommen, aber Du musst sie zahlen können. Die Ausbildungen werden von Privatinstituten durchgeführt, und davon gibt es viele. Einen Praktikumsplatz zu bekommen ist schwer. Ohne Praktikum bekommt man aber kein Zeugnis. Man muss sich selbst darum kümmern.“²¹

Schwester Yenni ist eine enfermera tecnica, eine Hilfsschwester sowie der Großteil des Personals des Gesundheitszentrums. Die Ausbildung der Hilfsschwester dauert drei Jahre, muss selber finanziert werden. Ein Teil dieser Ausbildungen sind Praktika, die sich die Auszubildenden selber suchen müssen.

Der Pflegeberuf ist in Peru, anders als in Österreich, als Studium organisiert, das an der Universität fünf Jahre dauert. Der Titel, der nach diesem Studium, nach fünf Jahren erreicht werden kann, ist licenciada de enfermeria. Eine Weiterbildung danach, eine Spezialisierung in einem Fachbereich wie zum

²⁰ Frau Dr. Rosario in einem persönlichen Gespräch, 7. November 2007

²¹ Schwester Yenni in einem persönlichen Gespräch, 9. November 2007

Beispiel OP Schwester, Intensivschwester oder Anästhesieschwester, spanisch zum Beispiel enfermeria de epidemiologia, enfermeria de enfermedades tropicales dauert weitere zwei Jahre. Verpflichtend nach dem fünfjährigen Studium ist ein Praktikum, das sogenannte serum, vorgesehen. Das Wort Serum steht für Servicio rural urbano marginal. Das Serum dauert ein Jahr. Das Problem ist, dass jährlich in ganz Peru nur cirka tausend Plätze zur Verfügung stehen. Zu diesem Serum bewerben sich sehr viele Studenten auf die wenigen Praktikumsplätze. Einer der Gründe ist die relativ gute Bezahlung mit cirka dreihundert Dollar im Monat, ein anderer ist die Tatsache, dass mit diesem Praktikumsplatz eine große Chance auf einen gesicherten Arbeitsplatz gegeben ist.

„Serum, servicio rural urbano marginal de salud es un programa de servicio a la comunidad esta orientado a desarrollar actividades preventivas promocionales en centros y puestos de salud del Minsa o en otros establecimientos o instituciones del sistema nacional de salud. Principalmente en las zonas rurales y urbano-marginales consideradas de menor desarrollo.²²»

Das Serum ist somit ein Kennen lernen der Arbeit und der Aktivitäten des Gesundheitszentrums, Studenten sind verpflichtet beziehungsweise aufgefordert ein tieferes Verständnis in die Realität von Menschen, die in Armenvierteln und marginalisierten Zonen sowie Gesundheitsposten am Land leben zu entwickeln.(Übersetzung von Verfasserin).

Während meines Aufenthaltes im Gesundheitszentrum im Oktober und November 2007 waren zwei „serumistas“ tätig, eine in der Gynäkologie, die andere in ihrem Praktikum als Zahnärztin.

Aus vielen Gesprächen mit Mitarbeiterinnen des Gesundheitszentrums ergab sich dieser Wunsch nach einer Festanstellung, nach einem sogenannten nombramiento.

²² Gespräch mit der serumista, Datum

Das ist natürlich auch im Lichte der jüngeren Vergangenheit zu verstehen, in der die peruanische Regierung massiv die Rechte von Arbeitern und Angestellten eingeschränkt hat. Der Großteil der Mitarbeiter hat diese festgeschriebenen Rechte nicht. Die Mitarbeiter haben nur einen Vertrag auf bestimmte Zeit (contratado). Durch die Arbeitspolitik der Regierung Fujimori, die unter dem Begriff **Flexibilisacion laboral** bekannt geworden ist „verschwinden“ die Arbeitsverhältnisse zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmern. Eine Person wird nicht mehr eingestellt, sondern die Dienste werden gemietet, die Zuerkennung seiner Rechte werden aufgelöst. Ein Großteil von Ärzten und dem medizinischen Personal sind unter dieser Form von Vertrag beschäftigt. Diese Methode ist gegen die weltweit anerkannten Rechte von Arbeitern wie zum Beispiel Recht auf Mutterschutz, Krankenständen und Recht auf Sozialversicherung.

