

...Fortsetzung *Seiten einer Medaille*

Eine kurze Geschichte kranker PlantagenarbeiterInnen

Öffentliche Auseinandersetzungen über den Zusammenhang von Feldarbeit und Krankheit waren in Nicaragua nichts Neues. Die Opfer des Nemagon-Pestizidskandals hatten jahrzehntelang für Entschädigungen gekämpft – auf der Straße, vor nationalen, ausländischen und internationalen Gerichten und Tribunalen. Tatsächlich gibt es zwischen den sterilen und krebskranken BananenplantagenarbeiterInnen, den *bananer@s*, und den CKD-kranken Zuckerrohrschneidern einige nennenswerte Gemeinsamkeiten. Sie stammen alle aus den Dörfern und Städten der großen Anbauregionen Westnicaraguas, und sie teilen eine „Protestkultur“ (wenn man so will): lange Märsche in die Hauptstadt, Kundgebungen und Zeltlager an öffentlichen Plätzen, um auf ihr Leiden und ihre Anliegen aufmerksam zu machen, sind darin zentral. Das verbindet diese unterschiedlichen Generationen kranker FeldarbeiterInnen. Es verbindet sie so sehr, dass etwa, als ich im Jahr 2008 erstmals nach Managua kam, gegenüber der Nationalversammlung noch Nemagon-Stadt, das große Protestlager der *bananer@s*, bestand, während an der Autostraße nach Masaya schon die Zuckerarbeiter aus Chichigalpa ihre Zelte errichtet hatten. Es schien sich bei den Lagern um jene Art von Alltagsfacette zu handeln, die AusländerInnen und TouristInnen ins Auge sticht, die aber für die BewohnerInnen der Hauptstadt längst Teil des Bekannten und Gewohnten geworden war. Gleichzeitig passierte aber auch etwas Neues: Während ein Teil der CKD-Kranken aus Chichigalpa Märsche nach Managua organisierte und Protestlager errichtete, nahmen andere erstmals an einem Tisch mit VertreterInnen von Nicaragua Sugar Platz – dem „Dialogtisch“.

Zu diesem Zeitpunkt dauerten die Proteste, die das Unternehmen für die CKD-Erkrankungen verantwortlich machten, bereits rund eine Dekade an. Schon 1998 hatten Arbeiter Nicaragua Sugar beschuldigt, sie durch den skrupellosen Einsatz von Pestiziden und Düngemitteln krank gemacht zu haben. Die empirische Grundlage dieser Anschuldigungen, die über die Jahre von den Kranken zusammengestellt wurde, bestand anfangs einerseits in individuellen Erfahrungsberichten über das Applizieren von Agrochemikalien, ohne Schutzkleidung bekommen zu haben, und andererseits in Listen, auf denen die Namen von zuerst hunderten, dann tausenden Toten gesammelt und ihre Anstellungsverhältnisse in der Zuckerindustrie dokumentiert wurden. Auch wenn die Totenscheine, die von Chichigalpas Stadtverwaltung ausgestellt wurden, „CKD“ als Todesursache nicht kannten und stattdessen von Organversagen sprachen, brauchten die AktivistInnen keine weiteren Beweise: Sie erkannten die Symptome an den Opfern – oftmals Bekannte, Kollegen oder Nachbarn – selbst: Schmerzen und Krämpfe, Übelkeit, der Ammoniakgeruch der Haut. Um die Ursachen zu benennen, benötigte es aus Sicht der Feldarbeiter nicht viel Fantasie: alle Kranken hatten für viele Jahre auf den Zuckerrohrplantagen gearbeitet. Und waren nicht die tausenden *bananer@s*, die in ihren Wohnvierteln verstorben waren oder in Managua in „Nemagon-Stadt“ vor sich hinsiechten, ebenso vergiftet worden – durch Pestizide in der Luft und im Wasser?

In den 90ern lebten die Feldarbeiter der Fabrik San Antonio (ISA – Ingenio San Antonio) mit ihren Familien in Werkssiedlungen auf dem Firmengelände. Mit dem Aufkommen der CKD-Epidemie waren sie abgesiedelt worden – etwa nach La Isla und Candelaria, jene Viertel

Chichigalpas, die zehn Jahre später die höchsten Erkranktenzahlen aufwiesen. Das Unternehmen erzählt die Geschichte anders: die Absiedelung der Arbeiter sei durch Belange der Arbeitssicherheit und die Vergrößerung der Fabriksgebäude notwendig geworden. Doch kurz darauf, so eine CKD-Betroffenenorganisation, hätte NSEL begonnen, das Blut der Feldarbeiter zu untersuchen. Ziel der Untersuchungen wäre die Feststellung der Serumkreatininwerte gewesen, anhand derer die Nierenleistung beurteilbar wird (Rel-UITA 2006). Wer erhöhte Werte aufwies, wurde nicht länger in der Fabrik San Antonio beschäftigt.

In den Jahren der Proteste, die folgten, richteten kranke Feldarbeiter und „CKD-Witwen“, Angehörige der Verstorbenen, Forderungen an die nicaraguanische Politik und an Nicaragua Sugar: man wolle Entschädigungen, man wolle das Unternehmen klagen können. 2001 brachte eine interne Untersuchung der ISA-Betriebsärzte CKD mit den Arbeitsbedingungen während der Ernte in Verbindung: Hitzebelastung und Dehydrierung, eine mögliche Belastung durch Pestizide und der Schmerzmittelkonsum der Arbeiter stünden mit der raschen Zunahme der Erkrankungen in Zusammenhang (Rumporter 2018a). Bekannt wird die Untersuchung erst Jahre später. Im Jahr 2003 reformierte die Fabrik San Antonio ihr Feldarbeitsregime: die Erntearbeiter sollten nun nicht mehr durch das Unternehmen, sondern indirekt, über Zeitarbeitsfirmen angestellt werden. Diese Subunternehmer beschäftigten die saisonalen Arbeitskräfte in Folge zu eigenen Konditionen. 2004 scheiterte die Betroffenenorganisation „Asociación Chichigalpa por la Vida – ASOCHIVIDA“, späterer „Dialogpartner“ von Nicaragua Sugar, in einem Gerichtsverfahren um Entschädigungszahlungen. Doch im selben Jahr hatten die Proteste der Zuckerarbeiter und ihrer Angehörigen auch ihren größten Erfolg: eine Änderung im Arbeitsrecht erkannte CKD als „arbeitsbedingte Erkrankung“ an und erlaubte den Betroffenen, Ansprüche auf staatliche Invalidenpensionen zu stellen. Die Gewährung und Auszahlung der Pensionen wurde in der Folge ein neues Konfliktfeld, das den Fokus der Auseinandersetzung für eine Weile zu den nicaraguanischen Behörden, insbesondere der Sozialversicherungsanstalt INSS verschob. Eine Novelle im Jahr 2008 knüpfte den Pensionsanspruch schließlich an eine Mindestanstellungsdauer, was Saisonarbeitskräfte wie Zuckerrohrschneider effektiv ausschloss. Dies war der historische Moment, an dem der „Dialog“ zwischen ASOCHIVIDA und dem Unternehmen NSEL seinen Anfang nahm.

CAO-Intervention: Gründung des „Dialogisches“ 2008

Ausgangspunkt des „Dialoges“ war eine Beschwerde gewesen, die ASOCHIVIDA beim Compliance Advisor / Ombudsman der Weltbank eingereicht hatte. Diese „CAO“ genannte Institution ist eine unabhängige Stelle innerhalb der Weltbank-Gruppe und überwacht die Einhaltung der internen Richtlinien und Standards jener Teilorganisationen, die in Akteure der Privatwirtschaft investieren. Ein solcher Akteur, der von Weltbank-Krediten profitiert hatte, war Nicaragua Sugar: das Unternehmen hatte 2006 von der International Finance Corporation (IFC), einer Teilorganisation der Weltbank, einen Kredit über 55 Millionen US-Dollar erhalten. Die Verbindung, die über den Kredit zwischen IFC und NSEL entstanden war, ermöglichte den ehemaligen Feldarbeitern und CKD-Witwen von ASOCHIVIDA die Beschwerde beim CAO.

