

Gesundheit für alle

Das Ziel ist klar: Bis zum Jahr 2000 sollen alle Völker einen Gesundheitszustand erreicht haben, der es ihnen erlaubt, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen. So 1978 von der UN-Weltgesundheitsorganisation, der WHO, im sowjetischen Alma Ata beschlossen. Der Schlüssel zur Erreichung dieses Zieles heißt Primäre Gesundheitsversorgung, im englischen Fachjargon *Primary Health Care*. Fast alle Staaten der Welt haben dieses Konzept in ihre nationale Gesundheitspolitik aufgenommen. In Indonesien sind die Anstrengungen auf dem steinigen Weg dorthin unverkennbar.

Pasar Minggu, Sonntagsmarkt, so heißt einer der südlichen Stadtteile Jarkartas. Doch weder Verkehrsgewühl noch Marktgewimmel sind an einen Tag gebunden. Hier herrscht immer Hochbetrieb. Das Durcheinander von Menschen auf den ewig verstopften Straßen dringt bis in jenes zweistöckige Haus, an dessen Tor in großen Buchstaben PUSKESMAS zu lesen ist: die Abkürzung für öffentliches Gesundheitszentrum und zugleich Name des über den gesamten Archipel wirkenden nationalen Gesundheitsdienstes. In den Morgenstunden drängen sich Hunderte von Menschen aller Altersklassen vor dem Zentrum im *Pasar Minggu*. Das PUSKESMAS ist eine populäre Adresse. Vorsorgeuntersuchung, Mütterberatung, Medikamentenausgabe, Familienplanung, Behandlung der üblichen Krankheiten von Schnupfen bis Darmbeschwerden. Es ist stickig und laut. Sechs Ärzte und einige Dutzend Krankenschwestern, Hebammen, Pfleger haben alle Hände voll zu tun. Im Einzugsbereich des Zentrums leben 250 000 Menschen. Durchweg sind es die Ärmsten, die die Dienste der staatlichen Einrichtung in Anspruch nehmen. Mit dem PUSKESMAS-Konzept wurde der Weg in eine für alle Indonesier gesündere Zukunft bereitet. Im ersten Fünfjahresplan wurden ab 1969 versuchsweise solche Stationen eingeführt. Heute gehören sie zu den Grundpfeilern der Gesundheitspolitik. Jeder indonesische Arzt ist nach Abschluß seines Studiums verpflichtet, in einem PUSKESMAS zu arbeiten, und zwar unterschiedlich lang: auf Außeninseln wie Timor, die von den meisten städtisch geprägten Akademikern als Verbannung empfunden werden, nur ein Jahr; auf Java, mit den angenehmeren Lebensbedingungen immerhin bis zu fünf Jahre. Seit 1979, seit dem dritten Fünfjahresplan, gehört der Basis-Gesundheitsdienst im Sinne der WHO-Deklaration von 1978 zu den PUSKESMAS-

Aufgaben. Der Start war äußerst schwierig.

Der historische Rückblick zeigt die für ein Land der Dritten Welt typische Entwicklung. Während der holländischen Kolonialzeit blieb die Heranbildung von bodenständigem medizinischen Personal in engen Grenzen. Zwischen 1872 und 1935 wurden nur 716 einheimische Ärzte ausgebildet. Als nach Erringung der Unabhängigkeit viele holländische Mediziner die junge Republik verlassen mußten, hinterließen sie Lücken, die lange nicht mit eigenen Kräften gefüllt werden konnten. In den fünfziger Jahren heuerte die Regierung des Präsidenten Sukarno zahlreiche ausländische Ärzte an, unter ihnen 350 Deutsche. Einige von ihnen praktizieren heute noch.