Hintergrund war und ist sicher auch die Intention ein unternehmerfreundliches Wirtschaftsklima zu schaffen. Unter dem Stichwort Vertrauen der Investoren, fallen daher auch die Einschränkung der Gewerkschaftsrechte und auch eine bedeutende Verschlechterung der Sozialrechte der Arbeitnehmer. Es kam, um wieder auf das Gesundheitswesen zurückzukommen, zu einer Privatisierung des Gesundheitssystems und zu massiven Verlusten an Arbeitsplätzen. (Paediatrica, 2003; S.34-39)

5.8 Arbeitsalltag im Zentrum

Der Arbeitsalltag sieht Arbeit von acht bis zwanzig Uhr vor, wobei in zwei Schichten gearbeitet wird. Die erste Schicht beginnt um acht und endet um 14 Uhr, die zweite Schicht beginnt um 14 Uhr und endet um zwanzig Uhr. Dazu ist aber zu sagen, dass die Mitarbeiter nicht exakt nach Dienstschluss das Zentrum verlassen können. Die erste Schicht arbeitet im Schnitt eine Stunde

länger, um den täglichen Arbeitsbericht zu schreiben. Auch die zweite Schicht muss oft länger bleiben, wobei der Hauptteil der Arbeit in der ersten Schicht liegt. Die erste Schicht macht vor allem auch die Hausbesuche, die oft stundenlanges Herumwandern bedeuten.

Es gibt ein Rotationsprinzip, dabei werden automatisch alle sechs Monate die Abteilungen gewechselt. Jeder Mitarbeiter beziehungsweise jede Mitarbeiterin wechselt in eine neue Abteilung, um auch dort eine komplette Einschulung zu erhalten. Damit soll garantiert werden, dass alle in jedem Bereich einsetzbar sind. Das habe ich auch selbst so beobachtet. Immer wieder musste Personal zwei Abteilungen gleichzeitig übernehmen, um die anderen Kollegen zu unterstützen. Das passiert auch, wenn Kolleginnen im Außendienst sind und das Service in den Abteilungen abgedeckt werden muss. Sogar die Sozialarbeiterin ist eine Allrounderin und überall einsatzbereit.

Sie darf auch alles tun, wenn es notwendig ist. Sie gibt Spritzen, arbeitet in der Kassa und in der Apotheke.

Arbeit bedeutet „arbeiten rund um die Uhr“. Es gibt keine Mittagspausen, keine „Rauchpausen“, keine „Kaffeepausen“. Es ist wahrscheinlich nicht notwendig zu sagen, dass ich die Begriffe „Rauchpausen“ und „Kaffeepausen“ einfach als Pendants aus der österreichischen Arbeitswelt verwendet habe. Rauchen, also die Verwendung von Rauchwaren aller Art gibt es in Huaycan nicht. Ebenso ist Kaffee unbekannt, obwohl er im Land, allerdings nicht in der trockenen Küstenregion, angebaut wird. Diese Produkte sind nicht leistbar und nicht verfügbar, können in der Region nicht gekauft werden.

Essen wird vom Personal selbst mitgebracht und während der Arbeit verspeist, manchmal kauft sich das Personal kleine Speisen und Getränke bei fliegenden Händlern. (ambulantes) Das Personal darf die Volksküche (comedor) nicht benutzen, er bleibt den Patienten vorbehalten. Es gibt allerdings die Ausnahme, dass Mitarbeiter, die einen langen Dienst haben, mit Erlaubnis der Sozialarbeiterin sich aus der Küche Essen und Getränke holen dürfen.

Es gibt aus Spenden des Nestle-Konzerns Trockenmilch, die mit gekochtem Wasser zubereitet wird. Das Personal hat das Recht sich einmal pro Tag einen Becher davon zu sich zu nehmen. Ich habe davon auch selbst einmal probiert.

Wäsche, Dienstkleidung wird vom Personal am Ende der Woche mit nach Hause genommen und selbst „gereinigt“.

5.9 Außendienst

Zum Außendienst, spanisch „trabajo del campo“ oder „consulta externa medica“, ist zu sagen, dass es sich, wie natürlich der Name schon sagt, um einen extramuralen Dienst handelt.

Das ist zum einen ein Permanenzdienst, der zweimal pro Monat, jeweils am ersten und fünfzehnten eines Monats in einem Außenposten des Zentrums angeboten wird. Zum anderen wird unter dem Begriff Trabajo de campo ein Dienst verstanden, der dreimal in der Woche durchgeführt, wobei die Mitarbeiter des Zentrums von Haus zu Haus gehen. Der Außenposten, „la casa del buen samaritano“, das Haus zum guten Samariter, ist ein kleines, einzeln stehendes Häuschen, in dem ein Team aus einer Ärztin und zwei Schwestern ab 2 Uhr nachmittags bis circa 6 Uhr Dienst tun.

Am 16. November 2007 war ich bei einem Außendienst anwesend. Die zuständige Ärztin, Dr. Rosario, bringt zweimal im Monat einige Befunde der Patienten in das Spital von Huyacan. Die Schwester Nila begleitet sie. Das Spital ist circa eine halbe Stunden zu Fuß entfernt vom Gesundheitszentrum. Es ist ein heißer Tag, das Team beschließt mit dem mototaxi zu fahren. Die Fahrt ist auf eigene Kosten, Kostenpunkt für die halbstündige Fahrt ist ein sol.