Im März 2008 erreichte die Beschwerde mit Hilfe einer Washingtoner NGO das CAO-Büro. Sie war für den CAO relevant, weil sie behauptete, dass die IFC durch ihre Kreditvergabe an NSEL ihre Sorgfaltspflicht verletzt und unethische Geschäftspraktiken befördert habe. „Unethisch“ deshalb, weil NSEL bei der lokalen Bevölkerung die „Beeinträchtigung von Gesundheit, Umwelt und Existenzgrundlagen“ (CAO 2008a: S. 1). zu verantworten habe. Wie andere Gruppen, in denen sich CKD-kranke Plantagenarbeiter organisiert hatten, machte auch ASOCHIVIDA das Unternehmen NSEL für das Auftreten der Krankheit verantwortlich: die Ursachen lägen in den Bedingungen der Feldarbeit, Pestiziden, Düngemitteln oder vergiftetem Wasser. Das CAO-Büro ließ die Beschwerde zu und schickte MitarbeiterInnen nach Nicaragua, um sich ein Bild der Situation vor Ort zu machen. Die Delegation führte Gespräche mit VertreterInnen des Unternehmens, den Vorsitzenden und Mitgliedern von ASOCHIVIDA und einigen Personen aus dem Gesundheitswesen und der Lokalpolitik. Anschließend fasste sie den Konflikt um Chichigalpas CKD-Epidemie so zusammen:

Die Kranken von ASOCHIVIDA wollten, dass das Unternehmen mehr Interesse an dem Schicksal ehemaliger Arbeitskräfte zeige. Man fordere eine „ordentliche Unterstützung“ der Betroffenen und wolle die Ursachen der Epidemie bestimmen, um Neuerkrankungen verhindern zu können.

Die VertreterInnen des Unternehmens verwiesen darauf, dass kein kausaler Zusammenhang zwischen der Unternehmenspraxis und der Krankheit bewiesen worden sei. Dennoch würden von Firmenseite viele Unterstützungsangebote für die betroffenen Arbeiter bestehen und Investitionen in die Gesundheit der Belegschaft getätigt werden. Das Unternehmen hätte Interesse an einer „ernsthaften und systematischen Untersuchung“ (S. 6) zu den Krankheitsursachen.

(CAO 2008a)²

Die MediatorInnen des CAO betonten, dass hier ein ausdrückliches Interesse bestünde, „Probleme beiderseitigen Belanges gemeinsam zu lösen oder zu entschärfen“ (ebd., S. 5). Der gemeinsame Wunsch sei „einen Weg zu finden, die adäquate medizinische Versorgung der CKD-Betroffenen sicherzustellen und weitere Erkrankungen zu verhindern“ (ebd., S. 6). Diesen Überlegungen entsprechend dauerte es nicht lange, bis der „Dialog“ und seine Inhalte auch praktisch festgelegt wurden. Die gemeinsamen Ziele wurden definiert:

1. „Die Ursachen der Epidemie zu bestimmen und zu beheben.“
2. „Die lokalen Gemeinschaften zu unterstützen, in denen CKD auftritt.“

(CAO 2008b: S. 1)

Begleitet wurden sie von einem Regelwerk, einer Art Vertrag, der Einschränkungen enthielt, die den Erfolg der Mediation sicherstellen sollten. Dies betraf beispielsweise die Beschränkung des „Dialoges“ auf das Thema „CKD“ und das Verbot, die MediatorInnen zu umgehen und den Konflikt auf andere Weise, etwa über die Medien oder in anderen Treffen, fortzuführen. Auch der CAO selbst verpflichtete sich, keinen weiteren, parallelen Prozess zum selben

² Zitate aus spanischsprachigen Quellen wurden vom Autor übersetzt, jene aus englischsprachigen Quellen in der Sprache des Originals belassen.

Thema zu eröffnen. Und er garantierte den Parteien, dass sie nicht befürchten müssten, durch den „Dialog“ in rechtliche Verpflichtungen zu schlittern. Stattdessen sollte ausschließlich „guter Wille“ die Grundlage der gemeinsamen Zusammenarbeit sein (ebd., S. 1).

Die nächsten Schritte schienen sich von selbst zu ergeben: Da die Voruntersuchung festgestellt hatte, dass es keine Forschung zu den Ursachen gäbe, der beide Parteien gleichermaßen vertrauten, sollte man erst definieren, welche Eigenschaften eine Studie haben müsste, damit ihre Ergebnisse für beide Seiten glaubwürdig und akzeptabel wären, um sie dann durchführen zu lassen. Außerdem würde man die medizinischen Bedürfnisse der Kranken erheben müssen, um zu erfahren, wie man ihnen helfen könne. War die Zeit der Proteste, in denen sich die CKD-Kranken kaum Gehör verschaffen konnten, also endlich vorbei? Zehn Jahre lang waren die Zuckerarbeiter aus Chichigalpa mit ihren bewährten Strategien, den Märschen, Kundgebungen und Zeltlagern, gescheitert – sie waren ignoriert, getröstet und beiseite gelassen worden. Die Nachricht vom „Dialog“ mit dem Unternehmen muss für viele in Chichigalpa, zumindest für die Beschwerdeführer, eine immense Erleichterung bedeutet haben. Das erste Ergebnis des „Dialoges“ lag indes schon vor: man hatte sich geeinigt, bezüglich der Ursachen der Epidemie „von vorne“ zu beginnen. Der bisherige „Stand der Dinge“, das bestehende Wissen über die Krankheit und eine Dekade der Konfliktgeschichte, sollten fürs Erste keine Rolle mehr spielen. Doch was trat im „Dialog“ an ihre Stelle?

Versorgung I: Lokale Bedürfnisse

Als Partnerin im neu geschaffenen „Dialog“ war einer der ersten Beiträge, die ASOCHIVIDA leistete, ihre Mitglieder einer sogenannten „Bedürfniserhebung“ zur Verfügung zu stellen. Es handelte sich dabei um eine Datenerhebung, die die CAO-MediatorInnen in Auftrag gegeben hatten, um zu klären, wie sich die Lage der CKD-Betroffenen eigentlich gestaltete. Die Zielsetzung der „Bedürfniserhebung“ war auf die Arbeit des „Dialogischen“ abgestimmt – sie sollte konkrete Möglichkeiten präsentieren, um die medizinische Versorgung der CKD-Betroffenen zu verbessern:

- *“[I]nform the participants of the CAO dialogue table of options that could improve the immediate and long-term care.”*
- *“Identify the different treatments [...] and the accessibility impacted community members have to those treatments.”*
- *“Make suggestions of how further collaboration from public health agencies, NSEL and affected community members could be helpful to ensure better services [...].”*

(CAO 2009a: S. 2)

Die zwei GesundheitsberaterInnen, die mit der Durchführung der Erhebung beauftragt wurden, befragten zuerst medizinisches Personal und Schlüsselpersonen des lokalen Gesundheitswesens, um einen Eindruck über die medizinische Infrastruktur der Region, die üblichen Behandlungsweisen und verwendeten Medikamente zu bekommen. Doch auch die Anliegen und Wahrnehmungen der Betroffenen selbst sollten erhoben werden. In Gruppeninterviews sprachen die CKD-Kranken, Witwen und Angehörigen über ihre drängendsten Probleme und wichtigsten Forderungen. Für den Abschlussbericht der Erhebung wurden die einzelnen Aussagen zusammengefasst. Der Bericht zeichnete ein düsteres Bild der Situation:

„Although recognized as a global health problem, chronic renal insufficiency (CRI) has been sweeping through the Pacific coast of Central America in epidemic proportions [...] in the Pacific Departments of León and Chinandega, the most affected regions, some studies estimate that the CRI mortality rate has nearly tripled from 1992 to 2002 [...] The high prevalence of CRI in this region is multiple times higher than rates for U.S. men and women and is not explained by usual etiologies like hypertension and diabetes [...] CRI is a progressively fatal disease with no cure. Most all CRI patients progress to end-stage renal disease (ESRD) and require either transplantation or ongoing kidney dialysis for survival. [...] At present in Nicaragua, there is no access to any treatments for ESRD for the vast majority of CRI patients. Because the definitive etiology remains unsolved, the only preventive strategies address general measures to slow the progression of the disease.“ (S. 1)

„[A]commonly shared experience for CRI patients is that the doctors at both the clinic and hospitals tell them that there is nothing to do when they feel ill.“ (S. 9)

„Medical personnel caring for CRI patients confirmed the inability of the public health system to provide an ongoing supply of essential medications.“ (S. 10)

„The main issue at hand, though, is the inability for CRI patients to pay for prescriptions at private pharmacies.“ (S. 11)

“CRI patients face the untenable combination of needing an income to supplement their meager pension (if they have one at all), and knowing that hard work and sun exposure directly compromises their health. [...] With insufficient or no pensions, lack of available work, and inability to work in the hot sun, CRI patients remain in an irresolvable dilemma. [...] Lack of access to adequate financial resources remains a key life-threatening challenge for CRI patients and their families.” (S. 12)

Die einzige medizinische Einrichtung, die für Chichigalpa's CKD-Patienten vor Ort zugänglich wäre, sei die lokale Klinik *Centro de Salud*, deren Kapazitäten trotz eigener CKD-Abteilung bei weitem überschritten würden:

„The Centro de Salud is the MINSA-run public health clinic in Chichigalpa ... Attached to the Centro de Salud is the small CRI Clinic. ... It was built by INSS just to take care of CRI patients, almost all of whom are ex-sugar cane workers and currently the numbers of patients are 1500.“ (S. 13)

“This equates to a very demanding daily load of 40-50 patients between 2 physicians who see patients for 1.5 hours 5 mornings a week; appointment time is thus limited to less than about 5 minutes of physician contact on average. CRI patients are not seen at the ISA Hospital, where only current workers receive medical care. Though when elevated creatinine levels are discovered, ISA Hospital physicians write a referral note to the Centro de Salud for the worker” (S. 14)

“No dialysis services presently exist in Chichigalpa, and ESRD patients must be referred to Hospital España in Chinandega.” (S. 20)

“In addition to no access to treatment of their end-stage disease, CRI patients and their families also lack access to any palliative care [...] At present, CRI patients and their families are seriously preoccupied with their ever-approaching death. To make matters worse, their fears are intensified by having witnessed the extremely painful and dramatic death of their friends and co-workers. Currently, they

see their only option for terminal support from Hospital España. [T]hey realize that their hospitalization is likely to be the way they spend their last days. And the cost of food for the rest of the family staying at the patient's bedside in Chinandega is unaffordable.” (S. 23)

(CAO 2009a)

Diese Ausschnitte belegen den Eindruck, den die AutorInnen der „Erhebung“ durch ihre Gespräche mit den Kranken, ihren Angehörigen und den lokalen ExpertInnen gewonnen hatten. Sie werden an dieser Stelle ausführlich zitiert, um einen Eindruck von der Tiefe zu geben, die Chichigalpas CKD-Epidemie als soziales Phänomen in dieser Beschreibung bekommt. Die Zusammenhänge zwischen Epidemie, Armut, Feldarbeit und Infrastruktur werden sichtbar: Es gibt eine Epidemie, für die es vor Ort kaum Behandlungsmöglichkeiten gibt. Aber selbst jene Behandlungsmöglichkeiten, die es gibt, sind für die Kranken nicht verfügbar, weil sie arm sind. Die einzige breit verfügbare Arbeit für Arme ist die Feldarbeit, speziell die Zuckerrohrernte, für die nur Männer in Frage kommen. Diese verlieren die Arbeit, wenn sie erkranken, was die Armut der Haushalte weiter verschärft – bis zu dem Punkt, an dem Familien sich zwischen dem Erwerb von Essen oder Medikamenten entscheiden müssen. In detaillierten Betrachtungen der Gruppeninterviews präsentiert der Bericht noch weitere Facetten der Epidemie, etwa zwischenmenschliche. Die Kranken geben beispielsweise an, sich von ihrem ehemaligen Arbeitgeber verraten und alleingelassen zu fühlen, sie misstrauten der Sozialversicherungsanstalt und den staatlichen Ärzten, sie vermissten Respekt und Aufmerksamkeit in den medizinischen Einrichtungen. Und sie litten darunter, nicht zu wissen, wie der Kreislauf durchbrochen und neue Erkrankungen verhindert werden könnten.

Doch solche Detailbetrachtungen hatte der „Dialogtisch“ eigentlich nicht bestellt: „improve ... care“ und „ensure better services“, das waren die Zielsetzungen gewesen. Man könnte auch sagen: Chichigalpas CKD-Krise sollte als eine Frage von Infrastruktur und Dienstleistungserbringung formuliert werden, als *Versorgungsproblem*, das für den „Dialog“ in eine Reihe von Investitionsmöglichkeiten aufgesplittert werden konnte. Zu einer solchen Darstellung kehrte die Bedürfniserhebung abschließend auch zurück: Einerseits sollte der „Dialogtisch“ Medikamente, Lebensmittel und Medizinbedarf zur Verfügung stellen. Andererseits sollte er versuchen, durch die Zusammenarbeit mit staatlichen Behörden neue Einkommensmöglichkeiten und medizinische Infrastruktur zu schaffen. Die „Bedürfniserhebung“ fasste die geäußerten Anliegen der CKD-Kranken von ASOCHIVIDA und eine Reihe infrastruktureller Probleme also zusammen – aber sie verkürzte, verkleinerte und interpretierte sie auch mit dem Ziel, sie zu brauchbaren Optionen für den „Dialogtisch“ zu machen.

Versorgung II: Ungleiche Gewinner

Diverse Versorgungsansprüche, die jahrelang und mit unbefriedigenden Ergebnissen an den nicaraguanischen Staat gerichtet worden waren, konnten nun an den „Dialogtisch“, und damit indirekt an NSEL, gerichtet werden. Das Unternehmen würde wiederum nach eigenem Gutdünken – wir erinnern uns: bar jeder rechtlichen Verpflichtung – entscheiden, welche der Ansprüche es erfüllen würde. Welche konkrete Gestalt nahm die versprochene Hilfe des „Dialogtisches“ nun an? Im März 2009 gab NSEL bekannt, dass für die „Unterstützung der Betroffenen von CKD“ ein Budget von jährlich US\$ 300.000 veranschlagt worden war. Die Summe, so wurde verkündet, wäre nach der Mitgliederzahl von ASOCHIVIDA bemessen – bei weiterem

Zulauf, so wurde dem Organisationsvorstand in Aussicht gestellt, würde man das Budget auf US\$ 500.000 pro Jahr aufstocken können (CAO 2009b: S. 2). Das versprochene Budget sollte unter anderem in Waren investiert werden, die als Sachspenden – und zwar Lebensmittel und Schulmaterialien – direkt an die Mitglieder von ASOCHIVIDA ausgeschüttet werden sollten. Außerdem sollte die Ausstattung des *Centro de Salud* durch den Ankauf von Hämodialyse-Maschinen, Medikamenten und Reagenzien verbessert werden.³

Nun wurde deutlich, dass die Festlegung der legitimen „Dialog“-TeilnehmerInnen, unter denen ASOCHIVIDA für die Betroffenen der Epidemie stand, eine sehr folgenreiche Entscheidung gewesen war. Denn mit der Einführung des Spendenschemas zeigte sich, dass mit den „CKD-Betroffenen“, denen man helfen wollte, die Mitglieder von ASOCHIVIDA selbst gemeint waren – sie sollten nicht nur im Rahmen des „Dialoges“ für die CKD-Betroffenen sprechen, sie wurden *gleichbedeutend* mit „den CKD-Betroffenen“. Dies sorgte für einige Unruhe, denn auch wenn die Veröffentlichungen des CAO es nicht abbildeten, gab es doch immer ein „außerhalb“ des „Dialogtisches“, und in diesem „außerhalb“ war die Mediation nun heftigen Anfeindungen ausgesetzt. Andere Krankenorganisationen beschuldigten ASOCHIVIDA, sich kaufen zu lassen und mit den Verursachern der Epidemie gemeinsame Sache zu machen. Skeptische NGOs kritisierten die Beharrlichkeit, mit der das Unternehmen jede Verantwortlichkeit für die Epidemie abstritt, und AktivistInnen schickten sich an, Nicaragua Sugar durch eine Boykottkampagne auf seinen Absatzmärkten unter Druck zu setzen. Vor diesem Hintergrund hatten der CAO-geführte „Dialog“ zwischen ASOCHIVIDA und NSEL und seine Ziele, die „Unterstützung der Betroffenen“ und die „Erforschung der Ursachen“, explosives Potenzial.

