

***Interkulturelle Gesundheitsversorgung
für die indianische Bevölkerung im Kanton Loreto
in Ecuador***

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Justus – Liebig - Universität Gießen

Vorgelegt von Franziska Simone Göttle
aus München

Gießen 2009

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin
Direktor: Prof. Dr. med. Volker Roelcke
des Fachbereichs Medizin der Justus – Liebig - Universität Gießen

Datum der Disputation: 9.11.2009

Betreuer: Prof. Dr. Roelcke
Gutachter: Prof. Dr. Milch
Prüfungsvorsitz: Prof. Dr. Schäffer
Prüfungsmitglied: Prof. Dr. Schranz

„Ich erkläre: Ich habe die vorgelegte Dissertation selbständig, ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angegeben habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus – Liebig - Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten.“

Inhalt

INHALT.....	I
1 EINLEITUNG	1
2 THEORETISCHE GRUNDLAGEN.....	14
2.1 Anliegen und Ziel der vorliegenden Arbeit	14
2.2 Die Untersuchungsperspektive.....	15
2.3 Theoretische Schlüsselbegriffe	16
3 METHODIK.....	22
3.1 Feldforschung	22
3.2 Die Arbeit mit Informanten: Befragung und Beobachtung	23
3.3 Die einzelnen Phasen der Forschung	26
3.4 Dokumentation	27
4 DER KANTON LORETO IN ECUADOR: DIE REGION UND IHRE BEVÖLKERUNG	29
4.1 Das Land Ecuador	29
4.1.1 Geographie	29
4.1.2 Die Geschichte Ecuadors.....	30
4.1.3 Demographische Daten	36
4.1.4 Die politische Situation	38
4.1.5 Die Wirtschaft.....	43
4.2 Der Kanton Loreto	45
4.2.1 Allgemeine Informationen	45
4.2.2 Die Kichwa - Bevölkerung von Loreto.....	47
4.2.2.1 Historische Wurzeln.....	47
4.2.2.2 Indianische Ethnizität: „Yo soy más indio que tú?“	48
4.2.3 Kulturelle Aspekte der Kichwa.....	52
4.2.4 Die wirtschaftliche Situation in Loreto	55
4.2.5 Familie und Verwandtschaftsstrukturen	59
4.2.6 Soziopolitische Organisation.....	60
4.2.7 Die Entstehung der FONAKIN.....	62

4.2.8	Die lokale Gesundheitssituation	64
4.2.9	Gesundheitsversorgung vor Ort : ein medizinischer Pluralismus.....	66
4.2.9.1	Der formelle Gesundheitssektor: Das Gesundheitsnetzwerk von Loreto	67
4.2.9.1.1	Entstehung, Akteure und Ziele	67
4.2.9.1.2	Aktionen des Gesundheitsnetzes	70
4.2.9.1.3	Institutionen des Netzwerks	71
4.2.9.2	Der informelle Gesundheitssektor	75
5	ERGEBNISSE: SCHWERPUNKTE GESUNDHEITLICHER VERSORGUNG IN LORETO	76
5.1	Die Gesundheit der Frau - Interkulturelle Konzepte zur Senkung von Mütter - und Kindersterblichkeit	76
5.1.1	Auswahlkriterien	76
5.1.2	Das Konzept des casa del parto und seine Akzeptanz in der Bevölkerung.....	77
5.1.3	Gründe für die niedrigen Zahlen institutioneller Vorsorge, Geburt und Nachsorge	79
5.1.4	Die Bedeutung der traditionellen Hebammen für die Dorfgemeinschaft	88
5.1.5	Zusammenfassung und Bewertung des Themas für eine interkulturelle Medizin	90
5.2	Der paju	93
5.2.1	Auswahlkriterien und Literaturübersicht	93
5.2.2	Allgemeine Bedeutungsinhalte von paju	94
5.2.3	Krankheitsbezogene Bedeutungsinhalte von paju.....	98
5.2.4	Zusammenfassung und Bewertung des Themas für eine interkulturelle Medizin	101
5.3	Die yachak	104
5.3.1	Etymologie	104
5.3.2	Auswahlkriterien	105
5.3.3	Ausbildung und Voraussetzung.....	107
5.3.4	Aufgabenbereiche der yachak von Loreto.....	110
5.3.5	Arbeitsweise und Therapieoptionen	116
5.3.6	Bewertung der yachak durch die Kichwa-Bevölkerung	120
5.3.7	Zusammenfassung und Bewertung des Themas für eine interkulturelle Medizin	122
5.4	Heilpflanzen	124
5.4.1	„Heilpflanzen“ und „traditionelle Medizin“: Kontexte.....	124
5.4.2	Pflanzenmedizin in Loreto: Ihre Nutzer und die konkrete Anwendung der Pflanzen.....	128
5.4.3	Erfahrungen und Probleme mit Heilpflanzen in Loreto.....	132
5.4.4	Projekte der FONAKIN in Bezug auf Heilpflanzen	137
5.4.5	Heilpflanzen, die typische traditionelle indianische Medizin?	140
5.4.6	Zusammenfassung und Bewertung des Themas für eine interkulturelle Medizin	141
5.5	Gesundheitsversorgung in Loreto: Die verschiedenen Sichtweisen der lokalen Akteure	144

6	RESÜMEE: „INTERKULTURELLE MEDIZIN“ IN LORETO UND DARÜBER HINAUS.....	149
6.1	“Interkulturelle Medizin“ aus der Sicht der indianischen Bevölkerung	149
6.2	Interkulturelle Elemente in der Gesundheitsversorgung in der Region Loreto: Der Status quo.	150
6.3	Perspektiven für eine „interkulturelle Medizin“ in Loreto und darüber hinaus.....	158
7	ZUSAMMENFASSUNG.....	163
8	LITERATURVERZEICHNIS.....	168
9	ANHANG	I
9.1	Glossar der Kichwa-Begriffe mit Bezug auf ihre lokale Bedeutung in Loreto.....	i
9.2	Identifikation der Informanten.....	ii
9.3	Lebenslauf.....	v
9.4	Danksagung.....	vii

1 Einleitung

Im kleinen Gesundheitszentrum¹ einer indianischen Gemeinde im Amazonasgebiet von Ecuador liegt seit mehreren Stunden eine schwangere Frau auf dem Rücken, ihre Beine sind fest auf die eisernen Fußstützen des gynäkologischen Stuhls geschnallt. Die junge Indianerin hat bereits neun Kinder geboren, aber trotz heftiger Wehen kommt der Kopf des Babys diesmal nicht zum Vorschein. Nach zehn Stunden betritt zufällig die zweisprachige indianische Putzfrau den Raum und übersetzt dem Arzt die leise und schüchtern vorgetragene Frage der Schwangeren, ob sie aufstehen und sich hinknien dürfe, denn in einer liegenden Position könne sie nicht gebären. Der Arzt lehnt dies aus hygienischen Gründen zunächst empört ab und ärgert sich angesichts des dreckigen Fußbodens über den in seinen Augen unverständlichen Wunsch. Einige Zeit später, in seiner Ratlosigkeit was zu tun sei, erlaubt er der Schwangeren schließlich, sich mit Hilfe der Putzfrau auf den Fußboden zu kauern. Nach langen und verzweifelten Stunden im Liegen bringt die Frau das Kind nun innerhalb kurzer Zeit zur Welt.²

Diese Fallgeschichte, geschildert von dem beteiligten Arzt in Erinnerung an eine der ersten Geburten, die er zu Beginn seiner Tätigkeit im Amazonasgebiet zu betreuen hatte, verdeutlicht die Differenzen und Spannungen zwischen indigenen Geburtstraditionen und biomedizinischem Hygieneverständnis.³ Aggraviert wurde die Situation in diesem Fall durch die unzureichenden Kommunikationsmöglichkeiten zwischen der schwangeren indianischen Frau und dem Spanisch sprechenden Arzt

¹ Ein Gesundheitszentrum, bzw. -posten (spanischer Begriff: *subcentro*, bzw. *centro de salud*) beschreibt allgemein ein kleines Haus oder eine Hütte, in dem zumindest zeitweilig, je nach Größe und Ausstattung, ein Arzt bzw. ein indianischer Gesundheitsarbeiter tätig ist. Meist befinden sich dort auch einige Basismedikamente und Untersuchungsutensilien sowie eine Untersuchungsfläche. Vgl. zu diesem Thema auch Kapitel 5.1

² [AM], Interview vom 5.9.2006 in Loreto, die empirische Grundlage dieser Arbeit war eine fünfmonatige Feldforschung im Kanton Loreto/Ecuador von August 2006 - Dez 2006, die durch ein DAAD - Stipendium zur Anfertigung von Abschlussarbeiten finanziert wurde.

³ Die Begriffe „indigen“ und „indianisch“ werden in dieser Arbeit synonym behandelt und beziehen sich inhaltlich auf die Definition von „indigenen Bevölkerungsgruppen“ durch die entsprechenden Gremien und Arbeitsgruppen der Vereinten Nationen (vgl. UN 2004a). Im Kern basiert die Definition indigener Gruppen dabei auf den folgenden vier Punkten: (1) erste Besiedlung einer spezifischen Region (vor späteren Siedlern, Eroberern, Kolonisten etc.), (2) freiwillige Bewahrung kultureller Besonderheiten (z.B. Sprache, Kleidung, spirituelle Orientierung), (3) Selbstidentifikation, (4) Erfahrung (historisch oder gegenwärtig) von Unterdrückung, sozialer Marginalisierung und/oder Vertreibung. Im Einzelfall ist die Definition nicht selten umstritten (vgl. Kap. 2, Bazurco 2006 sowie INEC 2006).

sowie den Emotionen der einzelnen Beteiligten, geprägt von Angst, Verzweiflung, Ärger und Ablehnung. Ohne die Vermittlung der zweisprachigen Putzfrau hätten die Folgen schwerwiegend sein können, denn eine prolongierte Geburt bedeutet ein erhebliches Risiko für Mutter und Kind.

Dies ist nur ein Beispiel für jene, unter anderem auf kulturellen Differenzen basierende Problematik in der Gesundheitsversorgung, mit der sich die vorliegende Arbeit befasst. Im Zentrum der Forschung stand die Frage nach den Möglichkeiten und Bedingungen zur Entwicklung kulturell angepasster medizinischer Versorgungsstrukturen. Dies wurde anhand der spezifischen Situation der indianischen Bevölkerung im Kanton Loreto in Ecuador untersucht.

Damit erörtert und konkretisiert diese Arbeit ein sehr aktuelles Thema, denn indigene Völker und ihre Gesundheit stellen international seit einigen Jahren einen wichtigen Diskussionsgegenstand dar.

So rief die UN im Jahr 2004 eine *„Zweite internationale Dekade der indigenen Bevölkerung der Welt“* (englische Originalbezeichnung: *“second international decade of the world’s indigenous people“*) aus.⁴ Der Grund dafür war, dass gegen Ende der ersten Dekade die UN - Menschenrechtskommission sich eingestehen musste, wie wenig sich die Situation der indigenen Völker innerhalb der letzten Jahre weltweit verbessert hatte. Noch immer wurden indigene Gruppen marginalisiert und gehörten in vielen Ländern weltweit zum ärmsten Teil der nationalen Bevölkerung.⁵ Die Morbiditäts - und Mortalitätsraten der Indigenen übertrafen jene der restlichen Bevölkerung in den meisten Ländern um ein Vielfaches.⁶ Auch die geplante Deklaration über die Rechte indigener Völker, die eines der großen Ziele der ersten Dekade dargestellt hatte, war nicht vollendet worden.⁷ So wurde beschlossen, das formulierte Ziel der ersten Dekade, nämlich die *„Stärkung der internationalen Kooperation zur Entwicklung von Lösungen für Probleme, die sich Indianern in Bereichen wie Menschenrechte, Umwelt, Entwicklung, Bildung, und Gesundheit stellen“*⁸ noch einmal für weitere zehn Jahre zu einem Schwerpunkt der UN - Arbeit zu ernennen und das Engagement zusätzlich auf Gebiete wie Kultur und Wirtschaft auszudehnen.

⁴ http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/en/news_internationalday2008.html (letzter Zugriff: Aug. 2008).

⁵ Vgl. Stephens (2005, S.10).

⁶ Vgl. dazu Stephens (2005 S.10), bzw. Hall und Patrinos (2005).

⁷ <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N04/405/51/PDF/N0440551.pdf> (letzter Zugriff: Aug. 2005).

⁸ http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/en/news_internationalday2008.html (letzter Zugriff: Aug. 2008)

Doch nicht nur die UN sorgt sich um die Gesundheit der indigenen Völker, auch *The Lancet* titelte 2005 *“Indigenous peoples’ health - why are they behind everyone, everywhere?”*. Die desolate gesundheitliche Lage, in der sich indigene Völker weitgehend unbemerkt bzw. ignoriert von Medien und Forschern auch im Jahr 2005 noch befanden, veranlasste die Medizinzeitschrift dazu, eine Serie von Artikeln zum Thema indigene Gesundheit zu veröffentlichen. Richard Horton, der Herausgeber des *Lancet*, sprach von *“overwhelming need for action on Indigenous peoples’ health [...]”* (Horton 2006, S. 1705), und forderte: *“to remove the cloak of invisibility from the shoulders of indigenous peoples”* (ebenda, S. 1707).

Interkulturalität - eine Lösung?

Ein zentrales Stichwort der gegenwärtigen Debatten um eine Verbesserung der medizinischen Situation indigener Gruppen ist „Interkulturalität“, womit grundsätzlich eine Anpassung der Gesundheitsversorgung an Kultur und Identität indianischer Bevölkerungsgruppen identifiziert wird.⁹ So betont beispielsweise die spanische Ethnologin Luisa Abad González: *„Die Anwendung von Kriterien der Interkulturalität wird jedes Mal noch wichtiger, besonders wenn wir die Tatsache betrachten, dass die Raten der Kindersterblichkeit, Morbidität, usw. in indigenen Gebieten, inklusive in jenen, in welchen bereits seit Jahren NROs [Abkürzung für Nichtregierungs - organisation] arbeiten, nicht um den Wert gesunken sind, der wünschenswert gewesen wäre. Die Geißel bestimmter Krankheiten ist noch immer die gleiche und, das ist das Wichtigste, der Grad der gesundheitlichen Zufriedenheit dieser Völker entspricht nicht dem gewünschten“* (González 2004, S. 78).¹⁰

Doch die Vorstellungen, was letztlich unter einer *Interkulturellen Medizin* zu verstehen sei, variieren stark und die Problematik beginnt bereits bei dem Versuch einer Definition des Begriffs *Interkulturalität*; oder wie ein ehemaliger bolivianischer Minister für Bildung es treffend auszudrücken vermag: *“Niemand bezweifelt heute die*

⁹ Forderungen nach einer Interkulturalisierung der Medizin bzw. nach kulturell angepassten Gesundheitsmodellen stellen z.B. die UN (2005), Stephens, C. u.a. (2006), Juárez (2004a), PAHO (2007).

¹⁰ Span. Originalzitat: *„La aplicación de criterios de interculturalidad se hace cada vez más necesario, más aun cuando vemos que las cifras de mortalidad infantil, morbilidad, etc. en territorios indígenas, incluso en aquéllos donde llevan años trabajando ONGs, no se han reducido lo que fuera deseable. El azote de ciertas enfermedades sigue siendo el mismo y, lo más importante, el grado de satisfacción sanitaria de estas poblaciones no es el deseado“* (González 2004, S. 78; übersetzt, genau wie alle folgenden Zitate in dieser Arbeit, von der Verfasserin).

Interkulturalität in Bolivien, aber genauso versteht sie niemand, noch weiß irgend jemand, wie man sie anwenden soll“ (Juaréz 2004b, S. 11).

Diese Unsicherheit spiegelt sich auch in der einschlägigen Literatur zu diesem Thema wider. Die unterschiedlichen Auffassungen der Autoren über die Kriterien, die eine Interkulturelle Medizin bzw. ein interkultureller Prozess erfüllen muss, werden im Folgenden kurz dargestellt. Diese Aussagen sollen die Bandbreite an unterschiedlichen Ansätzen und Schwerpunkten illustrieren.

So definiert der Ethnologe und Jesuit Xavier Albó Interkulturalität sehr allgemein als *„jegliche Beziehung zwischen Personen oder sozialen Gruppen unterschiedlicher Kultur“*¹¹ und legt damit als einziges Kriterium eine Differenz im kulturellen Hintergrund der agierenden Personen bzw. Gruppen fest.

Verdient es also das bloße Zusammentreffen zweier Personen mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund, als interkultureller Prozess klassifiziert zu werden? Oder anders gefragt: Ist die Interaktion zwischen einem indigenen Hausmädchen und der mestizischen Familie, die sich von ihr bedienen lässt, bereits ein interkultureller Prozess? Die belgische Ethnologin Jaquelin Michaux würde dies verneinen, denn für sie gilt: *„Das wesentliche Kriterium der Interkulturalität [...] ist die Einbeziehung der kulturellen Unterschiede in die Interaktion der Subjekte. So passiert es, dass viele interkulturelle Situationen, also jene, in welchen Personen mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund auftreten, es nicht schaffen, einen interkulturellen Prozess hervorzubringen.“*¹²

Unstimmigkeiten zwischen den einzelnen Autoren ziehen sich weiter durch die gesamte Thematik, so dass auch die Bedeutung des Begriffs Interkulturalität im Bereich der Gesundheit, also eine sogenannte „interkulturelle Medizin“, in der Literatur letztlich unscharf und verschwommen bleibt.

„Unter Interkulturalität verstehen wir, das Gemeinsame zwischen dem biomedizinischen Gesundheitssystem und dem indigenen Gesundheitssystem zu verstärken und in der Lage zu sein, diese Vielfalt zu respektieren und zu

¹¹ Span. Originalzitat: *„cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura“* (Albó 2004, S. 65).

¹² Span. Originalzitat: *„El criterio fundamental de la interculturalidad,[...], es la implicación de la diferencia cultural de los sujetos en interacción. Así, muchas situaciones interculturales, es decir, en las cuales intervienen personas pertenecientes a culturas diferentes, no llegan a crear un proceso de interculturación“* (Michaux 2004, S. 115).

bewahren”,¹³ so lautet eine offizielle Definition der *Organización Panamericana de Salud* (OPS 1998, S. 56).¹⁴ Diese Regionalorganisation der WHO zielt in ihrem Verständnis von Interkulturalität also spezifisch auf das Verhältnis zwischen der institutionell etablierten Biomedizin und lokalen Medizintraditionen ab, wie etwa der so genannten „indianischen Medizin“ oder indianischen „Heilern“. ¹⁵ Aus dieser, in Lateinamerika derzeit sehr verbreiteten Perspektive, steht die Kooperation zwischen verschiedenen Formen von „Medizin“ oder auch „medizinischen Systemen“ im Mittelpunkt. Es wird prinzipiell von einer Gleichwertigkeit der unterschiedlichen Medizinsysteme ausgegangen und betont, dass ein Austausch der einzelnen Experten und ihrer Fähigkeiten wichtig ist und gefördert werden sollte. *“Im Gesundheitsbereich bedeutet Interkulturalität deshalb, dass alle Versorgungssysteme im Bereich Gesundheit damit rechnen dürfen, unter gleichen Bedingungen und von jenen Personen, die das traditionellerweise getan haben, praktiziert zu werden, aber es bedeutet auch, dass Mittel und Platz eingerechnet sind für den Austausch von Kenntnissen, Weisheiten, Gaben und Praktiken, die seine Entwicklung, Wiederbelebung und Reproduktion sichern”* (Cunningham 2002, S.8).¹⁶ Der mexikanische Arzt und Ethnologe Roberto Navarro Campos hingegen versteht unter interkultureller Medizin *„die Praxis und den hiermit zusammenhängenden Prozess, die sich zwischen dem medizinischen Personal und den Kranken dort etablieren, wo beide verschiedenen Kulturen angehören und wo ein reziprokes Verständnis benötigt wird, damit die Resultate des Kontaktes (Konsultation, Intervention, Beratung) befriedigend für beide Seiten sind“*¹⁷ (Navarro 2004, S.129). Für ihn stellt interkulturelle Medizin also letztlich ein Mittel dar, durch welches

¹³ Span. Originalzitat: *„la interculturalidad la entendemos como potenciar lo común entre el sistema médico occidental y el sistema de salud indígena y ser capaces de respetar y mantener esa diversidad”* (OPS 1998, S. 56).