Während Nila und Dr. Rosario in die zuständige Abteilung gehen, bleibe ich in der Eingangshalle zurück. Es ist ein einfach gebautes Haus, ich schaue mich in alle Richtungen um. Überall warten in den Gängen Menschen vor den verschiedensten Abteilungen, weinende Kinder mit ihren Müttern. Besonders

leid tut mir ein älterer Herr mit schmerzverzerrtem Gesicht, der auf seine Behandlung wartet. Er trägt einen Verband, an einigen Stellen tropft schon das Blut durch. Für mich ist ein Aufenthalt in diesem Krankenhaus eine absolute Horrorvorstellung. Kranke liegen und sitzen am Gang, die stationären Krankenzimmer sind voll.

Endlich kommen Nila und Dr. Rosario zurück und entscheiden sich in einem kleinen Restaurant zu essen. Das Restaurant ist vor allem für Mitarbeiter des Spitals gedacht. Wir gehen hinein, essen ein Menü, Fisch, Reis und Gemüse, dazu gibt es Maissaft. Ein ungewöhnlich reichhaltiges Essen für das Personal des Gesundheitszentrums. Dr. Rosario meint noch dazu: *„Wir haben heute noch sehr viel vor.“*

Danach folgt die Rückkehr zum Gesundheitszentrum, das Team aus Nila, eine zweiten Schwester und der Ärztin, Dr. Rosario bereiten sich auf den Aufbruch zum Gesundheitsposten „buen samaritano“ vor. Ein Koffer mit medizinischen Geräten wird vorbereitet. Dann machen wir uns auf den Fußmarsch, cirka eine halbe Stunde zu Fuß in die Berge hinauf. Auf dem Weg wird das Team freundlich von den Bewohnern begrüßt. Ziel unseres Fußmarsches ist die Gemeinschaftshütte der „comunidad de huaycan“. Hier haben Selbsthilfegruppen ein Hütte gebaut, vor allem aus Spendengeldern der Katholischen Kirche. Die comunidad betreut auch diese Hütte. Für das Gesundheitszentrum bedeutet das, dass die Hütte auch ein Ordinationsstützpunkt in der Gegend ist, daher bietet das GZ ein Service näher an seinen Patienten an. Als wir ankommen, warten schon einige Patienten, vor allem Ältere und Frauen und Kinder. Die zuständige Dame der comunidad, die heute in der Hütte ehrenamtlichen Dienst tut, verkündet per Megaphon, am Dach der Hütte fixiert, dass das Team des GZ da ist.

„Vengan, vengan, señoras y señores, la doctora y el servicio de medicina estan aqui.“

„Kommen Sie bitte, die Ärztin und das medizinische Personal sind hier.“

Es kommen viele Menschen, vor allem alte und gebrechliche, die den Weg zum GZ nicht mehr schaffen.

Während die Ärztin die Patienten in einem Raum untersucht, machen die Schwestern in den Nebenräumen die Erstgespräche, Anamnese, Blutdruck und Temperatur messen.

In einem Nebenraum führt die ehrenamtliche Mitarbeiterin ein Buch, Eintragungen von dringlichen Fällen.

Als die meisten Patienten gegangen sind, informiert die ehrenamtliche Mitarbeiterin noch über einen bettlägerigen Patienten, der nicht weit vom „buen samaritano“ entfernt wohnt.

Nila und Dr. Rosario gehen, geführt von der Mitarbeiterin, zu dieser Behausung.

Zum anderen gibt es spontane Außendienste nach Bedarf. Der Bedarf ist dann gegeben, wenn eine Abteilung bei Durchsicht ihrer Krankenakten erkennt, dass ein Patient nicht gekommen ist und ein akuter Handlungsbedarf besteht.

Ein Beispiel, das ich selbst erlebt habe, als ich mit Nila bei einem Außendienst war, war eine Dame, die in einer kleinen Hütte aus Holz lebte. Die Behausung war aus Holz, das Dach aus Karton und Schilf, wobei das Dach zusätzlich mit Steinen beschwert war. Auf unser Klopfen öffnete uns die alte Frau und erklärte uns, dass ihr Sohn sehr schwach wäre und nicht mehr aufstehen könnte. Er litt unter Tbc und HIV im Endstadium. Das Zimmer bestand aus einem Erdboden, einem alten Tisch und Sessel, daneben ein paar Ziegel mit einem Kerosinherd. Sie kochte gerade einige Innereien und einen Hühnerkopf, ein paar Karotten und Kartoffeln für eine Suppe. Die alte Frau konnte nicht richtig gehen, sie humpelte. Trotzdem teilte sie uns mit, sie müsste auf den Markt gehen, um dort Produkte zu verkaufen. Der Markt war circa eine Stunde von der Behausung entfernt. Sie musste ihren Sohn ernähren. Dieser lag in einem kleinen dunklen Nebenraum, das Dach war in dem Bereich, wo er lag, noch einmal mit einer

Plastikplane gegen Regen geschützt. Der Kranke lag abgemagert und hilflos im Bett und wartete buchstäblich auf den Tod.²³

Auch wenn die Krankheit dieser Patienten in vielen Fällen unheilbar ist, vergessen wir oft allzu schnell welche unvorstellbare Wirkung der körperliche Kontakt und das Gespräch entfalten können. Es ist beeindruckend zu sehen, wie ermutigend es für die Patienten ist, wenn man sie bei der Hand nimmt oder an der Schulter klopft und sich ihnen ohne Angst nähert. Der menschliche Kontakt ist hier in den Aktionen des Gesundheitszentrums oft zu sehen.