Seither sind beträchtliche Anstrengungen gemacht worden, das staatliche Gesundheitssystem zu modernisieren und mit einheimischen Personal auszustatten. Vor dem Hintergrund des unzulänglichen Erbes ist der Erfolg beachtlich; aber gemessen an den Bedürfnissen der Menschen ist er noch lange nicht ausreichend. Auf einen praktischen Arzt kommen 16 000 potentielle Patienten. In der Bundesrepublik ist die Vergleichszahl 522. Bei einem indonesischen Zahnarzt ist das Mißverhältnis noch krasser: seine Bohrdienste müßten 65 000 Menschen verfügbar sein. Doch die Durchschnittszahlen verschleiern die in Wirklichkeit viel schlimmere Nicht-Versorgung. In den

städtischen Ballungszentren ist die ärztlichen Kunst überproportional versammelt. Etwa die Hälfte aller Dentisten arbeitet in den drei javanischen Millionenstädten Jakarta, Surabaya, Bandung. Allein in Jakarta hat sich ein Drittel aller praktizierenden Ärzte des Landes niedergelassen. Kaum eine andere Zahl zeigt das Mißverhältnis deutlicher auf. In den ländlichen Regionen sind die Kranken auch heute noch vielerorts tagelang unterwegs, um einen Arzt zu erreichen. In den abgelegenen Gebieten profitieren die Menschen nach wie vor von einer medizinischen Versorgung, deren Anfänge weit in die koloniale Vergangenheit reichen: den Krenkenhäusern der christlichen Missionen, die als Pflegestätten mit moderner, westlich orientierter Medizin gelten können. Die Faustregel heißt auch in Indonesien: je weiter weg von einer Stadt, desto mangelhafter die Hilfe in Krankheitsfällen und um so größer das Defizit an Aufklärungsmaßnahmen zur Gesundheitsvorsorge.

Aus diesen Schwierigkeiten heraus wurde das PUSKESMAS-Konzept geboren. Nach offizieller Darstellung leben heute bereits 60 bis 70 Prozent der Indonesier im Einzugsbereich eines PUSKESMAS. Mit mobilen Einheiten, je nach Region im Auto oder im Boot, werden auch Einödsiedlungen erreicht. Doch diese eher numerische Größe sagt nichts aus über den Zustand und die Wirksamkeit der stadtfernen Gesundheitszentren. PUSKESMAS in *Pasar Minggu* ist untypisch. Noch verfügen nicht einmal alle Zentren über einen eigenen Arzt, geschweige denn über ein qualifiziertes Team. Die Versorgung mit den wenigen Basismedikamenten läßt vielerorts zu wünschen übrig. Die Bezahlung der beamteten Mitarbeiter ist bescheiden, eine Nebentätigkeit zum eigenen Überleben erforderlich. das heißt in manchen PUSKESMAS, daß der Arzt nachmittags fleißiger in seiner privaten Praxis arbeitet als am Vormittag im staatlichen Gesundheitszentrum.

Es fehlen Fachleute, die für die speziellen Aufgaben von *Primary Health Care* ausgebildet sind. Ein Problem, das im Gesundheitsministerium offen diskutiert wird. Dabei sind die Anforderungen an die Mitarbeiter eines PUSKESMAS außerordentlich hoch. Sie sollen in westlicher Medizin geschult und mit den lokalen Heilpraktiken vertraut sein; sie sollen etwas von Psychologie und Menschenführung wissen; sie sollen möglichst aus der Region stammen oder wenigstens die jeweilige Sprache und Mentalität verstehen; sie sollen Entwicklungshelfer bei der Verbesserung der örtlichen Lebensverhältnisse sein. Keine Frage: Gesundheitsvorsorge ist ein kom-

plexes Unternehmen und hat viel Ähnlichkeit mit den Mühlen des Sisyphus.