¹⁴ Die offizielle Abkürzung für *Organización Panamericana de Salud* (spanisch für: Panamerikanische Gesundheitsorganisation), die auch in diesem Text im Folgenden genutzt wird, ist OPS.

¹⁵ Unter „Biomedizin“ speziell, werden in dieser Arbeit medizinische Praktiken und Wissensbestände verstanden, die in akademischen Naturwissenschaften, insbesondere der Biologie gründen (vgl. zu diesem Thema auch Kleinmann 1995, S. 21-40). Andere Bezeichnungen wie „westliche Medizin“ und „Schulmedizin“ sind für den Kontext dieser Dissertation als synonym zu werten.

¹⁶ *“En el campo de salud, la interculturalidad significa, por lo tanto, que todos los sistemas de salud cuentan con la posibilidad de ser practicadas en igualdad de condiciones por las personas que lo han hecho tradicionalmente, pero también significa que cuentan con los recursos y espacios para el intercambio de conocimientos, saberes, dones y practicas que aseguren su desarrollo, revitalización y reproducción”* (Cunningham 2002, S8).

¹⁷ Span. Originalzitat: *„la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes“*(Navarro 2004, S.129).

Kontakte zwischen Personen unterschiedlicher Kulturen „erfolgreich“ verlaufen können. Der Einzelne muss dabei vor allem Verständnis für die kulturell bedingten Eigenschaften des Anderen aufweisen, sich selbst ein Stück dieser Kultur aneignen muss er nicht.

Andere Autoren betrachten Interkulturalität in der Medizin als Möglichkeit, sich innerhalb differierender Kulturen anzusiedeln und die Potentiale der jeweiligen für sich zu nutzen. In diesem Sinne wird sie definiert als: *„die Kapazität, sich ausgeglichen zwischen Kenntnissen, Meinungen und Praktiken verschiedener Kulturen mit Bezug auf Gesundheit und Krankheit, Leben und Tod, den biologischen, sozialen und relationalen Körper zu bewegen“* (Oyarce 1996, S.79).¹⁸

Doch nicht nur die Definitionen der interkulturellen Medizin sind extrem unterschiedlich, auch die Ansätze der einzelnen Organisationen, Experten und Projekte variieren stark. Darüber hinaus bleiben sie im Hinblick auf die praktische Umsetzung oft wenig konkret.

Und manchmal muss eine Betonung interkultureller Aspekte in der Medizin, was immer darunter von der einzelnen Person auch verstanden wird, leider auch aufgrund existentieller Probleme zurückstecken: *„Die Interkulturalität wäre eine gute Sache in einem schwedischen Krankenhaus, aber hier [in Bolivien] müssen wir bis zur letzten Spritze kämpfen“* (Juárez 2006b, S.10).¹⁹ Der spanische Anthropologe Gerardo Fernandez Juárez, langjähriger Forscher auf dem Gebiet der Interkulturalität, fragt sich sogar zeitweilig, ob sie letztlich nicht nur ein *„versnobtes Hilfsmittel der Ethnologen“*²⁰ sei, bzw.: *„Wird die plötzliche „Mode“ der interkulturellen Medizin mit ihrer politischen Rhetorik, die sie auf den Gesundheitssektor anwendet, eine andere Ausrede für das Jahrhunderte alte Hintenanstellen der amerikanischen indigenen Völker?“* (Juárez 2004, S. 12).²¹ Damit weist er darauf hin, dass eine interkulturelle Öffnung der Medizin Gefahr läuft, sich in Rhetorik bzw. in Pseudolösungen und politisch motivierter Symbol - und Klientelpolitik zu erschöpfen.

¹⁸ Span. Originalzitat: “la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional” (Oyarce 1996, S.79).

¹⁹ Span. Originalzitat: „La interculturalidad estará bien en un hospital sueco, pero aquí tenemos que pelear hasta la última jeringuilla” (Juárez 2006b, S.10).

²⁰ Span. Originalzitat: „recurso snob de antropólogos” (Juárez 2004, S. 12).

²¹ Span. Originalzitat: „Será la repentina “moda” de la medicina intercultural con sus retóricas políticas aplicadas a la salud otra excusa para la secular postergación de las poblaciones indígenas americanas?” (Juárez 2004, S. 12).

Viel wichtiger als das „Etikett“ ist also, wie Projekte interkultureller Medizin schließlich durchgeführt werden.

Das individuelle Verständnis davon, was sich letztlich hinter Interkulturalität allgemein bzw. im Gesundheitssektor verbirgt, bzw. welches die „Mindestanforderungen“ sind, um einen Prozess als interkulturell klassifizieren zu können, variieren also deutlich. Für Einige reicht die Zugehörigkeit der einzelnen Personen oder Gruppen zu unterschiedlichen Kulturen für die Definition eines interkulturellen Prozesses aus. Andere fordern als wichtigstes Kriterium von Interkulturalität, dass dieser kulturelle Unterschied auch einbezogen bzw. thematisiert wird.

Im medizinischen Bereich bedeutet Interkulturalität, abhängig vom Autor, entweder vor allem eine Kooperation auf der Basis (vermutlich) gemeinsamer Inhalte und Werte von indigener Medizin und Biomedizin, die Betonung von gegenseitigem Verständnis über kulturell - ethnische Grenzen hinweg, oder die Fähigkeit, kulturell bedingte persönliche Grenzen zu erweitern bzw. abzustreifen.²² Zusätzlich existieren, wie am Beispiel der Kritik von Juárez gezeigt wurde, durchaus kritische Fragen nach der Anwendbarkeit, also dem realen Bezug von Interkulturalität und nach den unter Umständen sogar negativen Folgen, die sich daraus für die indigenen Völker entwickeln könnten.

Ein historischer Exkurs – die „Vorläufer“ der interkulturellen Medizin

Spezifische Initiativen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung indigener Gruppen gibt es seit vielen Jahrzehnten. Neu an den sogenannten interkulturellen medizinischen Projekten ist zum einen das „ethnische Label“, das Schlagwort unter dem die neuen Strategien gefahren werden, andererseits die explizite Betonung der Anpassung der gesundheitlichen Versorgung an die ethnisch - kulturellen Verhältnisse der Bevölkerung.

Im Jahr 1978 formulierte es die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der Deklaration von Alma Ata als ihr Ziel, bis zur Jahrtausendwende *„ein Gesundheitsniveau zu erreichen, das es allen Bürgern der Erde erlauben sollte, ein*

²² Zu den Schlüsselbegriffen „Kultur“ und „Ethnizität“ vgl. Kapitel 2.

sozial und ökonomisch produktives Leben zu führen“²³. Dieses Vorhaben mündete in den ambitionierten Leitsatz: „Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000“, eine Idee, die durch eine ausreichende Basisgesundheitsversorgung für jeden einzelnen Menschen dieser Erde verwirklicht werden sollte.²⁴

Wichtigste Maßnahme dieser Aktion stellte das *Primary Health Care* Konzept (dt. primäre Gesundheitspflege) dar, ein Programm, das sich im Wesentlichen auf die aktive Beteiligung der jeweiligen Bevölkerung und auf die Nutzung lokal vorhandener Ressourcen wie Personal, Material oder überlieferte Praktiken stützen sollte. Zu den elementaren, aber keinesfalls selbstverständlichen Voraussetzungen gehörte auch die Anerkennung lokaler heilkundlicher Traditionen, welche nicht nur Theorien zur Entstehung und Ursache von Krankheiten hervorgebracht haben, sondern auch Vorstellungen über Möglichkeiten und Mittel zur Heilung der Erkrankten.

Das *Primary Health Care* - Konzept sowie der Einschluss so genannter „traditioneller Medizinen“ und ihrer Vertreter in die gesundheitliche Versorgung war von Anfang an stark umstritten. „*Traditional medicine is not primary health care*“ titelte Boris Velimirovic, ehemaliger Leiter des WHO - Büros in Europa, 1984 in der ethnomedizinischen Zeitschrift *Curare* (S. 64) und behauptete: „*there will be no place anymore at the end of the twentieth century for the widely practised sucking of a stone from the head*“ (1984, S. 66).

Man muss Velimirovic in seiner ersten Aussage nicht zustimmen, auch wenn, wie zuvor aufgezeigt, inzwischen fast dreißig Jahre *Primary Health Care* die Situation der Bevölkerung in vielen Ländern nicht (ausreichend) zu verbessern in der Lage waren. Bei seiner zweiten Aussage jedoch täuschte sich Velimirovic, denn die „traditionelle Medizin“ mit ihren Konzepten und Praktiken hat in den vergangenen Jahren zunehmende Aufmerksamkeit erfahren und wird inzwischen sogar stark politisch-gesellschaftlich unterstützt.

So wird in Ecuador die „traditionelle Medizin“ indianischer und afroamerikanischer Teile der Bevölkerung seit 1998 politisch anerkannt. Ihr Recht auf Ausübung wurde im selben Jahr in der Verfassung verankert (Art. 44 und Art. 84,12).²⁵ Zuvor war die

²³ Vgl. WHO (1987), S. 3 - 5; Roelcke (1996), Diesfeld (2001), S.45 - 57, Bichmann (1995).

²⁴ Vgl. hierzu auch: „Die 180 Grad Wende von der Verachtung zur Achtung der Volksmedizin fand unter dem Druck der Dringlichkeit statt, der Unmöglichkeit, für den größten Teil der Menschen in der „Dritten Welt“ (70%) „moderne“ medizinische Einrichtungen überhaupt erst zu erreichen (FAZ 7.4.81)“ (Bös, Worthmüller 1987b).

²⁵ Die Regierung garantiert darin den Indianern Ecuadors das „kollektive Recht [...] auf die Systeme, Kenntnisse und Praktiken ihrer traditionellen Medizin, einschließlich des Rechts auf den Schutz

Ausübung medizinischer Berufe im weitesten Sinne, ohne staatlich anerkannten Titel, von der Regierung unter Strafe gestellt worden (so genannter: „*Código de Salud*“²⁶). Diese Gesetzgebung zwang Schamanen, Kräuterkundige und andere traditionelle Heiler/innen, ihrer dadurch illegalen Berufung im Verborgenen und unter beträchtlicher Gefahr nachzugehen.

Heute werden traditionelle indigene Heilverfahren meist als eine weitere Variante der weltweit expandierenden Komplementär - und Alternativmedizin klassifiziert und die wissenschaftliche Erforschung der indigenen Medizinen, ja sogar ihre Institutionalisierung wird international von Organisationen wie der WHO bzw. ihrer regionalen Institution für den amerikanischen Subkontinent, der OPS, unterstützt.²⁷

Seit den 1980er Jahren hat sich also die Wahrnehmung und Einschätzung von jenseits der naturwissenschaftlich begründeten Biomedizin laufenden Heilkunden erheblich verändert. Inzwischen entsprechen die „alternativen“ Arten der Medizin, die auch gerne pauschal mit den unspezifischen und wenig aussagekräftigen Attributen „ganzheitlich“, bzw. „holistisch“ klassifiziert werden, dem Lebensgefühl eines großen Anteils der Bevölkerung. Enttäuscht von den letztlich doch limitierten biomedizinischen Therapiemöglichkeiten wandten sich viele Patienten alternativen Medizinen zu. Knipper bezeichnet es sogar als inzwischen „*common sense*“ unter Nutzern wie Anbietern alternativer Heilverfahren, dass die Biomedizin „*nicht die einzige Art von Medizin [ist], und sie wird trotz allen wissenschaftlichen Fortschritts die anderen nicht als unsinnig und anachronistisch entlarven können.*“ (Knipper 2007, S. 235).

Diese öffentliche und rechtliche Anerkennung von „Komplementär- und Alternativmedizin (KAM)“, insbesondere in den Industrienationen, die sich auch auf die traditionelle indianische Medizin erstreckt, unterstützt vor allem indigene Organisationen und Vertreter der indigenen Bevölkerung in ihrem Kampf um die Bewahrung und die öffentliche Akzeptanz ihrer Kultur. Schon seit einiger Zeit gewinnt die indianische Medizin auch als ethnisches Symbol der indigenen Kultur an Bedeutung, da sie es nicht nur ermöglicht, sich von anderen (westlichen) Völkern

ritueller und heiliger Orte, Pflanzen, Tiere, Mineralien und Ökosysteme, die aus der Sicht derselben von vitalem Interesse sind“, vgl. Constitución Política de la República del Ecuador de 1998. Quelle: <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Ecuador/ecuador98.html> (letzter Zugriff: März 2006).

²⁶ Spanisch für „Gesundheitsgesetzbuch“, vgl. hierzu auch Schweitzer de Palacios (1994, S. 222, bzw. dslb. 2003, S.192). Der Originaltext findet sich unter: www.msp.gov.ec/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=96&Itemid=199 (letzter Zugriff: Aug. 2008).

²⁷ Vgl. z.B.: Mideros, et al (2002) und Micozzi (2002), WHO (2002a), WHO (2002b), PAHO 2002.

abzugrenzen, sondern der Bevölkerung zugleich ein Gefühl von Einheit und Zusammengehörigkeit schenkt (vgl. Knipper 2007).

Warum diese Arbeit?

Weder auf nationaler Ebene (Ecuador) noch im internationalen Kontext existieren einheitliche Konzepte zur Berücksichtigung der "Kultur" indigener Gruppen im Bereich der Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus werden, wie zuvor gezeigt, selbst zentrale Begriffe oftmals sehr unterschiedlich definiert. Auf die Frage nach der Interkulturalität in der Medizin können folglich, außer auf einem hohen Abstraktionsniveau, keine allgemein gültigen Antworten gegeben werden.

Vor dem Hintergrund der Vielfalt unterschiedlicher Ansätze hat es sich die vorliegende Studie zur Aufgabe gemacht, Möglichkeiten und Bedingungen zur Entwicklung kulturell angepasster gesundheitlicher Versorgungsstrategien im regionalen Kontext einer konkreten Region zu untersuchen. Denn gerade weil keine universellen Aussagen gemacht werden können, muss eine Antwort auf die Frage nach einer interkulturellen Medizin auf lokaler Ebene, unter expliziter Berücksichtigung der spezifischen regionalen Verhältnisse, gefunden werden. Die Frage der Verallgemeinerungsfähigkeit könnte dann in einem zweiten Schritt diskutiert werden.

Deshalb konzentriert sich diese Arbeit auf eine sehr konkrete Region im Amazonasgebiet von Ecuador: den Kanton Loreto. Diese spezifische Region wurde ausgewählt, weil sie sich mit einem hohen Anteil indigener Bevölkerung²⁸, einem defizitären Gesundheitssystem²⁹ und einem lebhaften medizinischen Pluralismus gut als Beispielregion eignet und weil dank der Kooperationsbereitschaft der lokalen indigenen Förderung FONAKIN³⁰ der Zugang zu den indianischen Dörfern der Region ermöglicht wurde.

Das primäre Ziel der Forschung war es also herauszufinden, was eine Form von Medizin wäre, die den Bedürfnissen und Lebensumständen der Menschen in Loreto

²⁸ Nach einer Umfrage des *Red de Salud Loreto* identifizieren sich bis zu 70% der Bevölkerung als *Kichwa*, vgl. hierzu auch Kapitel 3.

²⁹ Vgl. hierzu Kapitel 3.2.7 und 3.2.8.

³⁰ FONAKIN: Föderation der *Kichwa* - Organisationen der Provinz Napo (*Federación de Organizaciones de las Nacionalidades Kichwas del Napo*). Es handelt sich um die Dachorganisation der indianischen Gemeinden, die sich ethnisch alle über die gemeinsame Sprache, das *Kichwa*, identifizieren.

entspricht und was, unabhängig von den vielen verschiedenen Definitionen von Interkulturalität bzw. interkultureller Medizin, die *Indígenas*³¹ darunter verstehen. Abseits westlicher Konstrukte darüber, was die indigene Bevölkerung vermeintlich brauche, sollten die „Betroffenen“ selbst gefragt werden, um von ihnen mehr über relevante medizinische Hilfen aus dem Bereich ihrer Kultur und Traditionen, bzw. aktuell gelebte Heilmethoden zu erfahren.

Besonders beschäftigte mich dabei auch die Frage nach den für die Gesundheitsversorgung relevanten Elementen der „indianischen Kultur“ und was bei den Bewohnern dieser Region selbst als „indianische Medizin“ gilt. Auch die Bedeutung „traditioneller Heiler“ und anderer indigener Experten für die Gesundheitsversorgung vor Ort, und die Frage, ob bzw. wie sie eventuell in die offizielle Gesundheitsversorgung integriert werden könnten, war in diesem Zusammenhang ein wichtiges Thema.

Was beinhaltet diese Arbeit?

Im folgenden Kapitel 2 werden zunächst wesentliche theoretische Grundlagen der vorliegenden Untersuchung erörtert. Dies ist besonders aufgrund der stark heterogenen Bedeutungen zentraler Begriffe wie „Kultur“ bzw. „Krankheit“ wichtig. Gleichzeitig können nur durch eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Auffassung dieser Grundbegriffe die persönlichen Denkmuster bzw. -gewohnheiten erkannt werden. Dieses Erkennen stellt jedoch eine wichtige Voraussetzung für einen differenzierten Umgang mit fremden Vorstellungen in diesen Arbeitsfeldern dar.

Im Kapitel 3 wird zunächst das Land Ecuador vorgestellt und es werden wichtige Informationen zur geographischen Lage, Geschichte, Demographie und zur nationalen politischen und wirtschaftlichen Situation aufgeführt. Der anschließende Teil fokussiert dann speziell auf die Forschungsregion Loreto und die Kultur der dort lebenden Bevölkerung, die in ihrer großen Mehrheit der indigenen Gruppe der *Kichwa*³² angehören. Hier wird auch die Rolle der indianischen

³¹ „*Indígenas*“ ist die spanische Bezeichnung für die indianische Bevölkerung. Dieser Ausdruck ist vor Ort umgangssprachlich etabliert und wird daher auch in der vorliegenden Arbeit verwendet (vgl. Fußnote Nr. 3).

³² Die Schreibweise *Kichwa* folgt hier der orthographischen Reform der ecuadorianischen *Dirección Nacional de Educación Intercultural Bilingüe* (DINEIB) im Jahr 1999, vgl. DINEIB (1999).

Nichtregierungsorganisation FONAKIN für die Region näher erläutert und auf die lokale Gesundheitssituation sowie auf das Angebot zur Gesundheitsversorgung vor Ort eingegangen.

Im anschließenden Kapitel 4 werden der institutionelle Rahmen der Arbeit geklärt und die wissenschaftliche Methodik der Forschung sowie die Vorgehensweise im Feld erörtert.

Das fünfte Kapitel beinhaltet den Hauptteil dieser Arbeit. Darin werden jene vier thematischen Schwerpunkte der lokalen Gesundheitsversorgung erläutert, die sich im Laufe meines Aufenthaltes als besonders relevant und für die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit aussagekräftig herauskristallisiert hatten.

Im Einzelnen sind dies:

Kapitel 5.1 widmet sich dem Thema „Gesundheit von Frauen, Schwangerschaft und Geburtshilfe“. Hier wird unter anderem auch die fehlende Resonanz in der indigenen Bevölkerung auf ein kürzlich erbautes Geburtshaus thematisiert, dem bisher einzigen, explizit als interkulturell klassifizierten Gesundheitsprojekt vor Ort. Die Analyse berücksichtigt dabei Aspekte wie das lokale Verständnis von Schwangerschaft und Geburt sowie die Funktion traditioneller indigener Hebammen.

Den thematischen Schwerpunkt des Kapitels 5.2 stellt der *paju* dar. Dieser Begriff benennt eine besondere Fähigkeit seines Besitzers bzw. Trägers, welche von den *Kichwa* - Indianern in den Händen lokalisiert wird und unter anderem therapeutischen Zwecken dient. Obgleich der *paju* im Forschungsgebiet ein vielfach genutztes „Hausmittel“ bei den unterschiedlichsten Beschwerden war, erfahren seine Träger in den Gesundheitsprojekten der FONAKIN, bzw. auf nationaler und internationaler gesundheitspolitischer Ebene bisher kaum Anerkennung als wichtige Ressource der Gesundheitsversorgung.