Hausbesuche haben unter anderen den Sinn Informationen über die Krankheiten, über Ansteckungsmöglichkeiten und Hygiene zu geben. Aber Hausbesuche haben einen viel tieferen Sinn.

Nila hängt beim Außendienst Infusionen an, wenn das notwendig ist. Ich habe den menschlichen Kontakt, die Zuwendung gesehen. Es ist oft die einzige Zuwendung, die die Patienten haben. Vielen von ihnen werden von ihren Familienangehörigen in Stich gelassen.

5.10 Häufige Erkrankungen im Armenviertel

Die häufigsten Erkrankungen sind verschiedenste Infektionen, hervorgerufen durch die Lebensbedingungen der Patienten. Diese leben auf engstem Raum zusammen, oft vor allem mit Tieren wie Hunden, Katzen, Hühnern, Meerschweinchen und ähnlichen Kleintieren.

Die Kinder leiden meistens an Parasiten, Magen -und Darminfektionen, Atemwegserkrankungen, Hautausschlägen und natürlich an Unterernährung. Dafür sind natürlich auch unhygienische Lebensbedingungen, klimatische Umstände, Geldnot, aber Unkenntnis über eine ausgewogene Ernährung verantwortlich. Das Wasser kommt aus Tankwägen und wird dann weiter in Kanister abgefüllt und zu den Behausungen transportiert. Gekocht wird mit Kerosin, auch dabei kommt es manchmal zu Verbrennungsunfällen, eine Müllbeseitigung oder Müllabfuhr gibt es nicht. Im Winter nehmen

²³ Gespräch mit Frau Juana, Huaycan am 30. Oktober 2007

Atemwegserkrankungen, Tuberkulosefälle und Lungenentzündungen extrem zu, wenn sich über Lima ein leichter Nieselregen und Kälte ausbreiten, der sogenannte garua. Im Sommer dagegen wird es heiß und schwül und das Wasser knapp. Magen- Darm-Infektionen und Hauterkrankungen nehmen entsprechend zu. Von diesen Krankheiten sind sowohl Erwachsene als auch Kinder betroffen.

Es ist insgesamt ein Teufelskreis von Krankheit und Armut. Gesundheit ist eine Voraussetzung, um mit seiner Arbeitskraft ein Einkommen zu erwirtschaften. Fehlende Gesundheit führt zwangsläufig zu Verhältnissen in Armut.

In diesem Umfeld findet die Arbeit des Gesundheitspersonals mit den Patienten statt, von Schutzimpfungen, Untersuchungen, Beratung im Rahmen der Gesundheitsvorsorge, vor allem für Mütter und Kinder, Krankheitsprävention bis zur Kontrolle der öffentlichen Hygiene des Bezirkes sowie einfachere Behandlungen, Akutversorgung und zahnärztliche Untersuchungen.

Der Umgang mit den Patienten schließt dabei auch manchmal Bereiche ein, die weit über ein uns bekanntes Betreuungsverhältnis hinausgehen. Ich möchte einen selbst erlebten Fall schildern, wo die Schwester einer Patientin auf sehr ungewöhnliche Weise geholfen hat.

Ich spreche gerade mit Schwester Gladys in der Erstversorgungsstelle, dem Topico, als eine Frau mit einem Säugling hereinkommt.

Sie bittet sie auf das Kind aufzupassen, da sie zur Poliklinik gehen muss. Ich, überrascht, frage sie, warum sie so etwas mache. Gladys sagt zu mir: „*Ich habe schon zu ihr gesagt, sie kann immer wieder ihre Tochter zu mir bringen.*“

Dann erzählt sie mir, warum das so ist.

„Ich habe eine Tochter auch so alt wie ihre Tochter und ich muss während der Arbeit viel Muttermilch abpumpen und wegwerfen. Da ich erst nach der Arbeit meine Tochter selbst stillen kann, habe ich ihr angeboten, ihre Tochter zu stillen. Da die Mutter durch ihre

Tbc Erkrankung aufgrund der Medikamenteneinnahme keine Muttermilch mehr geben kann, gebe ich der Kleinen meine Milch.“

24



Abbildung 17: Frau Ana mit Gaby Grill: Frau Ana ist die zuständige Mitarbeiterin im Dentallabor. Das Labor ist spartanisch eingerichtet. Die Uniform hellblau (Foto: Gaby Grill 2007).

Was ist das Gesundheitszentrum:

Zusammenfassend möchte ich daher folgendes zu meinem Aufenthalt sagen.