Doch war die Beziehung zwischen den „Dialogpartnern“ tatsächlich wie von den KritikerInnen behauptet? Das Wort „Dialog“ verspricht es schon: laut Gründungsdokument sollten sich die Parteien auf Augenhöhe begegnen und hatten im Mediationsprozess, formell gesehen, die gleichen Rechte und Pflichten. Dennoch garantierte ihnen der „Dialog“ maximale Flexibilität, denn Freiwilligkeit und „guter Wille“ sollten zu jeder Zeit die Grundlagen der Kooperation sein, und dass für eine der beiden aus den im „Dialog“ erhaltenen Informationen und getroffenen Vereinbarungen rechtliche Verpflichtungen erwachsen könnten, war von vorneherein ausgeschlossen worden. Möglicherweise half diese Herangehensweise auch dabei, den „guten Willen“ für die Kooperation erst zu schaffen – die Versicherung, dass einem kein Nachteil entstehen könne, dem man nicht selbst vorher zugestimmt habe. Doch scheint es bei genauerer Betrachtung nicht, als ob die Organisation ASOCHIVIDA ihren Platz am „Dialogtisch“ aus „gutem Willen“ einnahm – sondern vielmehr aus dem Wunsch heraus, Krankheit, Elend und Tod bei sich selbst und bei anderen zu verhindern. Dass also einer der „Partner“ in einer permanenten existenziellen Notlage und damit in einer fundamental anderen Position als der andere war, wirft die Frage auf, ob die Abwesenheit jeder rechtlichen Verpflichtung nicht die dringend benötigte Sicherheit der Schwächeren durch ein neues Abhängigkeitsverhältnis – die Abhängigkeit vom „guten Willen“ des Gebers – ersetzt hatte. Vielleicht hatte die Behauptung von Gleichheit in einem Setting fundamentaler Ungleichheit diese Schieflage noch verstärkt.

³ Bis zum offiziellen Ende der Mediation 2012 würde NSEL außerdem in ein Hausbau- und ein Mikrokreditprojekt sowie eine Geflügelfarm für die Mitglieder von ASOCHIVIDA investieren. Auch das lokale *Centro de Salud* wurde kontinuierlich durch Spenden unterstützt. (CAO 2012)

Das Spendenschema zwischen NSEL und ASOCHIVIDA stützt diese Interpretation, denn die „Unterstützung der Betroffenen“ gestaltete sich bald als eine Seite, die Bedürfnisse formuliert, und eine andere, die sie erfüllt (oder eben nicht). Doch gleichzeitig veränderte der Ressourcentransfer ASOCHIVIDA's Stellung in Chichigalpa nachhaltig. Sprach das Unternehmen in seinen Aussendungen von ASOCHIVIDA als „der wichtigsten Organisation von CKD-Betroffenen in Westnicaragua“ (NSEL 2010a), hatte man vor Gründung des „Dialogtisches“ noch davon ausgehen müssen, dass die Organisation lediglich eine Minderheit der Betroffenen repräsentierte. Erstens waren da die seit Jahren andauernden Proteste anderer Gruppen und Einzelpersonen, die öffentlich auf Verhandlungen mit dem Unternehmen drängten. Zweitens legten die verfügbaren Untersuchungen für die Region Betroffenenzahlen nahe, die die damals 600-700 Mitglieder von ASOCHIVIDA bei weitem überstiegen. Durch die Arbeit des „Dialogtisches“ und die Verteilung der Spenden begann sich dies zu ändern: einerseits gewann die Organisation durch die „erfolgreichen Verhandlungen“ an Prestige, andererseits war es ja tatsächlich so, dass eine Mitgliedschaft in ASOCHIVIDA nun Zugang zu den Lebensmittel- und Schulmaterialspenden versprach. Die diesbezügliche Vereinbarung des „Dialogtisches“ kündigte sogar mehr Geld an, falls die Mitgliederzahlen steigen sollten. Das blieb natürlich nicht aus: eineinhalb Jahre nach Beginn des „Dialoges“ hatte sich ASOCHIVIDA's Mitgliederzahl gegenüber 2008 mehr als verdoppelt, zwei Jahre später fast vervierfacht.⁴ Durch den Ermessensspielraum in der Aufnahme neuer Mitglieder und im Verhandeln ihrer Ansprüche auf die Spenden des „Dialogtisches“ kam ASOCHIVIDA, dem „kleinen Partner“, nun eine Machtposition zu: die Macht, eine Auswahl zu treffen, wer Mitglied und wer Antragsteller werden konnte.

Trotz der Asymmetrie, die dem Spendenschema zugrunde lag, ermöglichte dieses beiden Seiten, sich als Gewinner zu präsentieren. Die moralisch-politische Ökonomie des „Dialogtisches“ produzierte nun edle Spender und reich Beschenkte; ein System, das inmitten des andauernden Konfliktes um Chichigalpas CKD-Epidemie stabil schien. Als das MediatorInnenteam des CAO die mögliche Inklusion weiterer Parteien zur Sprache brachte, lehnten die beiden „Dialogpartner“ einstimmig ab: nur „falls das Thema einer Sitzung es verlange“, wollte man sie einladen (CAO 2009c: 4).

Die Parteilichkeit der Fakten

Zur Erforschung von Chichigalpas CKD-Epidemie durch die Boston University School of Public Health, 2009-2012

Als der „Dialogtisch“ 2009 begann, sich mit seiner zweiten Zielsetzung, der „Erforschung der Ursachen“ von Chichigalpas CKD-Epidemie, zu beschäftigen, zirkulierten über eben jene Ursachen allerhand Behauptungen, die sich grob in drei Gruppen unterteilen lassen. Die Behauptungen der ersten Gruppe unterstellten, das westnicaraguanische CKD würde sich nicht von der in den Industrienationen gängigen Niereninsuffizienz unterscheiden und wäre demnach auf den bekannten Cluster Ernährung, Übergewicht, Bluthochdruck und Diabetes zurückzuführen. Die Behauptungen der zweiten Gruppe stilisierten die Krankheit als Mysterium und Enigma, das bisher noch alle Wissenschaftler vollkommen ratlos zurückgelassen hätte.

⁴ Vgl. dazu Wesseling et al. 2012: 8, NHLCS 2009, NSEL 2010b, ASOCHIVIDA 2012 mit Cuadra et al. 2006, Rel-UITA 2006.

Die dritte Gruppe vermutete die Ursachen im Feldarbeitsbereich und ging von einem Zusammenhang mit schwerer körperlicher Arbeit, einer Schädigung durch Pestizide und Düngemittel oder von einem Zusammenspiel dieser Faktoren aus.