Im Kapitel 5.3 wird die Bedeutung des lokalen Schamanismus für die Gesundheitsversorgung diskutiert, bzw. seiner Vertreter, die von den *Kichwa* *yachak* genannt werden. Dieser *Kichwa* - Begriff bedeutet übersetzt soviel wie „Wissender“. Auf nationaler wie internationaler Ebene werden Schamanen, im Sinne der „Förderung“ traditioneller Medizin, oft als Heiler bzw. sogar als indigene Ärzte klassifiziert. Betrachtet man jedoch die spezifischen Funktionen und Fähigkeiten der

yachak im Forschungsgebiet, so ergibt sich ein von dieser Einteilung durchaus abweichendes Bild.

Der vierte thematische Schwerpunkt, das Kapitel 5.4, behandelt die indigene Heilpflanzenlehre, deren Klassifikation seit Jahren ein wichtiges Projekt der FONAKIN darstellt. International gilt die Anwendung von Pflanzen zur Heilung und Linderung von Beschwerden seit Jahrzehnten als typische traditionelle indigene Medizin³³, das indigene Verständnis von Heilpflanzen und ihrem Wirkprinzip jedoch deckt sich nur zum Teil mit westlichen Vorstellungen auf diesem Gebiet.

Abgerundet wird der Hauptteil der Studie im Kapitel 5.5 durch die Darstellung der von den lokalen Akteuren geäußerten Bedürfnisse, Vorstellungen und Wünsche im Hinblick auf eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung im Kanton Loreto. Hier werden separat die Perspektiven der indianischen Bevölkerung, des medizinischen Personal, sowie der Mitarbeiter der FONAKIN herausgearbeitet.

Aufbauend auf die im fünften Kapitel vorgestellten empirischen Ergebnissen werden im anschließenden Kapitel 6 weiterführende Interpretationen zur Frage nach den Möglichkeiten und Bedingungen für eine interkulturelle Medizin in Loreto formuliert. Vor dem Hintergrund der vielfältigen Erfahrungen während der Feldforschung vor Ort und der Analyse der vier thematischen Schwerpunkte werden Schlussfolgerungen entwickelt und Prinzipien vorgestellt, die sich für eine stärkere interkulturelle Öffnung der Medizin in einer Region wie Loreto als hilfreich erweisen könnten.

Im Anhang finden sich schließlich ein Glossar der *Kichwa* – Begriffe, eine Auflistung der in dieser Arbeit angeführten Literatur, der Lebenslauf der Autorin sowie eine Auflistung der einzelnen Informanten.

³³ Vgl. z.B. Knipper (2006b, S. 224).

2 Theoretische Grundlagen

2.1 Anliegen und Ziel der vorliegenden Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit ist es, Möglichkeiten und Bedingungen einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation in einer konkreten Region, nämlich in Loreto, aufzudecken, bzw. zu entwickeln. Es galt herauszufinden, welche Themen in diesem Gebiet für die lokale Gesundheitsversorgung von zentraler Bedeutung sind und weshalb das so ist. Dabei wurde differenziert, welchen Personen bzw. Gruppen die jeweiligen Aspekte als von zentraler Bedeutung für die Gesundheit erachteten.

Der Bewertungsmaßstab für die eigenen empirischen Forschungsergebnisse und für Initiativen dieser Art vor Ort (und international) war dabei stets, ob sich die Gesundheitssituation vor Ort dadurch verbessert hat, bzw. ob dadurch eine Verbesserung in Zukunft angenommen werden darf. Dieser Bewertungsmaßstab entspricht demnach dem grundlegenden Anspruch einer jeden Initiative im Gesundheitsbereich, und zwar dahingehend, dass die lokale Gesundheitssituation der jeweiligen Bevölkerung bzw. der Zielgruppe insgesamt oder in einzelnen Punkten verbessert wird. Denn daran muss sich grundsätzlich *alles*, also jegliches Gesundheitsprogramm und - projekt sowie jede Einrichtung mit Bezug zum Gesundheitssektor, und *jede* im Gesundheitssektor tätige Organisation, aber auch jede Einzelpersonen (z.B. Ärzte, Krankenschwestern, aber auch „traditionelle Heiler“), messen lassen.

Was die Situation in Loreto besonders macht, sind die speziellen Charakteristika und Schwierigkeiten der Region: ein hoher Anteil indigener Bevölkerung, große Armut und schlechte Infrastruktur sind nur einige Aspekte, die an dieser Stelle aufgeführt werden können (vgl. dazu auch Kapitel 3.2). Die dort herrschenden Lebensbedingungen führen unweigerlich zu den zentralen Fragen: Wie kann die medizinische Versorgung an die lokale Realität angepasst werden? Welche Perspektive bieten hier „interkulturelle“ Ansätze? Was wird darunter vor Ort verstanden und welche Projekte und Aktionen wurden bisher diesbezüglich unternommen? Dabei war es auch wichtig herauszufinden, in wie weit die Perspektive sowie die Wünsche und Erfahrungen der lokalen Bevölkerung in Programmen zur Gesundheitsversorgung berücksichtigt wurden.

2.2 Die Untersuchungsperspektive

Die Antwort auf die Frage, wie die gesundheitliche Situation in Loreto verbessert werden kann, und somit das erklärte Ziel der vorliegenden Arbeit, bestimmt die Perspektive der vorgenommenen Untersuchung und die Art und Weise, in der das Thema bearbeitet wurde. Dabei wurde das Interesse an der „interkulturellen Dimension“ von Gesundheitsversorgung durch die aktuellen Debatten und Initiativen zur interkulturellen Medizin angeregt.

Einen wichtigen Aspekt der Untersuchungsperspektive stellt die explizite Aufmerksamkeit für die kulturelle Dimension der Gesundheitsversorgung dar. Dies gilt insbesondere für den Bereich der interkulturellen Zusammenarbeit. Die Angebote in der Gesundheitsversorgung in Loreto wurden mit besonderem Interesse an ihren sozio - kulturellen Aspekten untersucht. Jene Aspekte „*indianischer Kultur*“, die den verschiedenen Beteiligten als besonders relevant für die Medizin erschienen, wurden identifiziert. Soziale und kulturelle Strukturen im medizinischen Verständnis der *Kichwa - Bevölkerung* variieren nämlich durchaus stark von westlichen Vorstellungen auf diesem Gebiet. So schließt, um nur ein Beispiel zu nennen, das Verständnis von Gesundheit der Indianer immer auch die familiäre Situation ein und beinhaltet somit Aspekte wie die Bedeutung der Großfamilie oder die Angst vor einem Tod fern der Familie.

Die in dieser Arbeit zum Ausdruck kommende Perspektive beinhaltet auch ein besonderes Interesse an den speziellen lokalen Lebensverhältnissen, denn erklärtes Ziel war es, konkrete Ansätze zur Verbesserung der aktuellen Situation vor Ort zu entwickeln und dabei die verschiedenen Perspektiven aller Beteiligten herauszuarbeiten. Wichtig war also, im Rahmen eines „*think global and go local*“, vor allem die konkrete Situation in einem klar begrenzten Gebiet genauestens zu untersuchen und die lokale Bevölkerung selbst zu Wort kommen zu lassen. Die aktuellen Debatten um den schlechten Gesundheitszustand der indigenen Bevölkerung sowie potentielle Lösungswege für diese Situation, unter anderem durch eine interkulturelle Öffnung der Medizin, dienten dabei als Ausgangspunkt dieser Arbeit. Diese Diskurse beeinflussen sehr stark die verschiedenen Initiativen vor Ort und müssen deshalb berücksichtigt werden. Letztlich werden fast alle in Loreto gesundheitlich relevanten Themen (mit Ausnahme von *paju*, vgl. dazu Kapitel

5.2) nicht nur bei den *Kichwa* diskutiert, sondern auch in vielen verschiedenen internationalen und nationalen Kontexten. Die vorliegende Studie erhebt den Anspruch, einen Beitrag zur Weiterentwicklung zumindest einiger dieser internationalen Debatten zu leisten. Die spezielle Situation im Untersuchungsgebiet wurde also mit den entsprechenden fachwissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskussionen auf nationaler wie internationaler Ebene in Beziehung gesetzt.

2.3 Theoretische Schlüsselbegriffe

Im folgenden Kapitel sollen die theoretischen Schlüsselbegriffe dieser Untersuchung dargestellt und diskutiert werden. Der spätere Gebrauch dieser Termini in dieser Arbeit bezieht sich jeweils auf die hier genannten Definitionen.

Kultur

Da die vorliegende Arbeit explizit Bezug auf kulturelle Dimensionen gesundheitlicher Aspekte nimmt, gehört der Terminus Kultur zu den Schlüsselbegriffen dieser Untersuchung. Unter Kultur wird in dieser Arbeit allgemein *„alles Materielle und Nichtmaterielle, was im menschlichen Dasein nicht von Natur aus vorgegeben ist“* (Rudolph 1992, S.62) verstanden. Der Begriff Kultur wird für diese Dissertation als ein erworbenes „Gut“, welches sich das Individuum im Verlauf des Lebens im Sinne eines kulturellen Prozesses aneignen muss, definiert. Kultur wird demnach nicht als etwas betrachtet, das man, ähnlich genetischen Merkmalen, durch Fortpflanzung von den Eltern auf die Kinder übertragen kann. Sie erweist sich somit konkret als *„jenes komplexe Ganze, welches Wissen, Glaube, Kunst, Moral, Recht, Sitte und Brauch und alle anderen Fähigkeiten und Gewohnheiten einschließt, welche der Mensch als Mitglied der Gesellschaft erworben hat.“* (Taylor 1871, S.1).

Ethnizität

Unter Ethnien werden in dieser Arbeit Gruppen verstanden, die sich „*durch den Glauben an geteilte Geschichten, an gemeinsame Abstammung und Kultur konstituieren.*“ (vgl. dazu Wimmer 2000, S.53). Der subjektiven Wahrnehmung der Akteure kommt bei diesem Konzept von Ethnizität eine zentrale Rolle zu, wie auch im Kontext von Loreto bzw. Ecuador deutlich werden wird (vgl. dazu besonders Kapitel 4.2.2.2. und 4.1.4). Ethnien werden also nicht als dauerhafte, geschlossene Gruppen mit homogener Kultur betrachtet, sondern es wird davon ausgegangen, dass eine Gruppe, um eine gemeinsame Identität zu formen, gewisse kulturelle Aspekte wie Bräuche, Religion oder Sprache als identitätsstiftende Elemente nutzt.

Ein wichtiges Abgrenzungsmerkmal der *Kichwa* in Loreto gegenüber anderen Gruppen ist z.B. die Herstellung und der Genuss von *chicha*. *Chicha* ist ein aus gekochter und gekauter Yuca hergestellter Brei, der nach kurzer Gärung mit Wasser vermischt wird und ein sehr wichtiges und hochgeschätztes Grundnahrungsmittel der *Kichwa* darstellt. Indem ich, die westliche Besucherin, während meiner Untersuchungen in den Dorfgemeinschaften die mir angebotene *chicha* annahm und konsumierte, signalisierte ich eine gewisse Teilnahme an den identitätsstiftenden Handlungen dieser Gruppe. Zur Übernahme der kulturellen Identität der Gruppe reichte dieses Verhalten jedoch nicht aus. Dazu wäre auch, über den Genuss hinausgehend, die eigene Produktion dieses „diakritischen Getränks“ nötig gewesen, die letztlich „*den Anbau von Yuca und die dazu notwendigen sozialen (eheliche Lebensgemeinschaft) und materiellen Bedingungen (Landbesitz, der wiederum von einer Dorfgemeinschaft abhängt) beinhaltet*“ (Knipper 2003, S. 73 über die Bedeutung von *chicha* bei den Tiefland - *Kichwa* des *Rio Napo*).

Für diese Arbeit von besonderer Bedeutung ist auch die Tatsache, dass die indianische Medizin schon seit einiger Zeit als ethnisches Symbol der indigenen Bevölkerung an Bedeutung gewinnt. Aspekte indigener Gesundheitsstrukturen, sowohl traditionellen als auch moderneren Charakters, ermöglichen nicht nur, sich von anderen Gruppen abzugrenzen, sondern produzieren in der Bevölkerung zugleich auch ein Gefühl von Einheit und Zusammengehörigkeit. Die Ethnologin und Ecuador - Expertin Dagmar Schweitzer de Palacios beschreibt, dass z.B. die nationale Dachorganisation indigener Organisationen von Ecuador CONAIE³⁴,

³⁴ CONAIE: Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador.

inzwischen zwei indianische Schamanen „für die Übernahme spiritueller Dienste“ (2003, S. 191) beschäftigt. Damit wirkt nun ein aus dem „Sammeltopf“ indigener Medizin herausgegriffener Akteur, nämlich der Schamane, im Sinne einer „sozialen Schließung“ (vgl. Wimmer 1996) als Identität stiftendes Symbol auf der politischen Bühne.

Interessanterweise wird indigene Medizin jedoch nicht nur von der Gruppe selbst, bzw. ihren Vertretern, als ethnisches Symbol genutzt, sondern auch von staatlicher Seite vielfach in diesem Sinne gefördert.³⁵ Diese Entwicklung wird unter anderem damit begründet, dass die traditionelle Medizin momentan weniger Konfliktpotential als andere ethnische Aspekte, wie z.B. die Diskussion um Landrechte, beinhaltet. So „können Staat und indianische Bewegungen bei der traditionellen Medizin auf eine sehr harmonische Art und Weise aktiv werden und politische Zeichen setzen“. (Knipper 2007, S. 243). Durch die verstärkte Betonung eines einzelnen Symbols ethnischer Identität kann somit von anderen, stärker konfliktbehafteten Bereichen abgelenkt werden.

Mit Hilfe von Markierungen, wie beispielsweise dem Konsum und der Produktion von *chicha*, bzw. der Betonung indigener (medizinischer) Traditionen, „visualisieren“ also indigene Gruppen nicht nur selbst ihre Grenzen, sondern bekommen auch von außen, von anderen Gruppen, ihre ethnische Identität zugeschrieben.

Krankheit

In der westlichen Welt wird Krankheit oft als der Gegensatz von Gesundheit verstanden.³⁶ Doch um sich dem Konzept von „Krankheit“ differenziert nähern zu können, ist es wichtig, sich zunächst bewusst zu machen, dass „Krankheit“ in vielen Kulturen als Begriff so überhaupt nicht existiert (vgl. Hauschild 2000, Szasz 1970, Knipper 2003a). Auch bei den *Kichwa* des Forschungsgebiets wird eine körperliche Erkrankung nicht als einzelne, abstrakte Entität beschrieben, sondern in einen

³⁵ So beruft sich zum Beispiel die DNSPI, also die „Nationale Direktion für Gesundheit der indianischen Völker“ (spanische Originalbezeichnung: „Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas“) deren Mission es ist, die in Artikel 44 formulierte Verpflichtung des Staates, die „Systeme der traditionellen Medizin in Ecuador zu fördern“ (Quelle: <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Ecuador/ecuador98.html>) explizit auf ihre Wurzeln im „Kampf der indianischen Bewegungen“ (siehe DNSPI 2000, S.5; vgl. dazu auch Knipper 2007).

³⁶ Zur analytischen Unterscheidung zwischen Krankheit im Sinne von (1) „disease“, als Begriff für eine professionelle Sicht auf Krankheit, also z. B. der Biomedizin und (2) „illness“ als Krankheit aus der Sicht von Laien, bzw. als „Kranksein“ vgl. Pfleiderer, Greifeld, Bichmann (1995), bzw. Lux (1999).

Rahmen eingebettet, der über den aktuellen physischen Zustand hinausgeht. So kann z.B. eine Gastritis bei den *Kichwa* in einem Gesamtzusammenhang stehen, der weit über die in der Pathologie nachweisbare Entzündung der Magenschleimhaut und die körperlichen Symptome des Patienten hinausgeht.

Ein häufiger Kontext in Loreto wäre z.B., dass Jemand aus Neid Schadenszauber gegen den Erkrankten verübt hat. Dieser Schadenszauber würde sich demnach in den aktuellen körperlichen Beschwerden des Patienten ausdrücken, er kann sich aber gleichzeitig auf viele andere Bereiche, wie Pech auf der Jagd oder das Verunglücken einer nahe stehenden Person, erstrecken. Somit wäre die Gastritis, also die „körperliche Erkrankung“, nur *eine* der Manifestationsmöglichkeiten des Schadenszaubers. Das Konzept von Krankheit bei den *Kichwa* muss jedoch in einem viel größeren Rahmen, nämlich dem der zwischenmenschlichen Beziehungen, der Lebenssituation usw. betrachtet und schließlich auch in Bezug auf diesen behandelt werden.

Letztlich kann sich eine wissenschaftliche Beschreibung dem fremden Krankheitsbegriff stets nur annähern, jedoch diese Differenzen niemals vollständig erfassen (vgl. hierzu Sterly 1985). Krankheitsverhalten, bzw. Krankheitsempfinden, sowie auch die Deutung von Krankheitszuständen und Leiden, werden entscheidend (mit -) bedingt durch den kulturellen Hintergrund, aus dem der Erkrankte stammt bzw. in dem er sich bewegt (vgl. hierzu auch Pfeleiderer, Greifeld, Bichmann 1995, S.225, Diesfeld 1989, Roelcke 1996, S. 585, Kroeger 1982). In Bezug auf Krankheit und Heilmethoden stellt Kultur demnach ein „*Geflecht von erlernten Denk- und Verhaltensweisen [dar], das beim Patienten entscheidend wichtig ist für sein Empfinden von Krankheit, das systematische Ordnen von Krankheit und deren Ursachen, für die Beschreibung und Darstellung von Symptomen und schließlich für die Bewältigung von Krankheit durch den Vorgang des Heilens*“ (Koeger 1982, S. 167). Somit macht auch eine Interpretation von Krankheit nur im kulturellen Kontext der lokalen Bevölkerung Sinn, bzw. im Bewusstsein des eigenen, ggf. differierenden kulturellen Hintergrunds des Interpretierenden bzw. Hilfeleistenden.

Medizin und medizinisches System

Die Frage, was „Medizin“ eigentlich sei, ist keineswegs selbstverständlich. Welche Kenntnisse, Lebensbereiche, Akteure und Handlungen zum Feld der „Medizin“ gerechnet werden, variiert erheblich, abhängig von Zeitgeist und betrachteter Kultur. So unterliegt der medizinisch definierte Bereich unserer westlichen Kultur beständig Änderungen, bzw. Erweiterungen. Anders als vor 150 oder 200 Jahren inkludiert er in den Industrienationen z.B. inzwischen Prozesse wie „Schwangerschaft“, „Geburt“ oder „Tod“. All dies sind natürliche Prozesse, die erst im Rahmen medikalisierender Tendenzen Einschluss in den medizinischen Bereich fanden.

Die Frage, was konkret zum Bereich der Medizin zählt, ist eine zentrale Frage dieser Arbeit. Eine „medizinische“ Deutung bestimmter kultureller „Eigenheiten“ führt nämlich oft zu der Annahme, die mit diesen Begriffen assoziierten Inhalte seien ausschließlich „medizinischer“ Natur, also rein mit einem auf Krankheit bezogenen Sinne ausgestattet. Die Realität jedoch ist stets weit vielschichtiger, was sich ganz besonders auch in Loreto zeigte.

So zählen beispielsweise indigene Schamanen zum großen und sehr heterogenen Spektrum der indianischen „Heiler“, obwohl die Behandlung von Krankheiten nicht im Zentrum ihres Kompetenzbereichs steht. Sie haben oft eher erklärende Funktion in Bezug auf die Krankheit und sind für die Ausführung und Bekämpfung von Schadenszauber zuständig (vgl. dazu Kapitel 5.3). Deshalb werden sie in nicht spezifisch medizinisch ausgerichteten Studien oft vorwiegend als „religiöse“ und nicht als „medizinische Spezialisten“ bezeichnet.³⁷

Gleichzeitig differieren die indigenen Vorstellungen von Medizin bzw. Heilung teilweise stark von biomedizinischen Konzepten hierzu.