Es ist, so mein Eindruck, ein Stück „heile Welt“ in einer sehr harten, lebensfeindlichen Umgebung. Es ist ein „Vorposten“ des Staates, des durch die staatliche Organisation geregelten Lebens in einer Zone, in die andere staatliche Organe und Organisationseinheiten selten kommen. Huyacan ist ein Gebiet der unkontrollierten Landnahme und „illegalen Landbesetzung“, ein Gebiet, in dem sich Menschen nach ihrer Landflucht ansiedeln. Sie kommen

²⁴ Gespräch mit Schwester Gladys, 17. November 2007

aus den zonas de montañas, aus den Gebirgsregionen auf der Suche nach einem besseren Leben.

Das Gesundheitszentrum ist natürlich auch mehr als eine Versorgungseinheit im peruanischen Gesundheitssystem, mehr als wir unter einem Gesundheitszentrum verstehen würden.

Die Sozialarbeiterin hat hier eine wichtige Aufgabe, gibt finanzielle Unterstützung, hilft in vielen Lebenslagen. Auch der **comedor** hat die Funktion, armen Patienten in Notlagen zumindest eine warme, kostenlose Mahlzeit am Tag zu bieten. Das Zentrum hilft allerdings nicht den Menschen von der Straße, ohne dass sie „krank“ sind. Mitarbeiter des Gesundheitszentrums sind auch angehalten, Patienten kein Essen mit nach Hause mitzugeben, da natürlich allen bewusst ist, dass diese das dann „zu Hause“ unter notleidenden Familienangehörigen aufteilen.

Ich möchte nun zuerst theoretisch erläutern, was Pflegedienst in diesem Armenviertel bedeutet.

Die besondere Funktion der Krankenschwester, hier als Repräsentantin des Pflegedienstes genannt, besteht in der Hilfeleistung für den einzelnen, in der Durchführung jener Handreichungen, die zur Gesundheit oder Genesung, oder allenfalls zu einem friedlichen Tod beitragen. (Locher, 1973; S. 30)

Das Arbeits- und Aufgabenspektrum der Mitarbeiter, zum Beispiel der Krankenschwestern unterscheidet sich wesentlich von der praktizierten Aufgabentrennung in Österreich. Dazu möchte ich hier ein Zitat von Diesfeld bringen, eine Situation, die ich im Gesundheitszentrum auch so beobachten konnte.

„Die erfahrene Krankenschwester wird unter Umständen die Rolle einer Stationären wahrnehmen, praktische Tätigkeiten wie Infusion oder Transfusion selbstständig durchführen und bei gut funktionierenden Arbeitssystemen die Problemfälle identifizieren

und dem Erfahreneren (medical assistant oder Arzt) vorstellen.“
(Diesfeld, 1997; S.336)

Armut hat objektive und subjektive Faktoren, persönliche Einschätzung der eigenen Lebenssituation, auch Einschätzung der Lebenssituation durch einen Beobachter, Arbeitszufriedenheit.

Es war für mich eine Befriedigung selber mitgewirkt zu haben. Mitwirkung war das Beobachten, das Fragenstellen, das Mitgehen bei Hausbesuchen, meine Anwesenheit im Ambulanzdienst, in vielen Fällen auch das Mitleiden mit den Menschen und ihren konkreten, sehr traurigen Lebenssituationen. Ich habe daher für meine Arbeit keinen Fragebogen verwendet, sondern die Methode der „Teilnehmenden Beobachtung“ unter der besonderen Verwendung des „erö-
pischen Gesprächs“ gewählt. (Girtler, 2001; S. 12)

Ich habe selbst bei mir die Beobachtung gemacht, dass im Laufe meines Aufenthaltes ein gewisser Gewöhnungszustand eingetreten ist. Was mich also am Anfang „abgeschreckt“ hatte, Lebensumstände der Menschen etwa, war für mich später gelebte Realität. Ich hatte mich an die Situation gewöhnt, es war für mich dann verständlich, dass Menschen auch unter diesen schrecklichen Bedingungen leben und arbeiten konnten. Ich denke aber, dass dieser Gewöhnungszustand, das Erfahren und letztlich Akzeptieren von Lebensbedingungen eine universelle menschliche Eigenschaft ist.

5.11 Armut – eine Auseinandersetzung mit dem Armutsbegriff

Beim Durchlesen von Fachliteratur zur Definition von Armut ergibt sich für mich die Erkenntnis, dass es einen einheitlichen, anerkannten Ansatz nicht gibt. Das Phänomen der Armut tritt weltweit auf, lässt sich aber nicht universell erfassen. Zu groß sind regionale, kulturelle und soziale Unterschiede. Armut hat eine relative, eine absolute und eine subjektive Komponente. Viele internationale Organisationen, die in der Armutsbekämpfung tätig sind, reduzieren ihren

Armutsbegriff auf einige wenige Indikatoren und Messgrößen wie etwa das Pro-Kopf Einkommen oder etwa den Anteil am Bruttoinlandsprodukt.