All diese bestehenden Behauptungen und Theorien sollten für den „Dialog“ jedoch keine Rolle spielen. Wie beschrieben beabsichtigte das Mediationsprojekt, mit der geplanten Erforschung der Ursachen von ganz vorne zu beginnen. Die zur Gründung des „Dialoges“ vorgestellte Begründung dafür war simpel: beide Parteien sollten mit ihren Vermutungen zu den Ursachen gleichermaßen berücksichtigt werden, damit die Ergebnisse der Forschung dann auch von beiden Seiten anerkannt würden. So war etwa bekannt, dass ASOCHIVIDA einen Zusammenhang zwischen CKD und den von NSEL verwendeten Agrochemikalien und eine möglicherweise daraus folgende Verschmutzung des Trinkwassers vermutete. Die SprecherInnen von NSEL hatten hingegen wiederholt den Alkohol- und Schmerzmittelkonsum und die genetische Veranlagung der Feldarbeiter als mögliche Ursachen ins Spiel gebracht. Im Gründungsdokument des „Dialogisches“ waren der geplanten Forschung folgende Fragen zugrunde gelegt worden:

- „1) What are the causes of CRI in the Western Zone (Zona del Occidente) of Nicaragua – an area that includes the Ingenio San Antonio and its sugarcane plantations?*
- 2) Is there any relationship between the practices of the Ingenio San Antonio and the causes of CRI?“*

(CAO 2009d: S. 1)

Die VertreterInnen von ASOCHIVIDA und NSEL waren sich einig, dass diese Fragen auf eine „*independent, professional and scientifically credible in an international context*“ (S. 2) Art und Weise beantwortet werden sollten. Im Rahmen eines internationalen Ausschreibungsverfahrens erteilten sie einem Studienentwurf der Boston University School of Public Health – BUSPH den Zuschlag für die Auftragsforschung. Der nach Konsultation mit dem „Dialogisch“ vorgelegte Forschungsentwurf sah schließlich vor, dass die WissenschaftlerInnen der Boston University über die Dauer von zweieinhalb Jahren verschiedene Agrochemikalien, Dehydrierung, Muskelschäden, systemische Infektionen, Schwermetalle, Uran, Aristolochiasäuren, Schmerzmittelkonsum, Alkoholismus und *lija*-Konsum⁵, Nierensteine, Diabetes, Bluthochdruck, Glomerulonephritis, Harnwegsinfekte und genetische Veranlagung gemeinsam und jeweils für sich als mögliche Ursachen der Epidemie untersuchen sollten.

Um sich den unterschiedlichen Hypothesen nacheinander widmen zu können, sollte das dafür notwendige Datenmaterial in einzelnen Teilschritten erhoben werden. Der Entwurf der BUSPH sah dafür unter anderem die Entnahme von Umgebungsproben (Anbauflächen und Grundwasser), Blut- und Urinproben, die Beobachtung des Arbeitsalltags, eine Kohortenstudie mit Angestellten des ISA, die Auswertung von Krankenakten und posthume Nierenbiopsien vor. In der folgenden Phase der externen Begutachtung, in der nicht involvierte ExpertInnen das Forschungsvorhaben kritisch beurteilen sollten, sorgte das sehr breit gefasste Vorhaben jedoch für Irritationen: der „Dialogisch“ „*should not get distracted*“, viele

⁵ Selbstgebrannte Spirituosen aus Zuckerrohr-Molasse.

der vorgeschlagenen Hypothesen „do not follow the epidemiological pattern observed“ (CAO 2009e: S. 203). In ihrer Beantwortung der Kritik überraschten die BUSPH-ForscherInnen mit der Feststellung, dass es immerhin nicht nur um die Schaffung von Ergebnissen ginge – ein Ziel sei auch „to increase the acceptance of the results“ (S. 204).

Die ForscherInnen hatten sich also zu einem gewissen Grad den Grundgedanken der Mediation zu eigen gemacht, die ja auch die Bedingungen ihrer Akzeptanz durch die TeilnehmerInnen immer erst *mitproduzieren* musste: dafür zu sorgen, dass beide „Dialogpartner“ nicht vom Tisch aufstanden (vor allem aber nicht der Mächtigere der beiden, der weniger zu verlieren hatte als der andere und seinen Platz im Falle einer Meinungsverschiedenheit daher eher aufgeben würde). Die Inklusion unwahrscheinlicher Vorschläge und Hypothesen geschah im Namen der Gleichheit der TeilnehmerInnen, aber sie reproduzierte stattdessen abermals ihre Ungleichheit. Denn angesichts der voranschreitenden Epidemie wäre die Herstellung von Handlungsfähigkeit in der Prävention von Erkrankungen eine naheliegende Priorität für eine Ursachenforschung gewesen. Dass nun eine Liste mit den Hypothesen der „Dialogpartner“ abgearbeitet werden sollte, unter denen die unwahrscheinlichen ebenso wie die wahrscheinlichen Hypothesen gleichermaßen Ressourcen in Anspruch nehmen sollten, begünstigte unvermeidlich jene Beteiligten, die mehr Zeit hatten, weil sie nicht in kranken oder hungernen Körpern steckten. Ich erwähne das, weil es wichtig ist, zu sehen, dass auch die Konzeption einer „*independent, professional and scientifically credible in an international context*“ Forschung eine Politik enthält. Diese Politik wird noch deutlicher, wenn die „wissenschaftlichen Fakten“ erst produziert sind. Ich schreibe „produziert“, nicht „aufgefunden“ oder „festgestellt“, weil ich wissenschaftliche Fakten im Folgenden als Ressource betrachte, die nicht für jeden gleichermaßen nutzbar ist.

Als beispielsweise im Herbst 2010 erste Teilergebnisse der Forschung eintrafen, die unter anderem formulierten, dass die Arbeitspraktiken und -chemikalien des ISA keine anerkannten Ursachen für IRC seien, jubilierte das Unternehmen in Richtung seiner KritikerInnen außerhalb des „Dialogs“:

„Eigentlich war seit [ANAIRC] mit ihren Abenteuern begonnen bekannt, dass wir die Chronik einer vorangekündigten Niederlage miterlebten. Und wie hätte es auch anders sein können, wenn sie während dieser Monate keinen einzigen Test, keine Studie oder Untersuchung vorlegen konnten, die ihren kuriosen Anschuldigungen ein Minimum an Substanz verliehen hätten [...].

Was ihr Schicksal besiegelte, waren die jüngsten Erkenntnisse der Boston University of Public Health, die kürzlich den Abschlussbericht ihrer Studie über die Arbeitshygiene in der Fabrik San Antonio (ISA) vorlegten und darin feststellten, dass es keine Beweise dafür gäbe, dass die Arbeitspraktiken des Unternehmens CKD bei seinen Arbeitern verursachen [...]. Wir haben keinen Beweis dafür gefunden, dass die aktuellen Arbeitspraktiken und die in der Vergangenheit und Gegenwart verwendeten Chemikalien allgemein als Ursachen von CKD akzeptiert sind‘, gibt der Bericht an, der am 30. August dieses Jahres vorgestellt wurde.