Dazu ein interessantes Beispiel aus der Untersuchungsregion: Der *Kichwa* - Begriff *paju* klassifiziert nicht nur eine bestimmte Art von Krankheit, sondern beschreibt auch die spezielle Fähigkeit einer Person, bzw. eine besondere Macht, die dieser Mensch besitzt. Dabei beziehen sich die unterschiedlichen Fertigkeiten, die ein Träger durch einen *paju* erlangen kann, auf die verschiedensten Lebensbereiche, viele davon auch auf den medizinischen. Auf den gesundheitlichen Sektor limitiert sind sie jedoch nicht, wie z.B. der häufige Besitz eines *paju* zum Ackerbau, besonders in der Hand von Frauen, zeigt. Erkrankt jemand und leidet an einer spezifischen Art von *paju* (im

³⁷ Vgl. Uzendoski, (2000), Whitten (1987), Knipper (2003a).

Sinne von Krankheit), so muss er, um wieder gesund zu werden, eine Person finden, die den entsprechenden *paju* (im Sinne von Fertigkeit) besitzt um ihn zu heilen (vgl. dazu auch Kapitel 5.2).

Letztlich bedeutet der Terminus Medizin in dieser Arbeit also eher „*die Gesamtheit der gesundheits- und krankheitsbezogenen Vorstellungen und Handlungen in einer sozialen Gruppe*“ (Roelcke 1998b, S.46) und folgt nicht dem institutionalisierten und formal etablierten Gesundheitswesen der westlichen Industrienationen. Unter „Biomedizin“ speziell werden in dieser Arbeit medizinische Praktiken und Wissensbestände verstanden, die in akademischen Naturwissenschaften, insbesondere der Biologie, gründen (vgl. zu diesem Thema auch Kleinmann 1995, S. 21 - 40). Andere Bezeichnungen, wie „westliche Medizin“ und „Schulmedizin“, sind für den Kontext dieser Dissertation als synonym zu werten.

3 Methodik

3.1 Feldforschung

Als Ziel dieser Arbeit ist eingangs definiert worden, herauszufinden, was eine Medizin wäre, die den Bedürfnissen und Lebensumständen der indigenen Bevölkerung von Loreto entspräche. Um also das lokale Verständnis von einer interkulturellen Medizin zu erforschen, nutze ich die klassischen ethnologischen Methoden und Untersuchungstechniken der Feldforschung, ein Begriff bzw. ein Konzept, das hier zunächst allgemein erläutert werden soll, bevor seine konkrete Anwendung im Forschungsgebiet dargestellt wird.

Der Begriff Feldforschung bedeutet im Sinne der Ethnologie den prolongierten Aufenthalt des Ethnographen bei der ihn interessierenden Gruppe. Unter Feld darf in diesem Zusammenhang nicht alleine eine geographische Region verstanden werden, sondern dieser Begriff bezeichnet letztlich eine *„räumlich begrenzte Einheit, deren voneinander abhängige Einzelelemente stetig aufeinander einwirken und daher nur in ihrem Gesamtzusammenhang studiert werden können“* (Kohl 2000, S. 111). Dabei erschöpft sich die Forschungstätigkeit nicht in der passiv beobachtenden Anwesenheit des Untersuchers vor Ort. Sie muss aktiv, als zielgerichtetes, bewusst geplantes Vorgehen gestaltet werden, wobei auch die multiplen Interaktionsprozesse mit der lokalen Bevölkerung in ihrem Einfluss auf den Forschungsprozess zu berücksichtigen sind.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit war meine fünfmonatige Feldforschung vor Ort das zentrale methodische Element. Denn nur auf diese Weise konnte das zentrale Anliegen der Arbeit umgesetzt werden, ein differenziertes Bild von der lokalen Situation zu erstellen. Als Forscher beeinflusste ich mit meinen spezifischen Interessen im Bereich der Gesundheitsversorgung der *Kichwa* und meiner Einstellung und Auffassung gegenüber meiner Arbeit das ethnologische Feld genauso, wie die betroffene Gesellschaft selber. Diese trat mir mit Erwartungen an meine Arbeit und an meine Person gegenüber, die, neben weiteren Faktoren, sicherlich auch in Erfahrungen gründeten, die sie zuvor mit anderen fremden Besuchern gemacht hatten. Das übergeordnete Ziel war, die medizinische Versorgungssituation im Gesamtzusammenhang zu erfassen, Fragen und Antworten

vor dem Hintergrund des lokalen kulturellen Kontextes zu betrachten.³⁸ Natürlich hatte ich bereits vor Antritt des Forschungsaufenthaltes im Rahmen der Vorarbeiten einige Thesen formuliert, die es nun zu widerlegen oder zu bestätigen galt. Letztlich erforderte es jedoch die Komplexität und Diversität des Feldes, eher von den empirisch erfassten Einzelfällen und Beobachtungen auf das Allgemeine zu schließen und weitere Interpretationen abzuleiten. So wurde deduktives Vorgehen immer häufiger von induktivem ersetzt.³⁹ Die erhobenen Daten lieferten die Grundlage wichtiger Beschreibungen und sollten zur Beantwortung der im Zentrum stehenden Frage nach den Bedingungen und Möglichkeiten für die Entwicklung kulturell angepasster medizinischer Versorgungsstrukturen beitragen.

Um die speziellen Themenbereiche dieser Dissertation bearbeiten und konkrete Fragestellungen untersuchen zu können, kamen dabei besonders qualitative Methoden aus dem Bereich der Medizinethnologie zur Anwendung, die im nachfolgenden Abschnitt erläutert werden.⁴⁰

3.2 Die Arbeit mit Informanten: Befragung und Beobachtung

Der klassischen Methodik der allgemeinen Ethnologie folgend bediente ich mich bei den Untersuchungen im Wesentlichen zweier Arten von Untersuchungstechniken: der Beobachtung und der Befragung.

Die Methode der Beobachtung ermöglichte mir das systematische Sammeln von Informationen durch zielgerichtetes Hinsehen, jedoch arbeitete ich vor allem im Sinne der *teilnehmenden Beobachtung*, ein erstmals durch Bronislaw Malinowski während seiner Forschung auf den Trobriand-Inseln (1915 - 1918) erprobtes Prinzip⁴¹, dessen Name von F. Kluckhohn in den 1940er Jahren geprägt wurde.

³⁸ Einige Ethnologen sprechen hier auch „*vom Ideal der holistischen Forschung*“, vgl. z. B. Beer (2003, S.12).

³⁹ Vgl. Beer (2003, S.13) bei der Diskussion induktives versus deduktives Vorgehen: „*Hier geht es nicht darum, für oder gegen eine Vorgehensweise zu argumentieren, sondern darum, den Schwerpunkt bisheriger ethnologischer Forschungen deutlich zu machen und auch zu zeigen, dass die Beziehung zwischen Daten und Theorie keine ´natürliche´ ist, sondern auf Vorentscheidungen beruht, über die man sich Gedanken machen sollte.*“

⁴⁰ Vgl. Knipper und Wolf (2004), Beer und Fischer (2000), Fischer (1992).

⁴¹ DeWalt und DeWalt (2001) weisen darauf hin, dass Frank Hamilton Cushing bereits während seiner Jahre andauernden Forschungen mit den Zuni Pueblo (USA) in den 1870er Jahren, also 40 Jahre vor Malinowski, *teilnehmende Beobachtung* gelebt und beschrieben hat.

Dahinter verbirgt sich der Grundsatz, dass der Forscher nicht nur längere Zeit in der zu untersuchenden Gruppe lebt, sondern auch selbst an ihren Aktivitäten teilnimmt.

Im Mittelpunkt meiner Untersuchung bei den *Kichwa* stand jedoch nicht nur eine aktive und interpretative Teilnahme am Leben der Gruppe. Das Ziel war vielmehr das Finden „sozialer Nähe“ (Spittler 2001, S. 19) zu der fremden Gesellschaft. Dafür entscheidend war eine komplexe Erfassung von (Alltags -)Situationen, ein Mit-erleben und Mitfühlen, zu dem alle Sinne gehören: *„Nicht nur das Sehen und Hören, sondern auch das Körperliche und seelische Fühlen“* (Spittler 2001, S. 19). Dadurch erschließt sich dem Forscher die Welt der Informanten auf einer viel tieferen Ebene, in einer Weise, die weit über die Ebene von sprachlicher Kommunikation hinausgeht. *„Nicht durch Interviews erhält der Forscher seine wichtigsten Informationen, sondern durch die informelle und implizite Kooperation mit der Bevölkerung. [...] Nicht elaborierte Feldforschungstechniken bringen die besten Resultate, sondern geduldiges Warten. [...] Nicht die Präzision und die Kontrolle der Situation ist entscheidend, sondern die alltägliche Erfahrung“* (Spittler 2001, S. 21).

Erreicht wurde dieses Erleben mit Einbeziehung aller Sinne in die Untersuchung durch eine intensive Mitarbeit bei gesundheitlichen Projekten des lokalen Gesundheitsnetzwerkes, des sogenannten *„red de salud de Loreto“*, wie z.B. den Fahrten mit den Brigaden in die Dörfer des Kantons oder der Teilnahme und Leitung von Schulungen der *promotores* und der traditionellen Hebammen. Eine wichtige Aktivität war dabei auch die Aufklärung über sexuelle Gesundheit, Verhütung und Frauenrechte in entlegenen Dörfern des Kantons und natürlich die rege Partizipation am sozialen Leben der Bewohner von Loreto.

In einigen Situationen erwies es sich allerdings als hilfreich, bewusst auf eine aktive Teilnahme zugunsten der Möglichkeit einer passiven Beobachtung aller bzw. mehrerer Protagonisten einer komplexen Handlung zu verzichten. So etwa bei dem von den traditionellen Hebammen und Schamanen bei einem Workshop spontan aufgeführten Rollenspiel. Die indianischen Teilnehmer hatten eine Geschichte entworfen, in der es um eine junge Frau ging, die mit heftigen Wehen vor dem Gesundheitszentrum von Loreto stand, jedoch nicht hereingelassen wurde. So starb sie mitten auf dem Weg gemeinsam mit dem Kind, wurde jedoch von einem der Schamanen in einer Zeremonie wieder zum Leben erweckt. Hätte ich an der Entstehung der Geschichte mitgewirkt oder sogar eine Rolle übernommen, wäre bestimmt nicht nur die Handlung eine andere gewesen, sondern ich hätte auch die

Chance verpasst, indigener Ansichten und Überzeugungen explizit vorgespielt zu bekommen.

Auch kulturelle Distanz, im Gegensatz zum „*going native*“,⁴² blieb eine Voraussetzung für das Erkennen von standardisierten Handlungsmustern und routinierten Interaktionsschemata. So musste ich zumindest so weit Außenstehende bleiben, dass ein Erkennen der von den einzelnen Personen bzw. sozialen Gruppen (Indianer, Ärzten, usw.) als selbstverständlich klassifizierten und somit geradezu „unsichtbaren“ Aspekte des alltäglichen Lebens noch möglich war. Oder, um es mit den Worten der Ethnologin Brigitta Hauser - Schäublin zu sagen: „*Teilnahme bedeutet Nähe, Beobachten Distanz*“ (Hauser - Schäublin 2003, S. 38), und ein „*Spagat*“ zwischen diesen beiden Extremen gehört wohl zum Alltag der meisten Feldforscher.

Mein kontinuierlicher Aufenthalt in Loreto war demnach für die an Langfristigkeit gebundene, *teilnehmende Beobachtung* genauso entscheidend, wie alle paar Wochen ein kurzer Aufenthalt in Quito oder Tena. Dieser Ortswechsel ermöglichte „Reflexion“ durch das Gewinnen von räumlichem Abstand, und somit auch ein erneutes „*Befremden*“ der gelebten Kultur von Loreto.

Bei der Methode der Befragung müssen mehrere unterschiedliche Arten differenziert werden, die während des Aufenthaltes abhängig von der Situation genutzt wurden.

Offene Gespräche mit den Menschen, die mir im Alltag von Loreto begegneten, mit freien, sich spontan aus der Unterhaltung heraus ergebenden Fragen, ermöglichten mir besonders von Dingen zu erfahren, von deren Existenz ich nichts wusste und nach denen ich somit auch nie gefragt hätte.

Daneben wählte ich bewusst indianische Experten auf meinem Forschungsgebiet aus, von denen ich mir erhoffte, in einem meist eher offen gestalteten Interview mehr über grundlegende Themen meiner Arbeit in Erfahrung bringen zu können. Manchmal hatte ich auch ein strukturiertes Gespräch mit festgelegtem Fragenkatalog geplant, wobei dieser jedoch stets in der jeweiligen spezifischen Interviewsituation spontan modifiziert werden musste.

Interessant gestalteten sich auch sogenannte *Focus Group Interviews* (vgl. Knipper und Wolf 2003), bei denen ausgewählte Personen zu einer im Sinne der

⁴²Nach dem Konzept von Spittler (2001, S.19) bedeutet „*going native*“, „*dass man in eine Rolle hineinschlüpft oder in eine Kultur eintaucht, aber daraus nicht mehr zurückkehrt, d.h. man den wissenschaftlichen Blick verliert.*“

Fragestellung möglichst homogenen Gruppe zusammengefasst und zur Diskussion über ein bestimmtes Thema angeregt wurden. Am häufigsten wandte ich diese Methode bei Workshops der *promotores* oder der traditionellen Hebammen an. Dies ermöglichte, zumindest für die jeweilige spezielle Gruppe, repräsentative Aussagen zu erhalten. Auch die Gespräche von sich „natürlich“ bildenden Gruppen, wie Dorfnachbarn oder „Kollegen“ innerhalb der FONAKIN, wurden in meine Daten miteinbezogen.

Einige Male erstellte und verteilte ich auch Fragebögen, eine Methode, die letztlich aufgrund der besonderen Situation sowie der hohen Analphabetenrate eine untergeordnete Rolle im Forschungsalltag spielte, sich jedoch relativ gut bei Fortbildungsveranstaltungen der indianischen Gesundheitsanbieter durchführen ließ. Das Problem der Verständigung mit den *Kichwa* gestaltete sich, rein sprachlich betrachtet, geringer als befürchtet. Letztlich waren viele Personen und selbst ältere *Indígenas* des Spanischen mächtig. Dafür zeichneten sich mit der Zeit auf einer weit subtileren Ebene Schwierigkeiten ab. Besonders Frauen empfanden oftmals eine tiefe Scheu, auf Spanisch zu sprechen und/oder fühlten sich bei der Nutzung der fremden Sprache unwohl und in ihren Ausdrucksmöglichkeiten limitiert. Dann erwies sich die Übersetzungshilfe einer vertrauten Person, etwa der Tochter oder Freundin, meist als hilfreich. Besonders oft kamen mir in solchen Situationen auch die *promotores* zur Hilfe.

3.3 Die einzelnen Phasen der Forschung

Das konkrete Vorgehen in Ecuador kann orientierend in fünf, sich teilweise überlappende Phasen unterteilt werden.

Nach Ankunft in Ecuador diente die erste Zeit der Exploration dazu, sich mit der fremden Umgebung vertraut zu machen und Kontakte zu wichtigen Bezugspersonen der Forschung zu knüpfen. In den verschiedenen Bibliotheken von Quito, besonders in der „*Biblioteca medica*“ des „*Museo Nacional de Medicina*“ war ein Einarbeiten in lokale, in Deutschland nicht oder nur schwer erhältliche, Fachliteratur möglich. Anhand gezielter Recherchen konnten hier auch die in den Monaten vor Beginn der Feldforschung erworbenen Kenntnisse über relevante Themen in Bezug auf diese Arbeit vertieft, respektive ergänzt werden. In Loreto wurden erste Informanten

ausgewählt und bereits formulierte Fragestellungen in ersten, sehr offen gehaltenen Interviews mit Schlüsselinformanten erörtert und weiterentwickelt (erste Phase).

Eine systematische Datenerhebung erfolgte dann mit einer Kombination von Beobachtungs - und Befragungstechniken und der persönlichen Teilnahme an Projekten des „*red de salud de Loreto*“ (zweite Phase).

Für die Zwischenevaluation der Daten verließ ich für eine Woche das unmittelbare Forschungsgebiet und zog mich in die kleine Stadt Tena/Provinz Napo zurück. Nach meiner Rückkehr nach Loreto wurden vorläufige Ergebnisse zum Teil mit den lokalen Kontaktpersonen gemeinsam diskutiert und evaluiert, bisherige Fragestellungen wurden weiterentwickelt und, sofern nötig, neue Fragen generiert und/oder einzelne Aspekte vertieft (dritte Phase).

Es folgte eine weitere Datenerhebung auf Basis der Zwischenevaluation, bei der die Forschung auf besonders relevanten Gebieten vertieft wurde. Die Methoden der Datenerhebung entsprachen jenen der ersten Phase (vierte Phase).

Die Endauswertung der gesammelten Daten nahm ich nach Ende meines Aufenthaltes in Ecuador vor. In Verbindung mit quantitativen Kriterien erarbeitete ich jene vier thematischen Schwerpunkte, die sich bei meiner Feldforschung als besonders relevant herausgestellt hatten und zu denen ich die meiste Information gesammelt hatte. Die Schlussfolgerungen wurden dann ganz bewusst zuletzt aus den zuvor erarbeiteten Daten gezogen, um Fehl - bzw. Wunschinterpretationen zu vermeiden und zu verhindern (fünfte Phase).

3.4 Dokumentation

Das dieser Arbeit zugrunde liegende Datenmaterial umfasst mehrere handgeschriebene Notizbücher. Diese Dokumentation der Arbeitsprozesse erfolgte stets gleichzeitig bzw. zeitnah, im Sinne sogenannter handschriftlicher *Feldnotizen*,⁴³ also Aufzeichnungen, die direkt in der konkreten Situation der Befragung, Beobachtung, bzw. der Teilnahme am Leben vor Ort in ein Notizheft eingetragen wurden. Dies wurde oft, wenn gleich unbeabsichtigt von meiner Seite, als ein Akt der

⁴³ Definition nach Fischer (2003, S.270), der zwischen Feldnotizen und Reinschrift unterscheidet und hebt sich damit von den englischen Begriff „*fieldnotes*“ ab, der alles im Feld niedergeschrieben und somit Feldnotizen und Reinschrift umfasst. Die deutschen „Feldnotizen“ entsprechen dann am ehesten den „*jottings*“ und „*scratch notes*“ von Bernard (2000, S.357f.).

Distanzierung aufgefasst, mein Verhalten unterschied sich hier deutlich von dem der anderen anwesenden Personen. Nach entsprechender Zeit gewöhnten sich jedoch die meisten Dorfbewohner an meine Tätigkeiten, so dass nun die soziale Situation geringer gestört wurde; und die Gefahr, spezifischer Verhaltensweisen bei der lokalen Bevölkerung zu provozieren (Hawthorne-Effekt), nahm ab.

Regelmäßig wurden die gesammelten Daten in eine Reinschrift am Laptop, eine Art elektronisches Feldtagebuch überführt, es entstand ein 213 Seiten langes Dokument. Darin wurden auch ausgefüllte Fragebögen, Foto- und Audioaufzeichnungen vermerkt und katalogisiert, bzw. letztere auch transkribiert.

Die Zahl der geführten Interviews beläuft sich auf über 50, wobei die Dauer zwischen 10 Minuten und mehreren Stunden variierte. Einige Informanten konnten mehrfach befragt werden. Auch mehrere *focus group discussions*, meist zwischen den indianischen Gesundheitsarbeitern, konnten organisiert und dokumentiert werden.

20 Tondateien von jeweils mehreren Stunden Länge zeichnete ich insgesamt bei Interviews, Reden, offiziellen Anlässe und Festen auf. Alle Tonaufnahmen wurden mehrfach abgehört und teilweise transkribiert, je nach Qualität und Relevanz der Aussagen. Ergänzend existieren 29 ausgefüllte, zum Teil mehrseitige Fragebögen von Informanten.

Die fotografische Dokumentation (5.74 GB) des Forschungsaufenthalts beinhaltet fast alle besuchten Orte und Aktivitäten, samt dem entsprechenden Datum.