Was der Augenschein im PUSKESMAS von *Pasar Minggu* lehrt, ist zugleich das landesweite Problem: daß über den akuten Krankheitsfällen, die sofort behandelt werden müssen, viel zu wenig Energie und Zeit bleiben, um den umfassenderen Auftrag zu erfüllen: Krankheiten und deren Ursachen zu bekämpfen. von der Verwirklichung des 5. Punktes der WHO-Erklärung kann bisher kaum die Rede sein; da heißt es: *Die Menschen haben das Recht und die Pflicht, einzeln und als Gruppen zur Planung und Durchführung ihrer Gesundheitsversorgung beizutragen.* Die auf dem Amtsweg verordnete Gesundheitsvorsorge hat (noch) nicht einmal eine Entsprechung in der in allen sonstigen Bereichen auf strenge Hierarchie und Obrigkeit eingeschworenen Gesellschaft. Ein Problem, das weit über die indonesischen Grenzen hinausreicht! *Wo... bisher Unmündigkeit der Bevölkerung praktiziert wurde, kann nicht von heute auf morgen Verantwortung erwartet werden,* so Professor H.J. Diesfeld, Direktor des Institutes für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen am Südasiens-Institut der Universität Heidelberg, *wo traditionelle Kräfte, vor allem im sozialen und gesundheitlichen Bereich systematisch unterdrückt wurden, kann nicht ohne Verdacht auf neue Repression plötzlich der Ruf nach Einbeziehung aller traditionellen Ressourcen aufgegriffen werden.*

Dr. Doris Esche und Peter Koehne, zwei deutsche Fachleute aus Medizin und Soziologie, haben dazu bei einer Feldforschung in Bali 1983 aufschlußreiche Daten gesammelt. Danach setzen einfache Leute ein PPUSKESMAS ausschließlich mit westlicher Medizin gleich. *Minta Suntik*, um eine Spritze bitten, ist zum Schlagwort für diese Einschätzung geworden: Ein möglichst schmerzhaftes, kräftiges Mittel soll das Leiden schnell kurieren. Diese Erwartung des Durchschnittsmenschen bringt ein PUSKESMAS in Konkurrenz zu den anderen Möglichkeiten der Behandlung. Da ist einmal der Dorfkrämer, der auch ein Sortiment von Pillen und Antibiotika gegen teures Geld bereithält, zum anderen der privat praktizierende Arzt, der als Geschäftsmann arbeitet und in der Regel westliche Medizin anbietet, und schließlich der *Dukun*, der mit traditioneller Medizin vertraute Arzt oder Heilpraktiker. Im Krankheitsfall entscheiden dann finanzieller Spielraum und Leidensdauer, welche Behandlung beansprucht wird. Oft eine nach der anderen und zuweilen mehrere gleichzeitig.

Jede Region, jeder Stamm, jede Volksgruppe verfügt über eine reiche Erfahrung an einheimischer traditioneller Medizin. Was von Missionsärzten und Aposteln westlicher Schulmedizin

vielerorts geringschätzig abgetan ist, gehört zum Erbe vieler Generationen und schließt profunde Kenntnis von Natur und menschlichem Verhalten ein. Bei aller Vielfalt lokaler Praktiken und bei aller gebotenen Einschränkung ihrer Wirksamkeit ist der Volksheilkunde eines gemeinsam: ihre Praktiker behandeln ihren Patienten ganzheitlich und kurieren nicht nur das eine oder andere Symptom. In der traditionellen gemeinschaftlichen Lebensweise wurde das erkrankte Mitglied nicht isoliert, sondern angeleitet vom Heiler, unter Mitwirkung der Nachbarn, Verwandten, Freunde in die Harmonie zwischen dem einzelnen und seiner Umwelt zurückgebracht. Krankheit wird als Folge von Fehlverhalten empfunden, das es zu sühnen gilt. Prinzipiell stellt sich natürlich schon lange nicht mehr die Alternative, traditionelle oder westlich-wissenschaftliche Medizin, weil sich beide sehr sinnvoll ergänzen können. Doch von der Möglichkeit, sie in Kombination zu nutzen, sind die meisten Indonesier noch weit entfernt. Für die Menschen den wenigen Luxuskrankenhäusern mit aufwendiger Gerätemedizin und hochqualifiziertem Fachpersonal für die Oberschicht und dem noch nicht ausreichenden Versorgungsnetz der PUSKESMAS liegt das weite Feld alltäglicher Überlebensnöte.