Gehen wir vom Begriff der absoluten Armut aus, die bedeutet, dass Menschen zu wenige Ressourcen haben, um die Befriedigung von Bedürfnissen wie (Trink) Wasser und Nahrung, Kleidung und wie in unserem Fall ein Leisten können von medizinischer Versorgung zu gewährleisten. Es geht auch um sichere Behausungen. Sicher ist so zu verstehen, dass die meisten Menschen am Hang wohnen, in Bereichen, die ursprünglich keine Besiedlung, weil durch Erosion, starke Regenfälle und Steinlawinen zu gefährdet, zulassen.

Als absolut arm gilt also, wer nicht über die Ressourcen zur Deckung des definierten Existenzminimums verfügt, um elementare Grundbedürfnisse zu befriedigen und ein menschenwürdiges Leben zu führen. (Küblböck, 2002; S. 8)

Frau Rosario P. erzählt. Sie war kurz einkaufen, währenddessen kümmerte sich ihre Tochter um das Essen auf dem Herd. Die Tochter hatte dabei einen epileptischen Anfall und riss den Topf vom Herd. Dies verursachte schwere Verbrennungen am Körper, die Kosten für Behandlung und Spitalsaufenthalt waren zu hoch für die Familie, die daraufhin im Gesundheitszentrum um Unterstützung bat. Es wurde daraufhin zu diesem Zweck eine „parrillada“, ein Grillfest, organisiert, bei dem um Spenden gebeten wurde.²⁵

Die Menschen in diesem Armenviertel waren unter anderem arm, weil sie sich die medizinische Versorgung, so diese nicht durch Versicherungen gedeckt waren, nicht leisten konnten.

„Der Begriff der „relativen Armut“ bedeutet Armut im Vergleich zum jeweiligen sozialen, auch staatlichen, sozialgeographischen Umfeld eines Menschen. In diesem Zusammenhang bezieht sich relative Armut auf verschiedene statistische Maßzahlen für eine

²⁵ Gespräch mit Frau Rosario, Huaycan, 5. November 2007

Gesellschaft (zum Beispiel auf den Median des gewichteten Nettoäquivalenzeinkommens). So definiert die WHO die Armutsgrenze anhand des Verhältnisses des individuellen Einkommens zum „mittleren Einkommen“ im Heimatland einer Person. Danach sei arm, wer monatlich weniger als die Hälfte des aus der Einkommensverteilung seines Landes berechneten Medians zur Verfügung hat“

(http://de.wikipedia.org/wiki/Armut#Relative_Armut) letzter Zugriff: 14. Februar 2013

Auch nach diesen Kriterien waren die meisten Menschen, die in diesem Umfeld lebten, aus meiner Sicht als arm zu bezeichnen.

6. Zusammenfassung

In der Zeit meiner Beobachtungen hier im Gesundheitszentrum des „señor de los milagros“ haben sich für mich folgende bemerkenswerte Punkte ergeben.

Die Kompetenzen, das heißt, das, was eine Schwester, was eine Hilfsschwester tun darf, oder tut, ist hier erweitert.

Sie verrichtet oft Tätigkeiten, die einem Arzt zustehen. Sie gibt Spritzen, setzt Venflone, um Infusionen anzuhängen, vernäht Wunden und entscheidet in Akutfällen selber, ohne Einwilligung des Arztes oder bei Kindern, auch der Eltern. Durch Jobrotationen werden alle Mitarbeiterinnen in allen Bereichen geschult.

Die Erhöhung dieser Kompetenzen sehe ich im Vergleich zu anderen Spitälern in Lima. Ich denke, ich kann das beurteilen, da ich selber im Marinespital in Lima gearbeitet habe. Aufgrund der peripheren Lage, daher geringere Kontrollmöglichkeit beziehungsweise geringeres Interesse der Behörden und auch der Tatsache, dass es sich um die Armen dieser Gesellschaft handelt, die hier als Patienten auftreten, tritt die Schwester, und vor allem die Hilfsschwester stark in den Vordergrund. Sie ist geachtet, geschätzt und vermittelt diesen Patienten das Gefühl, dass sie nicht völlig vergessen worden sind. In diesem Zusammenhang ist auch die Arbeit der Sozialarbeiterin zu sehen.

Es sind im Gesundheitszentrum nur wenige Ressourcen vorhanden. Mit Ressourcen meine ich für uns so alltägliche Dinge wie Verbandsmaterial, Medikamente und Desinfektionsmittel und natürlich weniger alltägliche Dinge wie technische Geräte. Exakte Diagnoseverfahren sind nicht möglich beziehungsweise fehlen nach einer Diagnose die Mittel, um den Patienten eine „passende“ Behandlung zu geben.

Medizin und Vorsorge sind nach meiner Beobachtung weiblich, das heißt, das Personal ist großteils weiblich, aber auch die Patienten sind großteils weiblich.

Die Menschen gehen erst zum Arzt, wenn die Schmerzen stärker werden.