Zusätzlich existieren zwei „logs“, eine Art selbstgestalteter Kalender, in dem geplanter und tatsächlicher Ablauf eines jeden Tages vermerkt und verglichen wurden. Diese dokumentieren somit die Aktivitäten eines jeden Tages im Feld (vgl. Bernard 2006).

Letztlich sei hier noch kritisch angemerkt, dass all diese Dokumente, im Sinne einer „verschriftlichten Teilnahme“, doch *„niemals die Authentizität einer Situation oder einer Handlung wieder [geben], sondern [sie] sind Abbildungen, Repräsentationen davon, die mehrfach gefiltert wurden“* (Hauser - Schäublin 2003, S. 48). Trotzdem war dies hier die beste und exakteste Möglichkeit, eine genaue und lückenlose Dokumentation der Daten zu erreichen.

4 Der Kanton Loreto in Ecuador: Die Region und ihre Bevölkerung

4.1 Das Land Ecuador

4.1.1 Geographie

Ecuador liegt im Nordwesten Südamerikas. Mit einer Fläche von 283,560 km² gehört das Land zu den kleineren Staaten des Subkontinents.⁴⁴ Der Pazifische Ozean im Westen des Landes stellt die einzige natürliche Landesgrenze dar. Nachbarländer von Ecuador sind Kolumbien im Norden und Peru im Osten und Süden.⁴⁵

Als „Straße der Vulkane“ beschrieb der deutsche Forscher Alexander von Humboldt im Jahre 1802 die zwei circa 400 km langen parallelen Andenbergketten, die Ecuador von Norden nach Süden durchziehen und das Land in drei höchst unterschiedliche Regionen unterteilen.

Im westlichen Teil des Landes liegt die pazifische Küstenregion, die *La Costa*⁴⁶ genannt wird. Mit dichten Mangrovenwäldern und langen Sandstränden bildet sie einen krassen Kontrast zu der angrenzenden andinen Hochlandregion mit Vulkangipfeln von bis zu 6310 m Höhe, die Einheimische als *La Sierra*⁴⁷ bezeichnen. Hier befindet sich auch die Hauptstadt Quito auf einer Höhe von 2850 m und damit die höchstgelegene Hauptstadt der Welt.⁴⁸ Ungefähr 30 km nördlich von Quito verläuft die Äquatoriallinie, nach der das gesamte Land benannt wurde.⁴⁹

Das amazonische Tiefland, durch seine östliche Lage als *El Oriente*⁵⁰ bekannt und Untersuchungsgebiet dieser Arbeit, stellt mit nur circa 3% Anteil an der

⁴⁴ Vgl. www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/ec.html.

⁴⁵ Diese Grenzen wurden erst im Jahre 1998 zwischen dem damaligen peruanischen Präsidenten Fujimori und dem ecuadorianischen Expräsidenten Mahuad festgelegt. Jahrzehntelange Streitigkeiten, einschließlich mehrerer Kriege (der letzte im Jahre 1995) um Territorien im Amazonasgebiet hatten lange Zeit die diplomatischen und wirtschaftlichen Beziehungen zwischen den Nachbarländern schwer belastet. Auch heute noch zeugen circa 11.000 versteckte Landminen, die seit 1998 bereits mehr als 114 Menschen das Leben gekostet haben, von diesem Territorialkonflikt. Vgl. Palmerlee, Grosberg und McCarthy (2006, S. 29).

⁴⁶ Spanisch: *costa* - Küste.

⁴⁷ Spanisch: *sierra* - Bergkette, Gebirge.

⁴⁸ Oft wird der Stadt La Paz fälschlicherweise diese Auszeichnung zugeschrieben (vgl. z.B. Palmerlee, Grosberg und McCarthy (2006), S. 40), die mit ihren 3.600 m ü. NN zwar zweifelsfrei höher als Quito liegt, jedoch offiziell nicht die Hauptstadt von Bolivien ist.

⁴⁹ Spanisch: *ecuador* - Äquator.

⁵⁰ Spanisch: *oriente* - Osten.

Gesamtbevölkerung Ecuadors die am spärlichsten besiedelte Region des Landes dar.⁵¹

Des Weiteren gehören zu Ecuador die circa 1000 km westlich des Festlandes gelegenen Galapagos Inseln, deren einzigartige Flora und Fauna unzählige Touristen anlockt.

4.1.2 Die Geschichte Ecuadors⁵²

Die Besiedlung des amerikanischen Kontinentes erfolgte über die Beringstraße in zwei aufeinanderfolgenden Migrationswellen aus dem asiatischen Raum in den Jahren 80.000 bis 60.000 v. Chr. (vgl. Palacio 1989, S. 25).

Vom nördlichsten Ende des Kontinents begannen sich die ersten Bewohner Amerikas vor circa 15.000 Jahren gen Süden auszubreiten, um ungefähr nach 5.000 Jahren am südlichsten Ende, dem heutigen Patagonien, anzukommen.⁵³ Somit kann für das Gebiet Ecuadors eine erste Besiedlung vor circa 10.000 Jahren angenommen werden.⁵⁴

In der präinkaischen Periode existierten dort mehrere kleine, voneinander weitgehend unabhängige Stammesgebiete unterschiedlicher indianischer Kulturen, wie beispielsweise der *Valdivia*, *Chorrera*, *Panzaleo*, *Quitús* - *Caras* und der *Cañari*.

Erst gegen Ende des 15. Jh. eroberten die Inkas, deren Imperium sich bis zu diesem Zeitpunkt auf die Region um Cuzco im heutigen Peru konzentrierte, im Zuge der Expansion ihres Reiches nach Norden das Gebiet Ecuadors. Sie etablierten die Stadt Quito als nördliche Hauptstadt ihres Reiches. Doch bereits im Jahre 1532 begann Francisco Pizarro, das Land mit nur 150 Soldaten für die spanische Krone zu erobern. Bereits ein Jahr später, nach der Ermordung Atahualpas, dem letzten Inkaherrscher, durch die Spanier, war das Imperium der Inkas endgültig zerstört worden. Während der Kolonialzeit gehörte das Gebiet Ecuadors als *Real Audiencia*

⁵¹ Beachte, dass z.B. Whitten (1981, S.30) die mangelnde Exaktheit solcher Prozentangaben für das Land kritisiert.

⁵² Soweit nicht anders vermerkt, alle Jahreszahlen nach Pfaffenholz und Jarrín (2006), bzw. Palmerlee, Grosberg und McCarthy (2006).

⁵³ Vgl. Müller (1995); Palmerlee, Grosberg und McCarthy (2006, S. 24) hingegen gehen von einer Besiedlung der Region Ecuadors durch Migration gen Osten vom heutigen Brasilien her aus.

⁵⁴ Vgl. die Angabe von Knipper (2003, S.50) für die Amazonasregion Ecuadors, Palacio gibt den Zeitraum von 15.00 bis 12.000 v. Chr. als Daten erster Besiedlung des Amazonasgebiets an (Palacio 1989, S. 26).

de Quito zunächst dem spanischen Vizekönigreich Peru, später Neugranada an, welches neben Ecuador das Territorium der heutigen Staaten Kolumbien, Panama und Venezuela umfasste.

Erst mit Hilfe des südamerikanischen Unabhängigkeitskämpfers Simón Bolívar und dessen Feldmarschall Antonio José de Sucre erkämpfte sich das Land die Unabhängigkeit von Spanien im Jahre 1821. Dem Traum Bolívars von einem vereinten Südamerika folgend, formte es jedoch zunächst gemeinsam mit den Ländern Venezuela und Kolumbien das großkolumbianischen Reich (*Gran Colombia*), bevor es 1830 als Republik Ecuador die vollständige Unabhängigkeit erlangte. Erster Präsident wurde der General Juan José Flores, ein Parteigänger Simón Bolívars.

Politische und territoriale Instabilität zeichnete die weitere Geschichte des Landes tief.⁵⁵ Eine unablässige Folge von zahlreichen Staatsstreichen, Putschen und Bürgerkriegen zieht sich bis in die heutige Zeit.⁵⁶

Verantwortlich gemacht werden können hier, neben anderen Einflüssen, vor allem wirtschaftliche Faktoren, wie die starke Inflation der 1990er Jahre. Ebenso spielen Korruption, die Armut, in der sich ein Großteil der Bevölkerung permanent befindet, ethnische Konflikte zwischen Mestizen und indigener Bevölkerung und der seit Jahrhunderten andauernde politische Zwist zwischen konservativem und liberalem Lager eine wichtige Rolle. Auch das „*movimiento indigena*“, also die indigene ethnische Bewegung, wird beschuldigt, an dieser Problematik maßgeblich beteiligt zu sein.⁵⁷

Die Geschichte des Oriente

Im Februar 1541 brach eine Gruppe von 220 spanischen Soldaten und 4000 Indianern unter der Führung Gonzalo Pizarros, Gouverneur von Quito und Bruder Francisco Pizarros, von Quito gen Osten auf (vgl. Palacio 1889, S. 223). Sie folgten

⁵⁵ Mit dem Beschluss des Protokolls von Rio de Janeiro am 29.01.1942 verlor Ecuador fast die Hälfte seines Territoriums an Peru, erkannte diese neue Grenzziehung jedoch niemals offiziell an.

⁵⁶ Allein zwischen 1997 und 2006 haben zehn verschiedene Präsidenten Ecuador regiert, im Jahre 2006 lebten fünf der ehemaligen Präsidenten oder Vizepräsidenten im Exil oder im Gefängnis.

⁵⁷ Siehe Torre (2003), und drslb (2006), vgl. dazu auch Kapitel 3.1.4.

dem Mythos von „El Dorado“⁵⁸ und begaben sich auf die Suche nach einem „märchenhaft reichen Fürsten, den seine Untertanen mit Goldstaub salben sollen“ (vgl. Müller 1995, S. 13). Als sie schließlich nach unzähligen Strapazen und gezeichnet von Hitze und Tropenkrankheiten am heutigen Rio Coca ankamen, sandte Pizarro seinen Leutnant Francisco de Orellana als Kundschafter mit einer kleinen Truppe Soldaten flussabwärts.

Doch weder Orellana noch einer seiner Soldaten kehrte jemals zurück. Die Strömung war zu stark, um das Boot flussaufwärts zu bewegen. So trieb die kleine Truppe hilflos immer weiter in den undurchdringlichen Dschungel hinein. Vom Rio Coca gelangten sie in den Rio Napo und von dort in den Amazonas. Nach acht Monaten hatten sie den gesamten Kontinent durchquert und strandeten zum Erstaunen aller an der Atlantikküste.

Francisco de Orellana gilt seitdem als Entdecker des Amazonas und ecuadorianischer Nationalheld. Ihm zu Ehren wurde auch die im Jahre 1998 neugegründete Provinz im *Oriente* „*Provincia de Orellana*“ genannt.⁵⁹

Obwohl bei dieser ersten spanischen Exkursion gen Osten weder Gold, geschweige denn das sagenumwobene El Dorado gefunden wurde, verstummten die Gerüchte nicht, dass im *Oriente* unschätzbare Reichtümer zu finden seien und zogen auch in den folgenden Jahrzehnten immer neue Eroberer an. Es entstanden neue Siedlungen, zunächst noch am Fuß der Anden. Doch Stück für Stück drangen Kolonialisten und Missionare immer weiter in den Regenwald vor. Mit äußerster Brutalität begannen sie mit der „Zivilisierung“ und Zwangsansiedlung der indianischen Bevölkerung, für die mit der Ankunft der Spanier in ihren Territorien eine Periode von Gewalt, Ausbeutung und Seuchen begann.

Besonders viele Indianer verstarben an den von Kolonialisten eingeschleppten Krankheiten, wie Masern, Diphtherie oder Typhus, die bis dahin im *Oriente* unbekannt waren.⁶⁰ Krankheiten und Epidemien grassierten in den neu errichteten Siedlungen,

⁵⁸ Der Mythos von „El Dorado“, dem Land des Goldes, wird auf die Naturalisten Juan de Acosta und Diego de Ordaz zurückgeführt. Ihre Theorie ging von einer Verbindung zwischen Gold und Sonne aus, da beide golden glänzen. Daraus wurde die Schlussfolgerung gezogen, am Ort wo die Sonne am stärksten scheine, als in der Äquatorialregion, müsse sich Gold im Überfluss befinden (Palacio 1989, S. 232).

⁵⁹ Traditionell wurden die Provinzen in Ecuador nach Bergen, bzw. Vulkanen (Pichincha, Imbabura, usw.) oder Flüssen genannt (Napo, Pastaza, usw.) was die Besonderheit dieser Namensgebung noch unterstreicht.

⁶⁰ Für eine genaue Aufzählung sowohl prä - als auch postkolonialistischer Krankheiten, vgl. Crosby (1986, S.197f)

in welchen die Indianer entgegen ihren Gewohnheiten gezwungen wurden, auf engstem Raum zusammen zu leben. Allein an den Pocken verstarben 1660 an den Quellflüssen des Amazonas „44.000 christianisierte Indianer“.⁶¹

Aus der Zusammenführung verschiedener lokaler Ethnien mit jenen aus anderen amazonischen Regionen sowie mit *Kichwa* - sprechenden Hochland - *Indígenas* im Zuge einer „Zivilisierung“ unter Zwang, bildete sich über die Jahre eine neue indigene Gruppe heraus, die bis heute das ecuadorianische Amazonasbecken besiedelt: Die amazonischen *Kichwa* - Indianer (Knipper 2003, Palacio 1989b, S. 37 u. 240, Franco 2005).

Neben den Goldsuchern, die sowohl am Rio Napo als auch an einigen seiner Zuflüsse⁶² über zwei Jahrhunderte Gold suchten und viel Leid über die lokale Bevölkerung brachten, hinterließ vor allem die zu Beginn des 19. Jh. rasant wachsende Kautschukindustrie tiefe Spuren im Land.

Für das Sammeln des Kautschuks wurden unzählige Indianer versklavt und mit brutalsten Methoden zur Arbeit unter menschenunwürdigen, oft lebensgefährlichen Bedingungen gezwungen. Der Ethnologe und katholische Missionar Jose Luis Palacio, der viele Jahre über die amazonischen *Kichwa* und ihre ethnischen Wurzeln geforscht hat, beschreibt diese Zeit als den größten der Weltgeschichte bekannten Ethnozid (Palacio 1989b, S. 259). Mit den Gummizapfern entstanden auch die ersten größeren Städte, wie Iquitos (Peru) und Manaus (Brasilien), in denen, gleichzeitig mit dem Luxus für bestimmte soziale Klassen, Leid, Tod und Versklavung in einem nie gekannten Ausmaß für die indigene Bevölkerung einzog. „*Es sind Städte der Verschwendung, des Luxus und des Leids, wo die großen Kautschukherren ihre Hemden zum Waschen nach England schicken, während die Indios wie Sklaven auf den Märkten verkauft werden*“ (Palacio 1989b, S.259).

Im Jahre 1889 wüteten zusätzlich verheerende Masern- und Pockenepidemien, die viele weitere Opfer unter den Indianern forderten.

In diese „Zeit des Kautschuk“ fallen auch die ersten zwei großen indigenen Aufstände, auf die eine bittere Zeit voller Gewalt folgen sollte: 1875 rebellierte eine Gruppe *Quijos* in der Region Archidona und Tena, 1892 die *Loretanos* in der Ebene des Vulkans Sumaco (vgl. Ramón 1992).

⁶¹ Münzel (1976, S. 286).

⁶² Palacio (1989b, S. 230) erwähnt zum Beispiel die Flüsse Suno, Coca und Aguarico.

Am Anfang des 20. Jh. begannen die britischen Gummipflanzungen in Asien der amazonischen Produktion auf dem Weltmarkt Konkurrenz zu machen. Die Nachfrage weltweit sank und viele der weißen Siedler kehrten in ihre Heimat zurück.

Jene, die blieben, gründeten landwirtschaftliche Güter, sogenannte Haziendas („*hacienda*“ im spanischen Original), auf denen die Indianer wie Leibeigene arbeiteten, wohnten und in allen Bereichen vollständig vom „*patrón*“, dem Besitzer, abhängig waren.⁶³

Die produzierten Güter verkauften die Großgrundbesitzer meist flussabwärts nach Peru. Aufgrund der engen Handelsbeziehungen des *Oriente* mit dem Nachbarland wurde die peruanische Währung *Sol* über viele Jahre als inoffizielles Zahlungsmittel in den Gebieten des Rio Napo akzeptiert.

Durch den Krieg 1941/42 und den anhaltenden Grenzkonflikt um amazonische Gebiete zwischen den beiden Ländern, der sich bis ins Jahr 1998 hinzieht, verloren viele Haziendas ihren Absatzmarkt und waren somit dem wirtschaftlichen Ruin ausgeliefert.

Dafür lockte nun eine neue Vorstellung vom *El Dorado* Firmen und Forscher in die amazonischen Gebiete. Auf der Suche nach dem *yana kuri*,⁶⁴ dem „schwarzen Gold“ unternahm die Firma Shell erstmals in den 1930er Jahren Bohrungen am Fuß der Anden vor. Doch erst 30 Jahre später, nach jahrzehntelanger intensiver Suche, entdeckte die Firma Texaco 1967 im nördlichen *Oriente* in der Nähe des Flusses *Aguarico* reiche Erdölvorkommen und erwarb vom ecuadorianischen Staat die Lizenz zur Ausbeutung. Die Anfang der 1970er Jahre fertiggestellte transandine Pipeline, mit der das Öl von Coca über die Anden bis an die Pazifikküste gelangt und der gleichzeitige Bau von Straßen ermöglichten eine immer intensivere Ausbeutung der Ölvorkommen. Mehr und mehr Gebiete wurden von der Industrie „erschlossen“.

Bald schon begannen auch andere Firmen mit den Bohrungen und die Erdölindustrie brauchte Zugang zu den Ressourcen in weiteren Gebieten der Region, was sie sich, besonders in der Anfangszeit des Ölbooms, durch physische Gewalt mit der Hilfe der Militärs zu verschaffen wusste. Jene *Indígena*, die sich weigerten ihr Land aufzugeben, wurden des Terrorismus beschuldigt und waren fortan gezwungen, sich im Regenwald zu verstecken.

⁶³ Ein eindrückliches Beispiel hiervon wird in einem Klassiker der ecuadorianischen Literatur von Jorge Icaza, dem Roman *Huasipungo*, dargestellt.

⁶⁴ Kichwa: *yana* - schwarz; *kuri* - Gold.

Auch heute noch werden Ölfirmen zum Teil für gewaltsame Übergriffe auf die indigene Bevölkerung verantwortlich gemacht.⁶⁵ Häufiger und effektiver setzen die Ölproduzenten ihre Landansprüche inzwischen jedoch mit Bestechung und Geld durch, zum Teil getarnt als humanitäre oder medizinische Hilfe, wie beispielsweise bei der Entsendung mobiler Operationsteams in entfernt gelegene Regionen.⁶⁶ Dadurch können sie nicht nur international ihr Image aufbessern, sondern gleichzeitig von der Tatsache ablenken, dass viele Krankheiten der heimischen Bevölkerung durch die Erdölindustrie verursacht werden. Die kontinuierliche Verschmutzung von Luft, Wasser⁶⁷ und Boden durch die Erdölausbeutung hat zum Beispiel in der Region um die Stadt Coca zu einem stark erhöhten Krebsrisiko der Bevölkerung geführt,⁶⁸ die mangelhafte medizinische Infrastruktur erlaubt dabei weder Maßnahmen zur Tumorfriherkennung noch adäquate Therapiemöglichkeiten.