Auf Basis der Untersuchung, die in diesem Bericht beschrieben ist, konnten wir keine Beweise dafür finden, dass die Praktiken und die vom ISA verwendeten Chemikalien CKD bei den Arbeitern verursachen. Festzustellen, ob tatsächlich ein Zusammenhang besteht, wird die Schaffung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse benötigen‘, bekräftigten die Forscher. Die Studie, die dieser angesehenen Universität übertragen wurde, war das Produkt einer Übereinkunft zwischen Nicaragua Sugar und

ASOCHIVIDA, der wichtigsten Nierenkranken-Organisation des Landes, im Rahmen eines Dialogs, der vom CAO der Weltbank in der Absicht einberufen wurde, Beweise zu ermitteln, die die Arbeitspraktiken des ISA mit CKD in Verbindung bringen. [...] Glücklicherweise konnte diese Lüge, unter anderem dank der Möglichkeiten der modernen Kommunikation, nicht weiter fortschreiten. Zweifellos ist dies eine wichtige Lektion für jene, die in Zukunft versuchen wollen, den guten Willen der vielen ehrlichen Leute, die es auf der Welt gibt, zu missbrauchen.“

(Grupo Pellas 2010)

Die hier zitierte Teiluntersuchung bezog sich auf die Industriehygiene und die arbeitsmedizinischen Bedingungen im ISA (CAO 2010). Diese hatte das Ziel gehabt, herauszufinden, ob Arbeitspraktiken oder Chemikalien, die im ISA verwendet wurden, nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft als CKD-Verursacher bekannt und akzeptiert wären („... son generalmente aceptados como causantes de la enfermedad renal crónica.“, S. 4). Als die ForscherInnen diese Faktoren im ISA hinsichtlich ihrer Wahrscheinlichkeit als Ursache der CKD-Epidemie beurteilten, beruhte ihre Einschätzung auf einer Durchsicht der vorhandenen Fachliteratur. Anstatt der überraschenden Erkenntnis, die in der Außendarstellung von NSEL schon zu einer Art „Freispruch“ geriet, untermauerte die Forschung damit lediglich ihre eigene Ausgangsprämisse: wäre ein solcher Zusammenhang gegeben, bedürfe es neuer Forschungsergebnisse, um ihn zu beweisen.⁶ Beispielsweise bestünde eine „starke Beweislage“, dass zwei der im ISA verwendeten Agrochemikalien zu akuten Nierenschäden führen könnten (und bei vier weiteren „gute Beweislage“). Doch die Beziehung zwischen akuten Nierenschäden und der Herausbildung von CKD wäre schlichtweg nicht ausreichend erforscht, zudem fehlten Daten über die Dauer, Frequenz und Intensität, mit der Feldarbeiter diesen Chemikalien überhaupt ausgesetzt sein könnten (S. 46).

Die Bedeutung dieses wissenschaftlichen Faktums war für die beiden „Dialogpartner“ eine jeweils andere: die CKD-Betroffenen von ASOCHIVIDA waren einer Lösung ihres epidemischen Dilemmas genau so nahe und davon genau so weit entfernt wie zuvor – es berührte nicht ihre Ansprüche oder Hoffnungen, und es veränderte auch ihre in der Beschwerde ausgeführte Argumentation nicht. Dagegen geriet dieses für sich genommen recht triviale Detail in den Händen von NSEL's PR-Personal bereits zur Ressource und konnte genutzt werden, um sich von der Epidemie zu distanzieren – das Unternehmen schien nun einen Schritt weiter entfernt von deren Ursachen. Dies war möglich geworden, da die Studien der BUSPH für ihre Vermarktung mit dem Nimbus der westlichen Wissensproduktion versehen wurden: In NSEL's Darstellung erschienen die US-amerikanischen ForscherInnen als eine Autorität von weit weg, die jene kühle Rationalität und Neutralität mit sich brachte, die von lokalen Forschungseinrichtungen eben nicht zu erwarten sei.⁷ Diese zu kritisieren, so der Subtext, wäre höchstens der Beweis für die Korruption des Lokalen.

⁶ „Esta conclusión no descarta la posibilidad de que uno o más de estos agentes puedan de hecho causar IRC, pero nuevo conocimiento científico y nueva comprensión científica serán necesarios para establecer si existe de hecho algún vínculo. Con el fin de desarrollar este nuevo conocimiento, las siguientes fases de nuestro trabajo se enfocarán en recoger información adicional sobre exposición y salud e investigar su posible conexión con la IRC, tanto dentro del ISA como en otras áreas del Occidente de Nicaragua“ (CAO 2010: S. 64).

⁷ Dazu passt auch, dass der „Dialogtisch“ den ForscherInnen der BUSPH lokale Kollaborationen und die Zusammenarbeit mit allen zentralamerikanischen Forschungseinrichtungen, die zuvor zu dem Thema gearbeitet hatten, untersagte (CAO 2009f: S. 2).

Ein Jahr später präsentierte das Team der BUSPH den Abschlussbericht der Ursachenforschung. Dieser beinhaltete nun durchaus konkrete Ergebnisse. So konnten beispielsweise verschmutztes Trinkwasser oder eine Vergiftung durch Schwermetalle als Ursachen ausgeschlossen werden, und ein erhöhtes CKD-Aufkommen hatte sich auch bei Bergleuten und Bauarbeitern nachweisen lassen. Die „kausalen Ursachen“ der Epidemie konnten die BUSPH-ForscherInnen jedoch nach wie vor nicht benennen. Als eine Art „beste Vermutung“ schlägt ihr Abschlussbericht die Untersuchung von chronischer Dehydrierung (Volumendepletion) und Muskelschäden bei den Feldarbeitern in Zusammenhang mit akuten Nierenschädigungen für eine zukünftige Erforschung vor.

Während Volumendepletion und Muskelschäden auf einen Zusammenhang mit schwerer körperlicher Arbeit bei tropischen Temperaturen verweisen, könnten regelmäßige akute Nierenschädigungen durch Agrochemikalien, aber auch durch andere Faktoren (z. B. vor dem Einstieg in die Arbeitswelt) verursacht werden. NSEL hatte also mit seinen öffentlichen Behauptungen gewissermaßen Recht behalten: ein kausaler Zusammenhang zwischen einer Agrochemikalie, einem bestimmten Prozess der Feldarbeit mit Chichigalpas CKD-Epidemie hatte sich auch in den folgenden Teilstudien nicht nachweisen lassen. Wie die Berichte der BUSPH-ForscherInnen nachvollziehbar beschreiben, lässt auch die Präsenz von potenziell schädlichen Faktoren am ISA keine Schlüsse über das Ausmaß und die Häufigkeit zu, in dem Feldarbeiter diesem Faktor schließlich in der Praxis ausgesetzt seien, zumal eine monokausale Ursache sehr unwahrscheinlich sei.

Die Forschungsergebnisse der BUSPH drängten manche Vermutungen der TeilnehmerInnen in die Unwahrscheinlichkeit und machten sie vernachlässigbar. Wieder andere Hypothesen hatten neue Fragen aufgeworfen, und einige wenige hatten sich schließlich, natürlich nur tentativ, als vielversprechender Fokus zukünftiger Forschungen angeboten. Nun lagen diese Erkenntnisse als Produkte einer international renommierten Forschungseinrichtung vor – jener institutionalisierten Wissensproduktion also, über die die protestierenden Plantagenarbeiter aus Westnicaragua mit ihren selbst kompilierten Totenlisten eben nicht verfügt hatten.

Vergleichen wir diese Ergebnisse mit einer Stellungnahme des Vorsitzenden der *Comisión Salud y Seguridad Social* im nicaraguanischen Parlament, der sich im März 2009, just zu dem Zeitpunkt, als der CAO seine Studie international ausgeschrieben hatte, zur Epidemie geäußert hatte: *„Es wurde bewiesen, dass die höchste Konzentration von CKD dort bei den Zuckerrohrplantagen ist... Es gibt keinen Zweifel, dass CKD eine multifaktorielle Krankheit ist... Es gibt Dinge, die bereits klar sind und bei denen es nichts zu entdecken gibt. Es ist klar, dass es Risikofaktoren für CKD in den [Zucker]fabriken gibt, dass bestimmte nephrotoxische Produkte in den Fabriken verwendet werden ... dass es Ernteformen gibt, die Störungen und Krankheiten verursachen. Also muss man ... auf eine strategische und ernste Weise darüber nachdenken, die Produktionsweise zu ändern.“*

(Gustavo Porras zit. in Rel-UITA 2009)

Porras bezieht sich auf lokale Forschungen, die im Jahr 2004 bereits ausreichend für das nicaraguanische Parlament waren, IRC im Sinne des Arbeitsrechtes als arbeitsbedingte Erkrankung einzustufen (siehe auch Rumpporter 2018b). Die Gegenüberstellung zeigt die Argumentation in zwei parallelen Registern: einem wissenschaftlichen, in dem etwas erst

bewiesen ist, wenn alle Unbekannten eliminiert wurden – und in einem politischen, das darauf abzielt, „ausreichendes“ Wissen anzuhäufen, um Entscheidungen treffen und rechtfertigen zu können. Die Auftragsforschung der BUSPH hatte neben dem Konflikt um politische Verantwortung eine zweite Debatte etabliert: unter den neuen Parametern forensischer Genauigkeit schien die Frage nach Verantwortlichkeit auf unbestimmte Zeit aufgeschoben. Die erklärte Unsicherheit über das zeitliche und kausale Zusammenwirken unterschiedlicher und möglicherweise unbekannter Faktoren ließ bestehende Schlussfolgerungen (denen noch dazu der Makel der Lokalität anhaftete) als zu partikular wirken, um noch einen Wahrheitsanspruch stellen zu können.