Obwohl ich in meiner ganzen Kindheit in Lima immer Spanisch gesprochen habe, war mir aufgrund meiner Eltern und Großeltern immer klar, dass da mehr war. Sie ist mir hier im GZ wiederbegegnet. Viele der Binnenmigranten, der Einwanderer aus den Andengebieten Limas sprechen sie. Manche der älteren Patienten im Gesundheitszentrum sprechen fast ausschließlich diese Sprache. Sie werden daher in den Besuchen im Zentrum, bei den Konsultationen oft von jüngeren, spanischsprachigen Familienangehörigen begleitet. Kommen sie doch alleine, können in Arzt-Patienten bzw. Krankenschwester-Patientengesprächen Sprachprobleme entstehen.

Durch den in meiner Arbeit aufgezeigten kulturellen Hintergrund vieler Schwestern können diese Sprachprobleme gelöst werden. Viele von ihnen, selbst Binnenmigranten in der zweiten Generation, sprechen Quechua.

Schlussendlich möchte ich noch das Thema Arbeitszufriedenheit hier einfließen lassen. Für mich scheint aufgrund vieler Unterhaltungen mit den Gesprächspartnerinnen und wenigen männlichen Gesprächspartnern eine Arbeitszufriedenheit vorhanden zu sein. Diese Menschen haben eine gesicherte Arbeit. Wenn ich gesichert sage, meine ich einen Ort, an den sie sechs Mal pro Woche zurückkehren und arbeiten, Geld, das sie erhalten. Im Vergleich zu ihren Patienten, die das alles nicht haben, geht es ihnen gut. Diese Zufriedenheit ist auch dadurch bedingt, dass sie zumindest hier an der Peripherie der Stadt Arbeit erhalten haben.

Der Wunsch den Arbeitsplatz zu wechseln ist bei vielen Mitarbeiterinnen vorhanden. Mit besser ist auch zu verstehen, dass es sich um Arbeitsplätze handelt, die näher an ihrem Wohnort sind. Wie schon aufgezeigt, sind viele Menschen zu sehr kosten- und zeitintensivem „Pendeln“ gezwungen.

In vielen Gesprächen wurde die erhoffte Möglichkeit angesprochen, eine Krankenschwester "nombrada" zu werden, mit weitaus mehr Gehalt und mit weitaus höheren Sozialleistungen.

7.Literaturverzeichnis

Boyd, Stephanie (2001): Prognose Verkehrsinfarkt. Südwind-Magazin. Nr.3

Diesfeld, Hans Jochen (1996): Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern. Springer Verlag. Berlin - Heidelberg

Girtler, Roland (2001): Ero-episches Gepräch. Arkana Verlag. München. Deutschland.

Girtler, Roland (2001): Methoden der Feldforschung. 4. Auflage. Böhlau Verlag Wien.Köln.Weimar

Heil, Carla (1997): Hausärzte und ambulantes Pflegepersonal. Lit-Verl.Münster

ILA-Peru, Nr. 144, April 1991, Informationsstelle Lateinamerika

Internetquelle:

[http://es.wikipedia.org/wiki/Se%C3%B1or_de_los_Milagros_\(Lima\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Se%C3%B1or_de_los_Milagros_(Lima))

Internetquelle:

http://de.wikipedia.org/wiki/Armut#Relative_Armut letzter Zugriff: 14. Februar

Kaba-Schönstein, Lotte & Kälble, Karl (Hrsg) (2004): Interdisziplinäre Kooperation in Gesundheitswesen. Mabuse Verlag. Frankfurt am Main

König, Rene (1973): Beobachtung und Experiment in der Sozialforschung. Köln

Küblböck,Karin (2002): Armutsbekämpfung - Zur Umsetzung der millenium Development Goals.in: Die Österreichische Entwicklungspolitik-Berichte,Analysen,Informationen.Wien ÖFSE.7-14)

Lamnek, Siegfried: Qualitative Sozialforschung, Weinheim, 3. Auflage, 1995

Locher, Heinz (1973): Der Pflegedienst im Krankenhaus-Analysen und Lösungsvorschläge aus betriebswirtschaftlicher Sicht. Verlag Hans Huber. Bern Stuttgart. Wien

Organizacion Panamericana de la Salud (2001): Perfil del sistema de servicios de salud de Peru".(OPS)

Palomino Colina, Cesar (2003): Medicos contratados por servicios no personales, inhumana realidad. Paediatrica. Biblioteca de la Universidad mayor de San Marcos

Pina Baca, Fernando (2008): Funciones obstetricas y neonatales en los establecimientos de salud. revista peruana Obst y Enferm. Enero.vol.4.

Reinhold, Gerd: (Hrsg) (1997): Soziologie Lexikon.Verlag München. R. Oldenburg

Resolucion ministerial (MINSA) 2006: Construyendo alianzas estrategicas para detener la tuberculosis-la experiencia peruana. Deposito legal de la biblioteca nacional de Peru

Saldana, Jimenez Jose Antonio (2008): Gestion comunitaria del riesgo atencion primaria de salud y desarrollo social.Samusocial Peru.