Die ökologischen Folgen der Erdölförderung wiegen schwer. Offizielle Zahlen der ecuadorianischen Regierung zeigen, dass allein durch Unfälle mit der transandinen Pipeline innerhalb von 20 Jahren, nämlich bis 1990, 16,8 Millionen Gallonen Rohöl⁶⁹ im *Oriente* verloren gegangen sind.⁷⁰

Erst langsam beginnen Teile der ecuadorianischen Bevölkerung, zumeist *Indígenas*, die am schwersten unter der Ölförderung zu leiden haben, sich zusammenzuschließen und ihre Rechte auf Schutz ihrer Gesundheit und ihrer Lebensräume einzuklagen. Die Ölfirma Texaco (heute Chevron) wurde 2003 von einer Gruppe von 30.000 Ecuadorianern vor Gericht angeklagt, absichtlich 70,1 Milliarden Liter Giftmüll und 66,6 Millionen Liter an Rohöl in die Umwelt abgeleitet zu

⁶⁵ So wird zum Beispiel die französische Firma *Perenco* des versuchten Mordes im April 2006 am Pfarrer des Dorfes *Puerto Murialdo* beschuldigt. In dieser Region des Kantons Loreto möchte die Ölfirma trotz offenen Widerstands von Seiten der indigenen Bevölkerung vordringen, Probebohrungen hatte sie bereits vor geraumer Zeit ohne Genehmigung vorgenommen (vgl.: www.accionecologica.org und persönliche Schilderungen von Informanten), vgl. auch Treffer (2005).

⁶⁶ Vgl. Knipper (2003, S. 56), Kimmerling (1996).

⁶⁷ Die hohe toxikologische Belastung zeigt sich zum Beispiel in Flüssen, in denen teilweise eine bis zu 288 - fach erhöhte Kohlenwasserstoffkonzentrationen im Vergleich mit EU - Grenzwerten gefunden werden (Studie von San Sebastian und Cordoba 1999).

⁶⁸ Studie von San Sebastian und Cordoba (1999), vgl. auch Hurtig und San Sebastian (2002), und Treffer (2005).

⁶⁹ Eine amerikanische Gallone entspricht 3,8 l. Ein Vergleich: bei dem Tankerunglück der Exxon Valdez 1991 waren 10.8 Millionen Gallonen in den Prince-William- Kanal geflossen.

⁷⁰ 1987 wurden bei einem Erdbeben circa 40 km der Pipeline zerstört, das Gebiet in dem der „Zwischenfall“ passierte, war bereits vor dem Bau als Erdbebenregion klassifiziert worden.

haben und so das empfindliche Ökosystem erheblich und teilweise irreversibel gestört zu haben.⁷¹

Neben den ökologischen dürfen auch die sozialen Folgen der Ausbeutung der Ölvorkommen nicht vergessen werden. Viele Dorfgemeinschaften wurden bzw. werden zerstört, und unzählige *Indígenas* haben Land zum Ackerbau, Jagdterritorien und Fischereigebiete verloren, was besonders für Menschen im Kanton Loreto, die noch hauptsächlich vom eigenen Anbau leben, erhebliche Auswirkungen hat.

Folgeschwer ist auch die „Arbeit“ nordamerikanisch-evangelikaler Sekten, denen es die im Zuge der Erdölbohrungen neu erschaffene Infrastruktur erheblich erleichterte, mit ihrem „Missionsauftrag“ bis in die entlegensten indianischen Dörfer vorzudringen. Dort „verändern“ sie die „unzivilisierten Indios“ in friedfertige Anwohner und sprengen die traditionelle (katholische) Einheit der Dörfer. Damit dienen sie nicht nur ihrer Kirche, sondern auch der Ölindustrie, die bei in diesem Sinne „missionierten“ *Indígenas* oft ein leichtes Spiel hat, wenn es um die Abtretung von indianischem Land mit Erdölvorkommen oder die Anwerbung neuer Arbeiter geht.⁷²

4.1.3 Demographische Daten

In Ecuador leben circa 13,5 Mio. Menschen, darunter circa 45% Mestizen, 35% Indigene, 10% Weiße und 10% Afro - Ecuadorianer.⁷³

Von den 20 indigenen ecuadorianischen Volksgruppen stellen die Hochland - *Kichwa* die zahlenmäßig stärkste Gruppe. Daneben siedeln im ecuadorianischen Andenraum auch *Cañari*, *Saraguro*, die für ihre Webekunst inzwischen international bekannten *Otavalo* und andere.

An der Küste leben besonders die sogenannten *Montubios*, mestizische Bauern mit indigenen und/oder afrikanischen Vorfahren. Ansonsten verbleiben dort die indigenen Volksgruppen der *Awa*, *Tsáchila* oder *Colorado* und *Chachi*.

⁷¹Vgl. <http://www.businesshumanrights.org/Categories/Lawlawsuits/Lawsuitsregulatoryaction/LawsuitsSelectedcases/TexacoChevronlawsuitsreEcuador>, bzw.:

<http://www.chevrontoxico.com/> (letzter Zugriff:Sept. 2008); Ergebnisse des Prozess standen zur Zeit der Entstehung dieser Arbeit noch aus.

⁷² Vgl. zu diesem Thema allgemein auch Rohr (1991), bzw. Kimmerling (1993) über die Arbeit der Missionare unter den *Huaoranis*.

⁷³ Siehe DSW (2007), bzw. AA (2007); vgl. zur Problematik der Bestimmung der ethnischen Gruppen auch Kapitel 3.2.2.2, bzw. INEC (2006).

Im *Oriente* stellen die Tiefland - *Kichwa* mit ca. 60.000 Personen die größte Ethnie, gefolgt von den *Shuar*. Zahlenmäßig wesentlich kleiner sind die *Huaorani*, die 1956 erstmals nicht - kriegerische Kontakte mit der Außenwelt schlossen. Heute leben viele *Huaorani* in einer gewissen Abhängigkeit von den Missionsstationen und haben viel von ihrer eigenen Kultur aufgegeben, bzw. aufgeben müssen.⁷⁴ Einige *Huaorani*-Gemeinschaften, die weiter im Osten des *Oriente* sehr abgeschieden leben, sind auch heute noch teilweise autark. Zu ihnen gehören auch die *Tagaeri*, die tief im Inneren des Regenwaldes leben und bis heute jede Verbindung mit der Außenwelt ablehnen (vgl. Patzelt 1996). Es existieren insgesamt noch drei Indianerstämme in Ecuador, die bis heute jeden Kontakt mit der Zivilisation meiden– die zuvor erwähnten *Tagaeri*, die mit ihnen im weitesten Sinne verwandten *Taromenani* und die *Oñamenane*. Ihre Territorien liegen alle im *Yasuni* - Nationalpark im östlichsten Zipfel des *Oriente*. Obgleich erst 1999 ein präsidialer Beschluss der ecuadorianischen Regierung ihren Lebensraum zur „*Intangible Zone*“ erklärt hatte, wird auch ihre Unabhängigkeit inzwischen massiv von der Suche der Erdölindustrie nach neuen Bohrgründen bedroht.⁷⁵ Die Geschichte anderer Volksgruppen liest sich ähnlich, bedroht sind auch die Lebensräume der *Ashuar*, *Cofán* und der nur noch 297 Personen umfassenden *Siona* - *Secoy*. Die *Tetete*, mit einer verschwindenden Population von drei Personen im Jahr 1969, gelten bereits als ausgestorben. Mit ihnen verschwand auch ihre Sprache unwiederbringlich (Gordon 2005).

Auch die Sprachen anderer ethnischer Gruppen des *Oriente* sind von der Auslöschung bedroht, dafür setzt sich das *Kichwa* mehr und mehr durch. Da Wissen immer an Sprache gebunden ist, stellt der Verlust der indigenen Sprachen eine direkte Beeinträchtigung für das traditionelle Wissen dar (vgl. Rossbach de Olmos). Mit 26 Geburten pro 1000 Einwohner (im Vergleich dazu in Deutschland 8 pro 1000) wächst die Bevölkerung Ecuadors jährlich um 2% (Deutschland: - 0,2%), eine der höchsten Raten in ganz Lateinamerika. 33% der Bevölkerung sind unter 15 Jahre (Deutschland 14%) und nur 6% über 65 Jahre (Deutschland 19%), das Durchschnittsalter liegt bei ungefähr 23 Jahren (Deutschland 42 Jahre). Die arbeitende Bevölkerung, sofern dieser Wert erfassbar ist, beträgt rund vier Millionen,

⁷⁴ Vgl. dazu Benítez u. Garcés (1997), Kimmerling (1993).

⁷⁵ Vgl. Schmidt-Häuer (2007) und Palmerlee, Grosberg und McCarthy (2006, S. 246).

das Bruttosozialprodukt belief sich 2006 auf circa 4,400 US \$ pro Einwohner (Deutschland 2006: 31,280 US \$).⁷⁶

Die durchschnittliche Bevölkerungsdichte beträgt 50 Einwohner pro km². Damit hat Ecuador die höchste Personendichte aller südamerikanischen Länder, die Verteilung, auch als Folge der Urbanisierung, allerdings ist extrem ungleich: Im *Oriente* beträgt sie lediglich vier Einwohner pro km².

Fast alle Ecuadorianer gehören der christlichen Religion an (92%), nur sieben Prozent sind anderer bzw. ohne Konfession. Es finden sich jedoch häufig Synkretismen, z.B. zwischen katholischen Traditionen und altem indigenen Glauben bzw. afrikanischen Elementen (vgl. Pfaffenholz und Jarrín 2006, S.77).

4.1.4 Die politische Situation

In der Präsidentialrepublik Ecuador, einer repräsentativen Demokratie mit einem Mehrparteiensystem, werden der Präsident und sein Einkammerparlament, der *Congreso Nacional* mit 100 Sitzen, am gleichen Tag direkt vom Volk gewählt.

Aufgrund der seit vielen Jahren periodisch wiederkehrenden tiefen politischen Krisen kam die Mehrheit der Präsidenten jedoch im Rahmen politischer Unruhen und improvisierter Putsche an die Macht. Seither gilt Ecuador als „one oft the most, if not the most, unstable country in Latin America“ (Zamosc 2004b, S.131). Die politische Macht konzentriert sich stark auf den Präsidenten, der als Staatsoberhaupt und Regierungschef allein die Exekutive befiehlt, bzw. gemeinsam mit dem Parlament die Legislative ausübt.

Einzig die Unabhängigkeit der Judikative von anderen Teilen der Staatsgewalt wird durch die ecuadorianische Verfassung⁷⁷ garantiert, in der Ecuador seit 1998 als „sozialer Rechtsstaat, souverän, einheitlich, unabhängig, demokratisch, plurikulturell und multiethnisch“ definiert wird (Artikel 1).

⁷⁶ Soweit nicht anders vermerkt, gelten alle Zahlen für das Jahr 2007 (DSW 2007).

⁷⁷ Per Volksentscheid wurde im Mai 1997 die Wahl einer *Asamblea Nacional* (verfassungsgebende Nationalversammlung) beschlossen, die schließlich ein Jahr später, im Mai 1998, die 20. Verfassung von Ecuador verabschiedete. Der Vorschlag des aktuellen Präsidenten Rafael Correa zur erneuten Einberufung einer verfassungsgebenden Versammlung wurde 2007 mit überwältigender Mehrheit gebilligt. Das Ergebnis der Reform steht noch aus, eine Änderung zentraler Punkte ist jedoch nicht zu erwarten. Vgl <http://www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/Laenderinformationen/Ecuador> (letzter Zugriff: Sept. 2008).

Die traditionellen ecuadorianischen Parteien, für viele charakterisiert durch Klientelismus, Patronage und Caudillismo, gelten als hierarchische Vereinigungen, denen es sowohl an parteiinterner Demokratie als auch personeller und inhaltlicher Erneuerung fehlt (vgl. Minkner - Bünjer 2002). Zusätzlich leidet ihre Arbeit unter einem hohen Korruptions - und Informalitätsniveau.⁷⁸

Die indigene Bewegungen

Seit den 1980er Jahren kommt auch den indigenen Bewegungen Ecuadors eine wichtige Rolle in der nationalen Politik zu,⁷⁹ eine besonders relevante Entwicklung im Kontext dieser Arbeit, auf die deshalb hier näher eingegangen werden soll.

Im Zuge der in vielen Ländern Lateinamerikas⁸⁰ zu beobachtenden „Indianisierung der Volksbewegungen“ (Gabriel 1994, S. 65) lässt sich allgemein eine „Ethnisierung des politischen Raums“, bzw. eine „Politisierung des Ethnischen“ feststellen (vgl. Büschges und Pfaff - Czarnecka 2007).⁸¹ „Das politische Feld stand zuvor unter weißer bzw. mestizischer Hegemonie und Definitionsmacht, weshalb es gemeinhin fälschlicherweise als de - ethnisiert betrachtet wurde“ (Kaltmeier 2007, S.193).

⁷⁸ Im Jahre 2006 belegt Ecuador den Platz 139 von 163, das heißt, es gibt nur 24 Länder weltweit in denen laut Untersuchung mehr Korruption existiert als in Ecuador, damit zeigt sich Ecuador als zweitkorruptestes Land Südamerikas und wird nur von Venezuela auf Platz 141 noch übertroffen. 2005 erreichte Ecuador „nur“ Platz 117 von 158 untersuchten Ländern, d.h. die Korruption im Land ist im letzten Jahr gestiegen. <http://www.transparency.de/Tabellarisches-Ranking.954.0.html> (letzter Zugriff: Juli 2007).

⁷⁹ Stavenhagen (1997, Zitat bei Boris 1998, S.59) spricht z.B. von einem „neuen Typus sozialer und politischer Bewegungen im heutigen Lateinamerika“, und betont dadurch, dass es indigenen Widerstand auch schon lange zuvor gegeben hat. Vgl. dazu auch: „Indianischer Widerstand in den verschiedensten Formen (bewaffnet oder friedlich, im traditionalistischen Gewand oder an jeweilige europäische Modernität angepasst), machte den Kolonisatoren und ihren Nachfolgern seit Anbeginn zu schaffen. Eine subtile Neuauflage europäischen Kolonialhochmuts wäre es, zu glauben, solcher Widerstand beginne erst in unseren Tagen oder gar unter dem Einfluss bewusstseinsbildender Entwicklungshilfeprojekte“ (Zitat von Münzel 1985 bei Boris 1998, S. 59).

⁸⁰ Eine Ausnahme bildet hier z.B. das Land Peru, in dem es ungeachtet des hohen demographischen Anteils der Indigenen an der Bevölkerung, bis heute zu keiner breiten ethnischen Bewegung im Land gekommen ist (vgl. Mücke 2007).

⁸¹ Vgl. zu diesem Thema auch Kaltmeier (2007), Torre (2003)

Die (neuen) Forderungen der indigenen Bewegungen jedenfalls beziehen sich im Wesentlichen auf folgende fünf Bereiche:⁸²

1. Gesetzliche, bzw. verfassungsmäßige Anerkennung des besonderen Status der indigenen Bevölkerung
2. Land bzw. Territorien als Grundlage von ökonomischer Reproduktion und politischer Selbstbestimmung
3. Bewahrung und Weiterentwicklung der spezifischen kulturellen indigenen Formen
4. Eigenverantwortliche soziale Organisation und die Ausübung der Gewohnheitsrechte
5. Politische Partizipation auf verschiedenen Ebenen des Nationalstaats

Die Bedeutung der indianischen Organisationen des *Oriente* verstärkte sich erstmals signifikant 1980 durch ihren Zusammenschluss zur CONFENIAE⁸³ („*Konföderation der indigenen Nationalitäten des ecuadorianischen Amazonasgebiets*“). Auf überregionaler Ebene kooperierte die CONAFENIAE mit der COICA⁸⁴ („*Koordinationsverband der Indigenen Organisationen des Amazonasbeckens*“), dem Nationen übergreifenden Verband aller amazonischen Völker. 1982 einigten sich CONAFENIAE und verschiedene Hochland - Indianerorganisationen darauf, trotz grundlegender Differenzen die CONACNIE⁸⁵ („*Nationale Konföderation der indianischen Nationalitäten Ecuadors*“), als gemeinsame Koordinationsstelle auf nationaler Ebene zu gründen. Diese wurde 1986 von der CONAIE⁸⁶ („*Konföderation der indigene Nationalitäten Ecuadors*“) abgelöst, die seitdem die Interessen aller *Indígenas* gegenüber Staat, Regierung, Gesellschaft und Gesetzgebung vertreten soll.

Durch diesen Zusammenschluss der regionalen indigenen Organisationen unter dem Dach der CONAIE entstand also die erste nationale indigene Organisation, die konkrete politische Ziele verfolgte (Torre 2006, S. 247). Bereits zwei Jahre später verzeichnete die CONAIE und somit die indigene Bewegung („*movimiento indígena*“) ihren ersten großen Erfolg auf politischer Ebene, als sie den damaligen Präsidenten

⁸² Zusammenfassung der Ziele nach Boris (1998, S.70).

⁸³ Spanischer Originalbegriff: *Confederación de las Nacionalidades Indígenas de la Amazonía Ecuatoriana*.

⁸⁴ Spanischer Originalbegriff: *Coodinadora de las Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica*.

⁸⁵ Spanischer Originalbegriff: *Confederación Nacional de Nacionalidades Indígenas del Ecuador*.

⁸⁶ Spanischer Originalbegriff: *Confederación de las Nacionalidades Indígenas del Ecuador*.

Rodrigo Borja zur Einführung zweisprachigen Unterrichts an den Schulen in allen indigenen Regionen des Landes brachte. Außerdem wurde die Gründung der ersten öffentlichen indigenen Institution, und zwar der Behörde für zweisprachige, interkulturelle Erziehung *Dirección Nacional de Educación Intercultural Bilingüe* (DINEIB),⁸⁷ erreicht (Moya 1990).⁸⁸

Im Jahre 1990 organisierte und koordinierte die CONAIE zum ersten Mal nationale indigene Aufstände. Die heftigen Proteste, die das gesamte Land für mehrere Tage lahm legten, richteten sich gegen die hohen Lebenshaltungskosten und die niedrigen Preise für landwirtschaftliche Produkte. Gleichzeitig kämpften die Indigenen für eine Reform der Landrechte, ein Thema, das auch 1992 den Ausschlag für den großen, von der CONAIE finanzierten Protestmarsch einer Gruppe von Indianern aus dem Amazonasgebiet gab (Zamosc 2004b, S.134).

1995 gründete die CONAIE die politische Partei „*Movimiento de Unidad Plurinacional Pachakutik - Nuevo País*“ (kurz: *Pachakutik*⁸⁹), die erstmals in den Wahlen 1996 antrat und 10% der Sitze im Nationalkongress in diesem Jahr gewann. 2001 unterstützte die CONAIE die Protestbewegung gegen die Regierung Jamil Mahuads, der schließlich in einem Militärputsch gestürzt wurde. Torre bemerkt hierzu kritisch, dass seither „*researchers also need to focus on indigenous authoritarian or at least non - democratic practices*“ (Torre 2006, S254).

Im folgenden Jahr verhalf die indigene Bewegung, geführt von der *Pachakutik*, dem ehemaligen Putschisten *Lucio Gutiérrez* in einem Bündnis mit dessen Partei zum Sieg bei den Präsidentschaftswahlen und war so zum ersten Mal an der Regierungsbildung beteiligt. Das Bündnis zerbrach 2003, denn als Antwort auf den Protest der Abgeordneten der *Pachakutik* gegen den wirtschaftspolitischen Kurs des Präsidenten schloss *Gutiérrez* kurzerhand die beiden indigenen Minister aus seiner Regierung aus. Nun zeigte sich die große innerliche Zerrissenheit der CONAIE: „*The leaders of CONAIE and Pachakutik were caught in the crossfire between the Amazonian groups, who criticized them for leaving the government, and the radical*

⁸⁷ Siehe: <http://www.dineib.edu.ec/> (letzter Zugriff: Sept. 2008).

⁸⁸ Weitere Neugründungen öffentlicher indigener Institutionen, aufgrund indigener Forderungen, waren z.B. 1997 die indigene Entwicklungsbehörde „*Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador*“ (CODENPE) und 1999 die „*Nationale Direktion für Gesundheit der indianischen Völker*“ („*Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas*“, Abkürzung: DNSPI).

⁸⁹ Kichwa für Wiedergeburt (vgl. Selverston - Scher 2001, S. XXI), bei Pfaffenholz u. Jarrín (2006, S.38) findet sich *Zeitalter* als Übersetzung.

sectors from the Sierra, who reproached their delay in breaking with Gutiérrez“ (Zamosc 2004b, S.149).