Dennoch konnten die Forschungsergebnisse den Konflikt nicht befrieden, denn die „Eckpunkte“ der politischen Kritik an NSEL bestanden weiterhin: Die höchste CKD-Konzentration des Landes war nach wie vor „dort, bei den Zuckerrohrplantagen“. CKD war nach wie vor „multifaktoriell“. Nach wie vor bestanden Risikofaktoren in der Ernte und wurden nierenschädliche Produkte auf den Feldern eingesetzt, wie die Berichte der BUSPH ja selbst beschreiben – auch wenn die Kausalkette zwischen allen diesen Umständen je nach Standpunkt ebenso unklar oder ebenso klar war wie zuvor.

Schlussfolgerung

Die Produktion von Mediationserfolg in der Epidemie

Dieser Text handelte vordergründig davon, dass eine Gruppe kranker ArbeiterInnen mit der Teilnahme an einem Mediationsprogramm der Weltbank einen neuen Weg beschritt, um ihre Interessen zu verhandeln. Er handelt davon, was mit ihren Anliegen geschah: sie wurden immer kleiner, technischer und beschränkter, damit sie im gesetzten Rahmen bearbeitet werden konnten. Im Konzept des „Dialoges“ wurde die Konfliktgeschichte von Chichigalpas CKD-Epidemie überschrieben, die Masse der CKD-Betroffenen durch den „Platzhalter“ ASOCHIVIDA ersetzt. Obwohl die Hierarchie zwischen den „Dialogpartnern“ durch die Mediation nicht aufgehoben, sondern vertieft wurde, erhielt diese Gruppe Zugang zu neuen Ressourcen und gewann an Einfluss. Die vom „Dialogtisch“ kommissionierte Forschung konkurrierte in der Praxis mit der Feststellung politischer Verantwortlichkeit. Und die Autorität, die der institutionalisierten Wissensproduktion und ihrem Fokus auf lückenlos dokumentierbaren Kausalketten in diesem Zusammenhang verliehen wurde, begünstigte, die Ergebnisse der Forschung im Diskurs der Durchsetzung von präventiven Maßnahmen gegenüberzustellen.

Beide „Dialog“-TeilnehmerInnen und die MediatorInnen des CAO feierten die Zusammenarbeit als Erfolg und als Triumph des Mediationsgedankens: Wenn man nur miteinander spricht, können beide Seiten in einem Konflikt profitieren. Ihr Jubel stand jedoch im Gegensatz zu einer Epidemie, die beinahe unberührt weiter existierte: sie brachte nach wie vor massenhaften Tod und Verarmung mit sich, führte nach wie vor zu Verteilungskämpfen unter den Armen und warf nach wie vor Fragen nach der politischen Verantwortung und den Konsequenzen auf.

Dies führt zum zweiten, hintergründigen Argument dieses Textes, das sich mit dem Repertoire der *Sozialen Unternehmensverantwortung* beschäftigt, oder vielmehr mit einer bestimmten Fähigkeit dieses Repertoires: der Fähigkeit, inmitten katastrophaler Zustände strahlende

Erfolge zu ermöglichen. Dass es sich um einen solchen handelte, daran bestand unter den TeilnehmerInnen und den MediatorInnen kein Zweifel: kaum ein Monat verging, in dem nicht einer der Involvierten den Erfolg öffentlich verkündete oder den jeweils anderen für ihre Kooperativität dankte. Gleichzeitig sprach augenscheinlich viel gegen einen „Erfolg“. Wenn das Ziel des „Dialoges“ die Erhebung der Ursachen der Epidemie und die Verbesserung der Situation der Betroffenen gewesen war, wäre er gescheitert, da er erstere bis zuletzt nicht benennen konnte und zweiteres, sofern messbar, nur für einen Bruchteil der stetig wachsenden Zahl an CKD-Kranken eingetreten war. Wenn er, wie KritikerInnen behaupteten, nur ein Instrument des Unternehmens gewesen war, durch Wohltätigkeit Kritik abzuwehren, wäre er ebenfalls gescheitert – denn im Kern war die Kritik an NSEL immer dieselbe geblieben. Tatsächlich schien der Konflikt in Chichigalpa 2014, zwei Jahre nach der offiziellen Beendigung der Mediation, wieder an seinem Ausgangspunkt angekommen: Proteste und Zusammenstöße mit der Polizei, Märsche nach Managua, Zeltlager und Boykottkampagnen gegen NSEL folgten aufeinander. Eine Strategie zur nachhaltigen Bekämpfung der Epidemie schien nicht in Sicht, und der schwelende Konflikt, der Menschen in Chichigalpa ihren Überlebenskampf gegeneinander austragen ließ, war, wenn überhaupt, durch den „Dialog“ noch verschlimmert worden.⁸

Ist die Behauptung eines „erfolgreichen Dialoges“, in dem sich alle Parteien so kooperativ und verantwortungsbewusst wie erhofft gezeigt hatten, also eine Selbsttäuschung, oder schlimmer: eine Lüge? Nicht, wenn er unabhängig von seinen Auswirkungen erfolgreich sein konnte. Die Entstehung des „Dialoges“ wurde von Definitionsschritten begleitet, die zusammen mit den Eckpunkten des „Problems IRC“ die Bedingungen seiner Lösbarkeit mit schufen – die Marker, die später allen Beteiligten eine Klassifikation als „Erfolg“ ermöglichen würden, waren Teil der kreativen Arbeit, in der festgelegt wurde, worin das Problem, die Unklarheiten, die Betroffenen und deren Bedürfnisse eigentlich bestünden (Garsten/Jacobsson 2011: S. 380, Cross 2016: S. 121). Überschaubare, widerspruchsfreie, leicht verwaltbare Personengruppen und Sachverhalte und ein konsensualer Ausgangs- und Endpunkt der Mediation waren für diese „Architektur des Erfolges“ zentrale Zutaten. Jene historischen Tatsachen, lokalen Umstände und Personengruppen, die dieser Verwaltbarkeit im Weg standen, fanden in die Situationsbeschreibungen des CAO erst gar keinen Eingang. In Summe ergab sich ein vereinfachtes Abbild von Chichigalpas CKD-Krise, innerhalb dessen es möglich war, mit den verfügbaren Ressourcen sichtbare Effekte zu produzieren (Kapelus 2002): echte Menschen stehen vor neuen Gebäuden, echte Menschen halten gespendete Waren in ihren Händen.

Es ist dieses Vorgehen, das David Mosse in Zusammenhang mit Entwicklungshilfe als „die soziale Produktion von Entwicklungserfolg“ (2005) beschrieb. Dem entsprechend charakterisierte auch NSEL seine Hilfsleistungen als „humanitäre Hilfe“ (NSEL 2010a). In diesem Umstand spiegelt sich das von ForscherInnen angemerkte Naheverhältnis zwischen Entwicklungspolitik und dem Bereich der Sozialen Unternehmensverantwortung wieder: als Teilschritt neoliberaler Globalisierung, in dem die „Entwicklungsaufgabe“ von den Staaten in den Privatsektor wandere, seien auch die Diskurse und Technologien des einen Segments in das andere überführt worden (Blowfield/Dolan 2008, Sharp 2006). Diese Beobachtung beim Wort zu nehmen und Soziale Unternehmensverantwortung im Kontext von Chichigalpas

⁸ Zumindest dies ist leicht erklärbar, hatte der „Dialog“ doch in Wahrheit nicht „beide Seiten eines Konfliktes“ an einen Tisch gebracht, sondern vielmehr der gesellschaftlichen Auseinandersetzung um die Epidemie eine weitere „Seite“ hinzugefügt.