Schwartz, M. S.; Schwartz, Ch.G. (1955): Problems in participant observation. In: American journal of sociology. LX, January, S.344. in: Girtler, R. (2001). Methoden der Feldforschung. Böhlau. Wien

Saco, Alexandro (2008): Buscando Salud, Consorcio de Investigacion Economica y Social. CIES, Care Peru

Seinfeld, Janice (2007): Avanzando hacia el aseguramiento universal: ¿Como lograr proteger la salud de personas de ingresos medio bajo y bajo?. universidad del Pacifico. Lima. Peru

Wenty, Marion (2006): Lebensqualität von Kindern in den Armenvierteln Perus.
Unveröffentlichte Diplomarbeit Universität Wien

Von Oertzen, Eleonore (2004): Peru. Verlag C.H. Beck

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verkehr in Lima: es gibt keine Sicherheiten bezüglich des Transports. Busse fahren mit offenen Türen (Foto: Gaby Grill 2007)VII	
Abbildung 2: Nilas Haus und die Bahnstrecke. Hier donnern nächstens die Güterzüge vorbei, alles sehr gewöhnungsbedüftig (Foto: Gaby Grill 2007).....	3
Abbildung 3: Wenn ein Bus „voll“ ist, fährt er die Bushaltestelle nicht an. Die potentiellen Fahrgäste müssen auf den nächsten Bus warten. Oftmals gibt es lange Wartezeiten von ca. einer Stunde (Foto: Gaby Grill, 2007)	11
Abbildung 4: Die Busse sind nicht sehr hoch, Die lokale Bevölkerung ist generell klein (Foto: Gaby Grill, 2007)	12
Abbildung 5: Der Name des Gesundheitszentrum beruht auf dem Abbild des „Cristo moreno“	28
Abbildung 6: Babywaage in der Triage, (Foto Gaby Grill, 2007).....	30
Abbildung 7: Essen im Comedor, (Gaby Grill, 2007).....	32
Abbildung 8: Gesundheitszentrum	33
Abbildung 9: Haupteingang des Gesundheitszentrums (Foto: Gaby Grill, 2007).DISA IV	35
Abbildung 10: Großer Hof zwischen den einzelnen Gebäuden mit Blick auf das Zahnarztlabor und die Arbeitsbereiche der Leitung des Zentrums (Foto: Gaby Grill 2007).....	36
Abbildung 11: Rampe (Foto: Gaby Grill 2007).....	37
Abbildung 12: Die Bebauung der Hänge rund um das GZ (Foto: Gaby Grill 2007).....	38
Abbildung 13: Umgebung um das GZ Señor de los Milagros, Foto Gaby Grill, 2007).....	39
Abbildung 14: Patienten und Patientinnen warten vor der Kassa des Gesundheitszentrums, um die Behandlung zu bezahlen (Foto:.....	50
Abbildung 15: Aufbewahrung von Krankenakten, Foto Gaby Grill, 2007.....	51
Abbildung 16: Mitarbeiter Pfleger Epifanio beim Ordnen der Krankenakten im PCT.....	68
Abbildung 17: Frau Ana mit Gaby Grill: Frau Ana ist die zuständige Mitarbeiterin im Dentallabor. Das Labor ist spartanisch eingerichtet. Die Uniform hellblau (Foto: Gaby Grill 2007).	81

9. Anhang

MINISTERIO DE SALUD
"Personas que atendemos personas"

CUADRO N° 4
CUADRO COMPARATIVO NACIONAL

CATEGORIAS	MINSA	EsSALUD	PNP	FAP	NAVAL	PRIVADO
I - 1	Puesto de Salud		Puesto Sanitario		Enfermería Servicios de Sanidad	Consultorio
I - 2	Puesto de Salud con Médico	Posta Médica	Posta Médica	Posta Médica	Departamento de Sanidad Posta Naval	Consultorio Médicos
I - 3	Centro de Salud Sin Internamiento	Centro Médico	Policlínico B	Departamento Sanitario		Policlínicos
I - 4	Centro de Salud Con Internamiento	Policlínico			Policlínico Naval	Centros Médicos
II - 1	Hospital I	Hospital I	Policlínico A	Hospital Zonal	Clinica Naval	Clínicas
II - 2	Hospital II	Hospital II	Hospital Regional	Hospital Regional		Clínicas
III - 1	Hospital III	Hospital III y IV	Hospital Nacional	Hospital Central FAP	Hospital Naval- Buque Hospital	Clínicas
III - 2	Instituto Especializado	Instituto				Institutos

Documento Técnico Normativo de Categoría

-18-

Lebenslauf:

Persönliche Daten:

Name: Gaby Diana Grill

Berufstätigkeit: seit 1990 bei der Gemeinde Wien

Ausbildung: Matura in Lima (1983 abgeschlossen)

Ausbildung in der Pflege

Studium der Pflegewissenschaften an
der Universität Wien (Beginn: 2004)

Wahlfach Soziologie