Aus diesem Konflikt ging die CONAIE sehr geschwächt hervor und konnte in den folgenden Jahren nur vereinzelt die Bevölkerung zur Teilnahme an den von ihr organisierten Protesten bewegen (Zamosc 2004b, S.150). Offensichtlich ist, dass das „*movimiento indígena*“ in den letzten Jahren viel an Kraft, Macht, Popularität und Rückhalt in der ecuadorianischen Gesellschaft verloren hat.⁹⁰

Trotzdem belegen die hier dargestellten politischen Ereignisse, dass Ethnizität inzwischen eine wichtige Ressource ist, wenn es um das Durchsetzen bzw. die Legitimation politischer Ansprüche in Ecuador geht.

Welche Folgen die starke Präsenz ethnisch begründeter Diskurse bzw. ihrer Akteure in der Politik Ecuadors und anderer lateinamerikanischer Länder letztlich haben wird, ist noch nicht absehbar. Kritische Stimmen jedoch behaupten: „*Erscheint diese Entwicklung einerseits, beispielsweise den Befürwortern der Minderheitenrechte, als zentraler Bestandteil der grundlegenden Demokratisierung politischer Systeme, so wird sie andererseits für die Entstehung neuer ethnischer Grenzziehungen und Konflikte verantwortlich gemacht*“ (Büschges und Pfaff-Czarnecka 2007b, S. 8; vgl. auch Selverston- Scher 2001, Pfaff - Czarnecka 2004).

Die amerikanische Politikwissenschaftlerin Nancy Fraser spricht in diesem Sinne auch von einem „*mainstream - multiculturalism*“, der, anstatt das gesamte System rassistischer Diskriminierung zu ändern, sich darin erschöpft, nur bestimmten diskriminierten Gruppen besondere Rechte zuzusprechen (Fraser 2001, vgl. dazu auch Kaltmeier 2007, S. 213).

Als Sieger der letzten ecuadorianischen Wahlen im Jahr 2006 ging der demokratische Kandidat *Rafael Correa* hervor und löste somit die Übergangsregierung *Alfredo Palacios* ab, der als Vizepräsident der vorherigen Regierung das Amt nach der Flucht des Präsidenten *Lucio Gutierrez* übernommen hatte. Auf die Pachakutik entfielen diesmal sechs der hundert Sitze im Nationalkongress.

⁹⁰ Michael Knipper, persönlicher Bericht am 24.9.2008 von Ergebnissen der *First Conference on Ethnicity, Race, and Indigenous Peoples*, May 22 - 24, 2008, University of California, San Diego (vgl. Website: http://cilas.ucsd.edu/events/conferences_previous.php).

4.1.5 Die Wirtschaft

Die Wirtschaftsleistung Ecuadors konzentriert sich bis auf den heutigen Tag stark auf den Export von natürlichen Ressourcen.

Bis in die frühen 1970er Jahre stellten Bananen, das „grüne Gold“ (vgl. Sevilla 2005, S.7) das einzige und wichtigste exportierte Produkt des Landes dar. Doch bereits wenige Jahre nach dem Fund gewaltiger Erdölvorkommen im *Oriente* wurde dieser Rohstoff zum wichtigsten Exportprodukt und trägt heute zu mehr als der Hälfte der ecuadorianischen Wirtschaftsleistung bei.

Neben Erdöl und seinen Derivaten exportiert das Land Schnittblumen, Garnelen und Kakao.

Trotz seiner noch immer reichen Ölvorkommen stürzte Ecuador Ende der 1990er Jahre in die tiefste wirtschaftliche Krise seit über 70 Jahren. Allein zwischen den Jahren 1998 und 1999 sank das Bruttoinlandsprodukt um 7.3 %. Dafür waren, neben externen Faktoren wie dem weltweiten Verfall des Erdölpreises und der besonders starken Auswirkung von *El Niño*⁹¹ in diesem Jahr, auch bestimmte interne Faktoren verantwortlich: leere Staatskassen und eine rapide Abwertung des Sucres,⁹² der drohende Zusammenbruch des Bankensystems, schwere Regierungsfehler und die weitverbreitete Korruption.

Breite Bevölkerungsschichten verarmten,⁹³ die Arbeitslosigkeit stieg⁹⁴ und circa 50% der Ecuadorianer waren von Unterbeschäftigung betroffen.⁹⁵ Die offizielle und inoffizielle Migration nahm in diesem Jahre schlagartig stark zu.

Im Januar 2000 beschloss die Regierung unter der Führung des (damaligen) Präsident Jamil Mahuad die tiefe wirtschaftlichen Krise und die beständig

⁹¹ *El Niño*: ein Wetterphänomen das aufgrund einer Meeresströmungsänderung gegen Ende Dezember für Überschwemmungen und Unwetter sorgen kann (vgl. Pfaffenholz und Jarrín 2006).

⁹² Der Sucre war die offizielle Währung Ecuadors bis zum März 2000.

⁹³ Von 1995 - 2000 wuchs die Zahl der Ecuadorianer, die von Armut betroffen sind, von 3.9 auf 9.1 Millionen; betrachtet man nur den Bereich extreme Armut stieg die Zahl von 2.1 auf 4,5 Millionen Personen. Die Gesamtbevölkerung von Ecuador betrug im Juli 2001 circa 13,2 Millionen (vgl. Sevilla (2005, S.7); bzw. <http://www.umsl.edu/services/govdocs/wofact2001/index.html> (letzter Zugriff: Februar 2007)).

⁹⁴ Arbeitslosigkeit in Zahlen: 1997: 6,9%, 2000: 14%, 2006: 10.7 % vgl. www.cia.gov; bzw. <http://permanent.access.gpo.gov>; bzw. <http://bti2003.bertelsmann-transformation-index.de/99.0.html>; (letzter Zugriff: August 2007).

⁹⁵ Von der Verlagerung von „Arbeitsplätzen“ in den informellen Sektor, also jenem Bereich, in dem gesetzliche Regelungen wie Steuern oder Sozialversicherung umgangen werden können, zeugen auch heute noch unzählige Straßenverkäufer, Schuhputzer oder Bettler in ganz Ecuador, vgl. www.cia.gov (letzter Zugriff: August 2007).

wachsenden Inflation⁹⁶ mit der Einführung des US - Dollars als offizielles Zahlungsmittel zu bekämpfen; eine Entscheidung, die zu heftigen Protesten, Streiks und Straßensperren besonders durch die der indigene Bevölkerung führte und Mahuad sein Amt kostete.⁹⁷ Die Einführung des Dollars konnte jedoch nicht mehr aufgehalten werden und nur sechs Monate später verlor der Sucre bereits seine Gültigkeit.

Trotzdem leben auch heute, sieben Jahre nach der Dollarisierung, zwischen 45% und 65% der Ecuadorianer ein Leben unter der Armutsgrenze mit all seinen gesundheitlichen, sozialen und kulturellen Folgen.⁹⁸ Im Jahre 2006 hatte von allen südamerikanischen Staaten allein Bolivien ein niedrigeres Brutto - Sozialprodukt als Ecuador, ein trauriges Zeugnis der desolaten wirtschaftlichen Lage des Landes im innerkontinentalen Vergleich.⁹⁹

Dies alles hat auch zu dem Ergebnis geführt, dass heute bereits 20% bis 25% der Ecuadorianer im Ausland unter oftmals schwierigen Umständen leben bzw. leben müssen. Das entspricht circa einer Zahl von 3 Mio. Menschen, die ihre Heimat verlassen haben. Inzwischen lebt allein ein Fünftel der ecuadorianischen Gesamtbevölkerung in Spanien (Sevilla 2005, S. 8). Die Devisensendungen der ecuadorianischen Emigranten stehen an zweiter Stelle der nationalen Deviseneinnahmen (nach jenen aus dem Erdöl) und machen so den Faktor „Arbeit“ inoffiziell zum zweitgrößten Exportprodukt des Landes (vgl. Pfaffenholz und Jarrín 2006, S. 158).

⁹⁶ Im Januar 1999 entsprach ein US - Dollar 6000 Sucre, ein Jahr später im Januar 2000 bereits 25.000 Sucre, die Inflation hatte über 60% erreicht (vgl. Palmerlee, Grosberg und McCarthy 2006, S.31).

⁹⁷ Mit Unterstützung der CONAIE und des Militärs stürmten am 21.01.2000 circa 10.000 Indígenas aus ganz Ecuador das Parlament in Quito, zwangen *Mahuad* dazu abzudanken und für zwei Tage unterstand Ecuador der Führung des Triumvirats aus zwei Militärs und Antonio Vargas, dem damaligen Vorsitzendem der *Pachakutik*, dem politischen Arm der CONAIE. Internationaler Druck, der diesem ersten lateinamerikanischen Putsch in über zwei Dekaden folgte, führte jedoch bereits einen Tag später zur Ablösung dieser Regierung durch den damaligen Vizepräsidenten Gustavo Noboa.

⁹⁸ Im Jahr 2006 liegt der Anteil der Bevölkerung, der weniger als zwei US\$ pro Tag zu Verfügung hat, bei 41%; die Weltbank arbeitet mit Referenzlinien, die bei einem US - \$Dollar pro Tag (extreme Armut), bzw. 2 US - \$ pro Tag (Armut) verlaufen (vgl. DSW Datenreport 2006).

⁹⁹ Vgl. DSW Datenreport 2006, nicht berücksichtigt wurden die Länder *Suriname* und *Französisch-Guyana*, für die es keine Zahlen gab.

4.2 Der Kanton Loreto

4.2.1 Allgemeine Informationen¹⁰⁰

Der Kanton Loreto, das Untersuchungsgebiet dieser Arbeit, liegt in West-Amazonien, am Fuße der Anden, circa 300m über dem Meeresspiegel.

Ursprünglich wurde die Region Loreto 1992 als neuer Kanton (Landkreis) der Provinz Napo zugeordnet. Bereits sechs Jahre später wurde sie jedoch als vierter Kanton in die 1998 neugegründete Provinz (vergleichbar einem Bundesland) *Orellana* eingegliedert, zu der außerdem die Kantone *Orellana*, *Aguarico* und *Joya de los Sachas* gehören.

Loreto erstreckt sich über eine Fläche von 2.114 km² und befindet sich circa 60 km von der Provinzhauptstadt *Coca*¹⁰¹ (Kanton Orellana) entfernt. Der Kanton Loreto zählt 13.463 Einwohner¹⁰², von denen die meisten in einer der 67 kleinen Dorfgemeinschaften bzw. in der gleichnamigen Kleinstadt Loreto¹⁰³ („*comunidad urbana Loreto*“) mit ihren rund 600 Einwohnern leben.

Der Kanton wird unterteilt in die fünf ländlichen Gemeinden („*parroquias rurales*“) *Ávila*, *Puerto Murialdo*, *San José de Payamino*, *San José de Dahuano*, *Huaticocha* und eine städtische Gemeinde („*parroquia urbana*“).

Das vorherrschende tropische Klima kennzeichnen Durchschnittstemperaturen von 27° am Tage, bei 90% Luftfeuchtigkeit und einer jährlichen Niederschlagsmenge von 4.000 mm pro Jahr.

62% der Kantonsfläche sind von Wald bewachsen, 15% werden als Weide, 23% als Anbaufläche benutzt.

Loreto wird als einer der ärmsten Kantone ganz Ecuadors betrachtet, durchschnittlich 95 von 100 Einwohnern leben in sehr armen Verhältnissen.

Dabei reicht der Anteil der von Armut betroffenen Menschen von 85,3 % in der Gemeinde *Huaticocha* bis zu 99,8 % in der Region von *San José de Payamino*.

¹⁰⁰ Alle Zahlen und Fakten nach FONAKIN (2005), Amores (2004a), drslb. (2004 b), Moreta, Vásquez, Zurita (2004).

¹⁰¹ Offizieller Name von *Coca* ist *Francisco de Orellana*, in *Loreto* ist jedoch nur der Name *Coca* gebräuchlich, dieser findet sich inzwischen auch in einigen Landkarten.

¹⁰² Zahl nach INEC 2001.

¹⁰³ Im Folgenden wird, sofern die Kleinstadt Loreto und nicht der Kanton gemeint ist, der Begriff „*comunidad urbana Loreto*“ benutzt.

Hohe Analphabetenraten (13.6%), bei einer geringen Anzahl von Personen mit höheren Bildungsabschlüssen, verschlimmern die schwierigen Lebensbedingungen dort.

Circa 70% der rund 10.000 Einwohner von Loreto identifizieren sich als *Kichwa*,¹⁰⁴ von denen aber nur wenige in Loreto selber geboren wurden (sogenannte *Avilas* oder *Loretanos*). Weit über die Hälfte stammt ursprünglich aus der Provinz *Napo* (besonders aus den Regionen um die Städte *Archidona* und *Tena*) und kam in den 1970er Jahren auf der Suche nach neuem Land nach Loreto, wo die Zuwanderer neue Dorfgemeinschaften gründeten.¹⁰⁵

Die restlichen 30% der Bevölkerung stellen vor allem mestizische Migranten aus Küsten- und den Hochlandregionen dar, die allgemein als „*colonos*“ bezeichnet werden.

Bislang existiert nur wenig Infrastruktur in der Region.¹⁰⁶ Das Straßennetz im Kanton ist defizitär und die Bewohner der meisten Dorfgemeinschaften müssen eine bis mehrere Stunden zu Fuß laufen, um die „*comunidad urbana Loreto*“ zu erreichen, wo sie nicht nur ihre Waren verkaufen, sondern auch das „*centro de salud*“ (spanisch: Gesundheitszentrum) vorfinden.

Es gibt eine lokale Radiostation, die jedoch nicht in allen Dörfern empfangen werden kann und seit circa 2006 erstmals Fernsehen, jedoch nur in einigen wenigen Haushalten. Noch existiert keine Möglichkeit für die Bevölkerung, das Internet zu nutzen, und auch Zeitungen sind nicht erhältlich.

Bis jetzt sind nur sehr wenige indianische Dörfer an das öffentliche Stromnetz angeschlossen, wobei sich die meisten Dorfbewohner Elektrizität, wäre sie denn verfügbar, nicht leisten könnten. Zusätzlich bricht die Stromversorgung fast täglich über mehrere Stunden, manchmal auch über Tage, zusammen, so dass selbst in Häusern mit elektrischem Licht viele Abende bei Kerzenschein verbracht werden müssen.

¹⁰⁴ Amores (2004b, S.8) nach einer Umfrage des *Red de Salud Loreto* (2004b, S.8).

¹⁰⁵ Hudelson (1987) beschreibt die Bewohnerzahl von Loreto („*comunidad urbana*“) im Jahr 1979 mit 330 Personen, alle indigener Herkunft; heute findet man dort auch viele Mestizen und die Bewohnerzahl beläuft sich auf etwa 644 Personen (vgl. <http://www.fallingrain.com/world/EC/24/Loreto.html>; Zahl für Loreto („*comunidad urbana*“) und einen Umkreis von 7 Kilometern, letzter Zugriff: Nov. 2007).

¹⁰⁶ Alle Angaben nach Amores (2004a), drslb. (2004b), Moreta, Vásquez, u. Zurita (2004).

Fließendes Wasser gibt es so gut wie in keinem der indianischen Dörfer, und selbst in der „*comunidad urbana Loreto*“ erreicht der Anteil an Häusern, die an die Wasserversorgung angeschlossen sind, nur 48,2 Prozent.

4.2.2 Die Kichwa - Bevölkerung von Loreto

4.2.2.1 Historische Wurzeln

In knappen hundert Jahren Herrschaft schafften es die Inkakönige, ihre Sprache, das *Kichwa*, als wichtigste und meistgesprochene Sprache des Andenhochlands von Ecuador zu etablieren. Im amazonischen Tiefland, das aufgrund seiner schwierigen geographischen Situation kaum von den neuen Königen belangt bzw. beeinflusst wurde, blieb diese Sprache damals jedoch nahezu unbekannt.¹⁰⁷ Dies änderte sich erst mit der sogenannten „Zivilisierung“, in deren Rahmen die spanischen Kolonialherren und Missionare indigene Gruppen unterschiedlicher Herkunft und Sprachfamilien dazu zwangen, auf engstem Raum in neugeschaffenen amazonischen Siedlungen zusammen zu wohnen. Zur Kommunikation zwischen Spaniern und den Indianern der Siedlungen, von denen ein Teil auch aus dem Hochland nach Amazonien verschleppt worden war, etablierten die Kolonialherren das *Kichwa* als „lingua franca“. Aus den Überlebenden dieser „Zivilisation“, bzw. ihren Nachfahren, bildete sich schließlich die amazonische *Kichwa* - Gruppe heraus, zu der auch die meisten Bewohner von Loreto gehören.

Doch die *Kichwa*, bzw. die Indianer allgemein, waren nicht nur die Opfer und stummen Zeugen dieser historischen Prozesse, eine Rolle, in der sie auch heute noch vielfach dargestellt werden. Vielmehr waren sie auch als aktiv Handelnde beteiligt. Die Indianer Amazoniens sind keine „Völker ohne Geschichte“¹⁰⁸ und ihre Geschichte beginnt weder mit dem Eintreffen der Kolonialisten, noch ist sie allein durch diese geprägt. Die kulturellen Wurzeln der Tiefland - *Kichwa* reichen viel weiter zurück, nämlich zu ihren präkolonialistischen Vorfahren, den heute meist

¹⁰⁷ Vgl. dazu auch Cabodevilla (1998), Palacio (1989b).

¹⁰⁸ Begriff nach Wolf (1986).

„ausgestorbenen“ indigenen Gruppen der *Quijos*, *Zápara*, *Omaguas*, *Encabellados*, oder *Tucanos*, mit ihren jeweiligen Sprachen und Gebräuchen.

Und auch zum Austausch zwischen diesen Kulturen, zur wechselseitigen Beeinflussung bzw. ihrer „Vermischung“ kam es nicht erst in den Zeiten der Kolonisation. Bereits zuvor hatte es exogame Hochzeiten gegeben, die z. B. Freundschaften oder Frieden zwischen den einzelnen Ethnien bekräftigten und in Kriegszeiten geraubte Frauen sowie Kriegsgefangene wurden oftmals einfach in den eigenen Stamm eingegliedert.

Die Geschichte der amazonischen *Kichwa* - Gruppe begann also nicht mit den Spaniern und viel weniger noch endete sie mit deren Rückzug aus Amerika. Seit der Zeit der *Conquista* haben vielfältige Einflüsse auf diese Ethnien eingewirkt und zum Charakter ihrer Kultur beigetragen, so z.B. die Mestizen aus dem Hochland, die eigene Dorfgemeinschaften in Loreto gegründet haben, oder die evangelikalen Sekten, die versuchen, dort neue Anhänger zu finden.¹⁰⁹

4.2.2.2 Indianische Ethnizität: „Yo soy más indio que tú?“¹¹⁰

Die komplexe Problematik ethnischer Kategorien und indianischer Identität illustriert treffend der im Folgenden zitierte Dialog zwischen dem Dozenten eines Ausbildungsseminars für indianische Dorfgesundheitsarbeiter und einem Teilnehmer:

„Wen versteht man unter einem Indio?“

„Wir sind nicht wirkliche Indios[.], aber wir sind Kichwa, [.], die die Sprache Kichwa sprechen. Ich weiß nicht, was Indios sein könnten, aber für mich bin ich Kichwa, soweit wag ich mich vor [zu behaupten], ...für mich bin ich Kichwa.“¹¹¹

Bei ecuadorianischen Volkszählungen ergeben sich immer wieder verblüffend unterschiedliche Ergebnisse: Während die CONAIE¹¹² den Anteil der indigenen

¹⁰⁹ Knipper verwendet in diesem Zusammenhang für die von ihm erforschten amazonischen *Kichwa* des Rio Napo (sogenannte „*Naporuna*“) sogar den Begriff „*indianische Mestizen*“ (2003, S.60).

¹¹⁰ Spanisch für: „Ich bin mehr „Indio“ als du“ (Bazurco 2006).

¹¹¹ Span. Originalzitat: „Que se entiende por indio?“

„No somos indio indio [...], pero nosotros somos kichwa, [...], los que hablan la palabra kichwa. Pero no se en otra forma que seran indios pero por mi lado soy kichwa, hasta aqui me meto yo,por mi soy kichwa.“

¹¹² CONAIE: Confederación de las Nacionalidades Indígenas del Ecuador.