Die Untersuchung von Esche/Koehne spricht von *erheblichen Kommunikationsbarrieren*, weil Patient und Arzt meist verschiedene Sprache und Denkweisen haben. Bei der Behandlung im modernen Gesundheitsdienst *bleiben Eigendiagnose und -beobachtung des Patienten meist unberücksichtigt und werden nicht zum Gegenstand eines Gesprächsaustausches gemacht. Der Patient wird, entgegen seiner traditionellen Gewohnheit, zum Träger seiner Symptome reduziert. Er wird somit nicht in die Lage versetzt, sein Wissen zu erweitern und sich darüber aktiv - das heißt auch präventiv - an der Vermeidung seiner Erkrankung zu beteiligen.* Da bleibt noch viel zu tun. Die Aufklärung der Gesundheitsvorsorge ist umfangreich behandeltes Thema der staatlichen Massenmedien. Eingebundene Spots zu Hygiene und Ernährung, Muttermilch und Familienplanung haben im Fernsehen die kommerziellen Werbefilme ersetzt, die vor Jahren verbannt wurden. Ein Propagandalied ruft mit Marschmusik zum *Hidup Sehat* auf, zum gesunden Leben. In den Schulen ist dies seit 1982 gewissermaßen Pflichtfach. Einzelne Schüler werden mit dem verlockenden Titel *kleiner Doktor* ausgezeichnet und haben auf saubere Fingernägel, geputzte Zähne und regelmäßige Gewichtskontrolle der Kameraden zu achten. Die Erkenntnis hinter solchem Kinderprogramm ist richtig: Mann kann gar nicht früh genug mit der Vermittlung des Zusammenhanges von Lebensweise und Gesundheit beginnen.

Aufklärung ist eine Seite von *Primary Health Care*, eine zweifellos wichtige und den Bewußtseinsstand der Bevölkerung prägende, doch die zweite Seite ist davon nicht zu trennen: die Verbesserung der Lebensbedingungen. Die WHO-Deklaration von Alma Ata definiert Gesundheit als einen Zustand *völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht lediglich als das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen*, demnach ist Gesundheit ein *grundlegendes Menschenrecht*

Die Not wurzelt tief. Um Krankheiten zu vermeiden, ist nicht nur das individuelle Wissen von den Ursachen erforderlich; es setzt auch die Chance voraus, diese zu beseitigen. Hier beginnt das soziale und wirtschaftliche Dilemma. Mangelernährung, Hunger, zu wenig und unreines Trinkwasser, unmensliche Wohnverhältnisse, Umweltverschmutzung, unzureichende Abfallbeseitigung, Arbeitslosigkeit - das sind Stichworte zum Schicksal von Millionen. Sieben von zehn schwangeren Frauen leiden unter Eiweißmangel und können sich nicht ihrem Zustand gemäß ernähren. Laut Weltbank-Daten gehören 14 Prozent der städtischen und 42 Prozent der ländlichen Haushalte zur Kategorie der Armen, die zum Leben zu wenig und zum Sterben zu viel haben. Hier liegen die eigentlichen Ursachen für Tuberkulose, die noch immer häufigste Todesursache der ländlichen Bevölkerung; das erklärt, warum die Cholera, die längst von der Krankheitsliste Indonesiens gestrichen war, immer wieder aufflackert und in einzelnen Dörfern seuchenausmaß erreicht; und schließlich ist darin auch die hohe Säuglingssterblichkeit begründet: von 1000 Lebendgeborenen sterben 125 innerhalb eines Jahres (Vergleichszahl in der Bundesrepublik: 20).

Die Alma-Ata-Deklaration der WHO ist eindeutig politisch zu verstehen. Um das Ziel *Gesundheit für alle im Jahr 2000* zu erreichen, müßten weltweit mehr Mittel in entsprechende Programme fließen, Mittel die bisher für militärische Zwecke verschwendet werden. Die Umverteilung ist überfällig, doch jedermann weiß, daß diese WHO-Forderung aus dem Jahre 1978 ohne praktische Folgen geblieben ist - auch in Indonesien. Lediglich drei bis vier Prozent des nationalen Haushalts werden für den staatlichen Gesundheitsdienst ausgegeben. Je Bewohner im weiten Archipel macht das pro Jahr nur etwa einen US-Dollar aus.

Rüdiger Siebert

Der Autor ist Journalist und arbeitet als Leiter des Indoneischen Programms bei der Deutschen Welle. Der Text wurde seinem Buch "5mal Indonesien", München/Zürich 1987, S.466-472, entnommen.