CKD-Krise als „Technologie“ zu betrachten, bringt zwei Aspekte des „Dialogtisches“ auf den Punkt: Neue Technologien machen Dinge möglich, die davor undenkbar schienen; und neue Technologien ruhen auf den Schultern von SpezialistInnen, die ihren Einsatz anleiten. Im Falle von Chichigalpas CKD-Krise waren die MediatorInnen des CAO die SpezialistInnen, und sie benannten ihre Siege selbst: *„One of the most powerful outcomes of a dispute resolution process is its ability to redefine and transform relationships. This case is a strong example of this potential. [...] The dialogue process gave both parties, ASOCHIVIDA and NSEL, an opportunity to move beyond blame and start looking for joint solutions.“* (CAO 2015, S. 10).

Dass der „Dialog“ sich in einem schwierigen Verhältnis zu seinem „Außen“ und der real bestehenden Epidemie verhielt, war den MediatorInnen natürlich bewusst, und sie erkannten seine Limitierungen an: *„Although the outcomes of the CAO process were substantial for ASOCHIVIDA and NSEL, the needs of those suffering from the disease are wider and deeper than what can be addressed by a single and local process. CKD touches upon issues related to access to and quality of health care, employment opportunities, socioeconomic development and medical research, many of which are dependent on the government of Nicaragua and other regional and international actors“* (S. 9).

Letztlich bestünde der Erfolg nicht in einer Beziehung zu äußeren Gegebenheiten – sondern vielmehr in sich selbst: *„ASOCHIVIDA evolved from a small group demanding compensation into an organization with more than 2,200 members, running diverse projects. Company representatives are continuing to work with the public and private sectors in overcoming the impacts of CKD. When the conditions are right for dialogue, building collaborative relationships in a complex and highly charged setting becomes possible.“* (CAO 2016: S. 15).

Der wahre „Erfolg“ ist also der „Dialog“ selbst – er kann es sein, weil er sich eben nicht an seinen Auswirkungen misst. Dennoch hatte er Auswirkungen. Sie entsprachen der Umverteilung von Erfolg in einer Konfliktsituation: einer politischen Intervention.

Quellenverzeichnis

- Blowfield, M., Dolan, C. 2008. Stewards of Virtue? The Ethical Dilemma of CSR in African Agriculture. *Development and Change* 39 (1): 1-23.
- CAO 2008a: Informe de Evaluación Para Las Partes Interesadas. Referente a preocupaciones de la comunidad y de la sociedad civil relativas a actividades de Nicaragua Sugar Estates Limited (NSEL), Nicaragua.
- CAO 2008b: Acuerdo Marco para el Diálogo sobre Insuficiencia Renal Crónica. 20 de noviembre de 2008.
- CAO. 2009a. Needs Assessment. Options to improve immediate and long-term care for people suffering from Chronic Renal Insufficiency.
- CAO. 2009b. Proceso de Diálogo sobre Insuficiencia Renal Crónica. Resumen del Facilitador. 3 de Abril de 2009.
- CAO. 2009c. Proceso de Diálogo sobre Insuficiencia Renal Crónica. Resumen del Facilitador. 30 de Septiembre de 2009.
- CAO. 2009d. Terms of Reference. Epidemiology Scoping Study for Chronic Renal Insufficiency in Nicaragua.
- CAO. 2009e. Final Scoping Study Report. Epidemiology of Chronic Kidney Disease in Nicaragua.
- CAO. 2009f. Proceso de Diálogo sobre Insuficiencia Renal Crónica. Resumen del Facilitador. 30 de Abril de 2009.
- CAO. 2010. Evaluación de Higiene Industrial / Salud Ocupacional. Evaluando Peligros Potenciales Asociados con Químicos y Prácticas de Trabajo en El Ingenio San Antonio (Chichigalpa, Nicaragua). Informe Final. 30 Agosto, 2010.
- CAO. 2012. Detailed breakdown of aid provided by NSEL through CAO process.
- CAO. 2015. Dispute Resolution Conclusion Report. Nicaragua Sugar Estates Limited-01.
- CAO. 2016. Building Hope and Health Through Dialogue. A Story of Company-Community Dispute Resolution in Nicaragua.
- Cross, J. 2016. Detachment as a corporate ethic: Materializing CSR in the diamond supply chain. In Dolan, C., Rajak, D. (eds.): *The Anthropology of Corporate Social Responsibility*. New York: Berghahn. 110-27.
- Cuadra, S. N., Jakobsson, K. Hogstedt, Ch., Wesseling, C. 2006. Chronic kidney disease: Assessment of current knowledge and feasibility for regional research collaboration in Central Heredia, Costa Rica: SALTRA, IRET-UNA.
- Garsten, Ch., Jakobsson, K. 2011. Transparency and legibility in international institutions. *The UN Global Compact and post-political global ethics*. *Social Anthropology* 19 (4): 378-93.
- Grupo Pellas. 2010. Sobre Boicot a Grupo Pellas: Universidad de Boston concluye que no hay evidencias que vinculen a Nicaragua Sugar con la IRC. 11 septiembre 2010. grupopellas.word-press.com.
- Kapelus, P. 2002. Mining, Corporate Social Responsibility and the "Community": The Case of Rio Tinto, Richards Bay Minerals and the Mbonambi. *Journal of Business Ethics* 39: 275-96.
- NSEL. 2010a. Nicaragua Sugar y la IRC. Enfermos renales reciben ayuda humanitaria. laverdadnssel.com
- NSEL. 2010b. Avanza el proceso de diálogo entre el Ingenio San Antonio y ASOCHIVIDA. Diálogo entre Nicaragua Sugar, miembro del Grupo Pellas, y ASOCHIVIDA sobre IRC. laverdadnssel.com
- Mosse, D. 2005. *Cultivating Development. An Ethnography of Aid Policy and Practice*. London: Pluto.
- NHLSCP. 2009. Nicaragua Sugar Estates / Chronic Renal Insufficiency Struggle Background. September 2009. New Haven / León Sister City Project (NHLSCP).
- ASOCHIVIDA. 2012. Noticias. Asociación Chichigalpa por la Vida (ASOCHIVIDA) Pronunciamento. asochivida.org.ni
- Rel-UITA. 2006. La chatarra humana del occidente. El drama y la lucha de los cañeros. Testimonios de ex trabajadores y viudas. 7. Feb. 2006. Trucchi, G. rel-uita.org.
- Rel-UITA. 2009. Parlamentarios apoyan la lucha de los cañeros. ANAIRC y otras organizaciones se reúnen con diputados. 21. März 2009. Trucchi, G. rel-uita.org.
- Rumporter. 2018a. "Rest, Water and Shade": Interview of Jason Glaser from la Isla Network. 11. April 2018. Hugon, C. rumporter.com/en.
- Rumporter. 2018b. Meeting with Marvin Gonzales y Aurora Aragon, Public Health Doctors at the Medical University in León. 7. April 2018. Hugon, C. rumporter.com/en.
- Sharp, J. 2006. Corporate social responsibility and development. *An Anthropological Perspective*. *Development Southern Africa* 23 (2): 213-22.
- Torres, C., Aragón, A., González, M., López, I., Jakobsson, K., Elinder, C.-G., Lundberg, I., Wesseling, C. 2010. Decreased Kidney Function of Unknown Cause in Nicaragua: A Community-Based Survey. *American Journal of Kidney Diseases* 55 (3): 485-96.
- Wesseling, C., Crowe, J., Peraza, S., Aragón, A. & Partanen, T. 2011. Trabajadores de la caña de azúcar. En *Una mirada a las condiciones de trabajo de algunos colectivos especialmente vulnerables*. Madrid: OISS/INSHT.