Bevölkerung Ecuadors bei circa 45% angibt¹¹³, rechnet das nationale Statistikamt mit 4%,¹¹⁴ diverse ausländische Studien beispielsweise ergaben 35 %.¹¹⁵

Diese extrem unterschiedlichen Zahlen belegen, wie schwierig es ist, allgemein gültige Kriterien indianischer Identität zu erstellen¹¹⁶ und anzuwenden, um dem einzelnen Ecuadorianer eine, bzw. die ihm entsprechende, Ethnizität zuzuordnen. Meist nicht berücksichtigt wird in solchen Statistiken außerdem die subjektive „Innensicht“ der betroffenen Ecuadorianer selbst, die von der zugeschriebenen Kategorisierung durch andere, stark differieren kann.¹¹⁷

Ecuadors Indianer zählen nur soweit als eigene Ethnie, wie sie sich selbst eine kollektive Identität¹¹⁸ zuschreiben und dadurch eine „vorgestellte Gemeinschaft“ bilden (vgl. Anderson 2005, S. 16). Eine Ethnie formt sich nämlich hauptsächlich daraus, dass ihre Mitglieder die Vorstellung eines Zusammengehörigkeitsgefühls teilen und basiert weitaus weniger auf einer sozialen Realität. Diese „vorgestellte Gemeinschaftlichkeit“ bleibt bestehen, selbst wenn kulturelle Elemente sich ändern bzw. schon immer differierten.

Die ecuadorianischen *Indígenas* werden häufig als kulturell einheitlich bzw. ähnlich dargestellt, obwohl z.B. Hochland - *Kichwa* und amazonische *Huaorani*s weder Sprache, kulturelle Bräuche und Riten, noch eine gemeinsame Abstammung verbindet. In den jeweiligen indianischen Kulturen existiert nämlich kein allgemeingültiges, völkerübergreifendes Konzept verbindender Indigenität, und auch ein sprachliches Korrelat zu Oberbegriffen wie dem spanische „*Indígena*“ oder dem deutschen „*Indianer*“ existiert in den einzelnen Sprachen nicht.

¹¹³ www.conaie.nativeweb.org (letzter Zugriff: Dez. 2006).

¹¹⁴ Vgl. Ströh (2005, S. 81).

¹¹⁵ Vgl. z.B.: <http://www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/Laender/Ecuador.html>.

¹¹⁶ Bei Stephens u.a. (2006) findet sich ein Überblick über häufig verwendete Studienkriterien zur Bestimmung, ob eine Person einer indianischen Ethnie zugeordnet werden kann oder nicht (z.B. Sprache, Kleidung, Selbstdefinition).

¹¹⁷ Vgl. z.B. die Definition von Stephens u.a. (2006, S.1859): „*Indigenous peoples are the original inhabitants of an area, the descendants of the original inhabitants who are colonised, and those who live in an Indigenous way and are accepted by the Indigenous community. Indigenous people could also be those who are successful in maintaining ancestral behaviours over specific territories with or without traditional lands. Indigeneity in Latin America and the Caribbean is, as in many parts of the world, most clearly defined as those who predated European conquistadores*“ (vgl zu diesem Thema auch: United Nations 2004).

¹¹⁸ Zur Abgrenzung des formalistischen Ethniebegriff, der besonders das emische (kulturimmanente) Merkmal betont und somit die Selbst - und Fremdabgrenzung von Ethnien, vom essenzialistischen Ethniebegriff, der Ethnie an ein Substrat gemeinsamer Sprache, Kultur oder Abstammung bindet, vgl. Elwert u. Alber (2007, S. 269).

Shuar sprechende Völker bezeichnen sich selbst als *Shuar*, *Huaorani* sprechende Völker als *Huaorani*, *Cófan* sprechende Völker als *a'i*. Jede dieser Bezeichnungen bedeutet letztlich einfach *Mensch*, bzw. *Menschen*.¹¹⁹

Die *indianische* Bevölkerung von Loreto identifiziert sich selbst als „*runa*“, was ebenfalls Mensch bedeutet und ihre Sprache, das *Kichwa*, bezeichnen sie als die „*runa shimi*“, die „*Sprache der Menschen*“.¹²⁰

Außerdem bestehen auch innerhalb indigener Ethnien wichtige kulturelle Differenzen,¹²¹ wie sie sich z.B. in der Sprache der amazonischen *Kichwas* widerspiegeln, denn man unterteilt diese (formell) in drei linguistische Gruppen,¹²² die *Tena* - Gruppe, deren Dialekt am Oberlauf des Rio Napo vorherrscht,¹²³ die *Canelos*gruppe im Süden und die *Limoncochagruppe* im Gebiet der Flüsse Napo (Unterlauf) und Suno. Zur letzteren gehört auch das in dieser Arbeit untersuchte Gebiet.¹²⁴

Spricht man also von den ecuadorianischen Indianern, so handelt es sich dabei eigentlich um eine von außen betriebene Reduktion der Komplexität der realen Situation. Die ecuadorianische Gesellschaft an sich sowie die ecuadorianischen Indigenen sind jedoch in der Realität durch Pluralismus charakterisiert: Es koexistieren verschieden differenzierte Gruppen, von denen jede ihre Identität und ihr soziales Netz bewahrt hat. Dabei haben jedoch alle zugleich im weitesten Sinne am gemeinsamen, politischen und wirtschaftlichen System teil. Wenn die *Indígenas* als Organisation z.B. in der Politik auftreten, versuchen ihre Repräsentanten, um den Zusammenhalt natürlich erscheinen zu lassen, ein Bild von Geschlossenheit zu vermitteln. Die Realität im Land spiegelt dies jedoch nicht wider.¹²⁵

¹¹⁹ Vgl. hierzu auch Whitten (1981, S. 18).

¹²⁰ Das amazonische *Kichwa* wird heute offiziell als ein Dialekt des *Kichwa* des Hochlandes angesehen.

¹²¹ Vgl. dazu Kapitel 3.2.2.

¹²² Einteilung nach Whitten 1987, Orr und Wrisle (1965).

¹²³ Dieser weist die größte Ähnlichkeit mit dem HochlandKichwa auf (vgl. Franco 2005).

¹²⁴ Gleichzeitig gilt zu bedenken, dass ein großer Teil der Bevölkerung von Loreto ursprünglich aus der Region Tena/ Archidona stammt und wie in den 80er Jahren auf der Suche nach neuem Lebensraum nach Loreto kam. Somit erfasst diese regionale Einteilung kaum die reale Situation heute (vgl. dazu auch Macdonald 1999, S. 9).

¹²⁵ Vgl. dazu Kapitel 3.1.4.

Ethnizität bedeutet in Loreto, wie auch in ganz Ecuador, letztlich eine soziale Kategorie,¹²⁶ Menschen werden aufgrund bestimmter Merkmale einer Ethnie zugeordnet, bzw. von ihr ausgeschlossen. Diese Kategorisierung differiert oftmals erheblich von der Eigendefinition der Betroffenen.

Doch wie lautet diese?

Über viele Jahre haben Teile der indianischen Bevölkerung ihre indianische Abstammung verleugnet und eine „*kulturelle Transformation*“ vom *Indígena* zum Mestizen, ein sogenanntes „*blanqueamiento*“ (spanisch für „Weißwerden“) durchgemacht.¹²⁷ Besonders in den 1960er Jahren, als es auf dem Land nicht mehr genügend fruchtbaren Boden gab um alle zu ernähren, zogen viele Indianer auf der Suche nach neuen Möglichkeiten in die Städte, wo ihnen ihre Indigenität gegenüber der Dominanz der mestizischen bzw. weißen Bevölkerung in Gesellschaft, Politik und Medien Diskrimination und soziale Benachteiligung brachte und ihnen den Makel des Primitiven und Unzivilisierten anhaften lies. Das urbane Leben, fern von Familie und sozialem Umfeld, entfremdete viele *Indígenas* von ihrer ursprünglichen Kultur. Der offene Rassismus in der Stadt gegenüber den Indianern ließ viele ihre indigenen Sitten, Gebräuche und Kleidung ablegen. Sie versuchten sich eine neue Identität überzustreifen und assimilierten Werthaltungen, Normen und Verhaltensstandards der mestizischen Gesellschaft, auch ohne dass eine biologische Vermischung stattgefunden hätte.

Andere verloren ihre Kategorisierung als Indigena entgegen ihrem Willen, indem sie von der indianischen Gemeinschaft ausgegrenzt wurden. Dies geschah zum Beispiel häufig in der Zeit der staatlich geförderten Besiedlung des *Oriente* in den 1970er und 80er Jahren, als neben Mestizen auch viele Hochlandindianer auf der Suche nach neuen Anbauflächen in das Amazonasgebiet einwanderten. Im Tiefland galten diese Indigenen nun, genauso wie die zugezogenen Mestizen, als Siedler (spanisch: „*colonos*“), die den lokalen *Indígenas* den Lebensraum streitig machten. Zumindest von außen gesehen hatten sie ihre indianische Ethnizität also verloren.

Daneben gibt es immer mehr Indianer, die neben Spanisch und ihrer eigenen Sprache *Kichwa* bzw. *Shuar* sprechen, die zwei am weitesten verbreiteten indigenen Sprachen im Tiefland. Auch einige Mischehen zwischen Mestizen und Indianern gibt

¹²⁶ Vgl. Bowen (2000) , Jenkins (1977).

¹²⁷ Vgl. Pfaffenholz und Jarrín (2006, S.47).

es in den Dörfern von Loreto. Knipper bemerkt dazu: „*Gleichzeitig ist die indianische Gruppe der Kichwa sprechenden Bevölkerung in den vergangenen Jahrzehnten in Expansion begriffen, und nimmt sowohl anderssprachige Indígenas als auch Mestizen auf. Sie werden zu Indígenas*“ (Knipper 2006, S. 27).

Nicht unerheblich dürfte dabei sein, dass es heute, neben unbestreitbaren Nachteilen in vielen Bereichen, in bestimmten Situationen durchaus von Vorteil sein kann, sich als Teil der indianischen Bevölkerung zu definieren: „*In some countries, to be called Indigenous has changed over time from being pejorative and often life - threatening to being a term of pride, and has given people access to their rights and their land*“ (Stephens u.a. 2006, S. 2020).

Im Sinne einer positiven Diskriminierung werden auch in Ecuador teilweise bestimmte Gruppen, als Ausgleich für ihre sozio - ökonomische Benachteiligung, privilegiert. So z.B. beim Einstreichen von Fördergeldern bzw. Entwicklungshilfe, besonders von Seiten internationaler Organisationen.¹²⁸

Die Anpassung von Kulturmustern verläuft demnach (inzwischen) zweiseitig, wie sich am Beispiel der Nachfahren ehemaliger Großgrundbesitzer am Rio Napo zeigt, die die Sprache und Lebensweise der *Kichwa* annahmen (vgl. Knipper 2003a, S.59). Von diesem Prozess zeugt auch die Rückbesinnung vieler *Montubios* der ecuadorianischen Küstenregion auf ihre indianischen Wurzeln.¹²⁹

4.2.3 Kulturelle Aspekte der Kichwa

Die Welt setzt sich in der Kosmovision der *Kichwa* aus vier Teilen zusammen: *awa pacha*, *puyo llacta*, *kay pacha* und *ukhu pacha* (von oben, von innen, der Wolken und der Erde (von unten)). Die Geschichte der Entstehung dieser Erde bzw. des Menschen vereint vorkolonisatorische indianische Mythen mit der christlichen Schöpfungsgeschichte, die mit Missionaren und Soldaten im 16 Jh. das Amazonasbecken erreichte. Zum Beispiel wohnen für viele *Kichwa* neben Gott auch die Zwillinge *Kuylluru* und *Duciru* im Himmel, die sich in Sterne verwandelt haben.¹³⁰ Als Widerspruch empfinden das die meisten *Kichwa* jedoch nicht.

¹²⁸ Vgl. zu diesem Thema auch Bazarco (2006), der den Prozess der Ethnisierung am Beispiel der Halbinsel Santa Elena in Ecuador beschreibt.

¹²⁹ Siehe dazu auch Palmerlee, Grosberg, McCarthy (2006).

¹³⁰ [AL] am 14.12.2006, vgl. zu diesem Mythos auch Uzendoski (2006, S. 167f), Franco (2005, S.24f).

Die supai

Die indigene Kultur ist stark geprägt durch ihre intensive Beziehung zur „*nicht sichtbaren Welt*“, die nach der Auffassung der *Kichwa* enorme Bedeutung für das tägliche Leben hat.

Ein wichtiges Konzept, auf das hier aufgrund seiner großen Bedeutung für die *Kichwa* bei der Entstehung von Krankheiten bzw. den Erhalt der Gesundheit eingegangen werden muss, sind die sogenannten *supai*,¹³¹ die in der Vorstellung der *runa* gleichzeitig die Welt, in der sie selbst leben, besiedeln.

Der *Kichwa* - Begriff *supai* wird oft neutral mit „*Geist*“, bzw. „*nicht sichtbares Wesen*“ übersetzt (vgl. Kohn 1992, S. 20 und Knipper 2003a, S.186). Andere klassifizieren die *supai* als grundsätzlich böse und übersetzen den Begriff deshalb mit dem deutlich negativ besetzten Wort „*Dämon*“ (Métraux 1949, S.566). In persönlichen Gesprächen haben es mir Informanten meist mit „*diabolo*“ (span. für „*Teufel*“) übersetzt, jedoch ging es hier in der Regel auch um jene *supai*, die Krankheiten erzeugen, also um die schlechten bzw. bösen. Für die *Kichwa* existiert nämlich eine Vielzahl an unterschiedlichen *supai*, die allgemein als gute, böse und sehr böse gewertet werden,¹³² und die sich oft auch in ihrer „Entstehung“ bzw. Herkunft unterscheiden. Viele *supai* waren früher Menschen gewesen, und zwar besonders solche, die ein schlechtes Leben geführt haben, also z.B. geizig waren oder betrogen haben. Andere *supai* hingegen waren nie Menschen und werden oft als besonders mächtig, bzw. als „Herr“ über andere *supai*, angesehen.¹³³

Nach der Auffassung der *Indígena* leben die *supai* in auffälligen geographischen Gegebenheiten, wie beispielsweise tiefen Lagunen, Wasserfällen oder hohen Bergen, weshalb man sich bei diesen Orten auch in Acht vor Unglück und Krankheit nehmen muss.¹³⁴

Nach der Vorstellung vieler *runa* erwarten die *supai*, dass man sie respektiert und ihnen mit einer unterwürfigen Haltung entgegen tritt. Dieses Verhalten würde ein *supai* mit der Gabe besonderer Kräfte (*samay*, [siehe dazu unten]) oder Kenntnisse bzw. Glück auf der Jagd belohnen. Gleichzeitig könnten die *supai* die Leute schwer

¹³¹ Von manchen Autoren wird auch *supay* geschrieben.

¹³² Zu den verschiedenen Arten von *supai*, vgl. Peñaherrera de Costales u. Costales (1969, S. 138ff.).

¹³³ Vgl. zur unterschiedlichen Herkunft der *supai* auch Knipper (2003a, S. 189f) und Zerries (1954).

¹³⁴ Aussagen verschiedener indianischer Gesundheitsarbeiter bei einer Fortbildungsveranstaltung am 14.12.2006, vgl. auch Kohn, (1992, S. 22).

krank machen oder sogar töten. Als Beispiel für solche Krankheiten sei an dieser Stelle nur kurz auf die Konzepte von *susto*¹³⁵ oder *mal aire*¹³⁶ verwiesen.

Samay

„[...] *alles was auf der Welt existiert [hat] samay. Samay ist Seele, ist Macht, ist Kraft und ist Geist. Samay ist Leben. Wir Menschen haben samay. Mit dem Tod wird samay zu aya [Seele eines Verstorbenen].*“¹³⁷

Für den *Kichwa* - Ausdruck *samay*¹³⁸ existiert kein expliziter Terminus in anderen Sprachen. In der einschlägigen Literatur finden sich als konkrete Übersetzungen sowohl „inneres Wesen“ (original: „*inner being*“, Macdonald 1999), „Geist“ (Uzendoski 2006, S. 162) „Kraft“ und „Wille“ (Guzmán 1997, S. 65) als auch „Hauch“, „Kraft des Geistes“ (Muratorio 1998, S. 390) oder „Atem“ (Baumann 1998, S.34). Bei einer Diskussionsrunde in Loreto, in der es um das Konzept *samay* und seine Bedeutung ging, einigten sich die teilnehmenden *promotores* auf die Begriffe „Geist“ und „Kraft“, gaben jedoch gleichzeitig als wörtliche Übersetzung von *samay* „Luft“ bzw. „Luftzug“ an (spanisch: „*aire*“).¹³⁹

Diese höchst unterschiedlichen Bedeutungen können nicht exklusiv gewertet werden und keiner der oben genannten Begriffe darf als exakter oder wahrhaftiger als die anderen aufgefasst werden. Es scheint viel mehr so, als ob das Konzept *samay* all jene Bedeutungen gleichzeitig in sich trägt und die hier genannten Übersetzungen allesamt Aspekte eines weitaus komplexeren Prinzips darstellen. Dabei zeigt sich hier auch besonders deutlich, wie eng verflochten für die *Kichwa* bestimmte Aspekte „allgemein kultureller Art“ und der „medizinische“ Bereich oft sind. So ist das *samay* extrem wichtig für die indigene Interpretation von Prozessen wie Erkrankung und Heilung, ohne dabei jedoch eine rein medizinische Kategorie zu sein.

¹³⁵ Spanisch für „Schreck“, Erkrankung, die oft als kulturspezifisches Krankheitsphänomen in Zusammenhang mit Seelenverlust charakterisiert wurde, biomedizinisch aber auch als Hypoglykämie bzw. als psychosomatische Erkrankung gedeutet wird (vgl. dazu z.B. Greifeld 1985 und 1995, Hörbst 1997).

¹³⁶ Spanisch für „schlecht“, bzw. „böse Luft“, assoziiert wird mit diesem Begriff ein (dramatisches) Krankheitsgeschehen variabler Symptomatik. Vgl. hierzu z.B. Knipper (2003a), Iglesias (1989), Kohn (1992).

¹³⁷ Knipper (1999, S. 187).

¹³⁸ Bei manchen Autoren auch *samai* geschrieben (z.B. Uzendoski 2006).

¹³⁹ Fortbildungsveranstaltung der *promotores* am 14.12.2006.

Zusätzlich stellt das *samay* keine konstante Größe im Leben eines Menschen dar. Ein Neugeborenes besitzt nur sehr wenig *samay* und ist deshalb auch besonders schwach und anfällig für Krankheiten. Das *samay* wird erst nach und nach im Laufe der Jahre erworben. Es wächst und verstärkt sich mit besonderen Erlebnissen bzw. Taten des Menschen, schwächt sich ab bei Krankheit und verliert sich schließlich mit dem Tode vollständig. Auch durch den Einfluss anderer verändert sich das *samay* eines Menschen, so z.B. bei der Heirat bzw. der Gründung einer Familie oder einer neuen *compadre* - Beziehung.¹⁴⁰

Eine besondere Rolle wird auch den *yachak* zuteil, die aufgrund ihres persönlichen *samay* ihre außergewöhnlichen Kräfte entwickeln und im Guten wie im Schlechten anwenden können. So können sie *samay* spenden, wenn sie z.B. kranken Menschen neue Kraft zum Leben durch Beblasen des Kopfes übertragen. Gleichzeitig wird den Schamanen auch die Fähigkeit zugeschrieben, das *samay* anderer zu verringern, bzw. negativ zu manipulieren.¹⁴¹

Das *samay*, besonders in seinem Bezug zu Krankheit und Gesundheit, bzw. seinem Potential zur Heilung oder Schädigung des einzelnen Menschen, spielt deshalb auch in der vorliegenden Arbeit eine bedeutende Rolle. Als sehr wichtiger Teil der indigenen Vorstellung von Erkrankung und Heilung, bzw. von Kranken und Heilern, blieb es bei Gesprächen mit Informanten jedoch häufig im Hintergrund und kam nur selten, wie z.B. im Kapitel über die *yachak*, explizit zur Sprache. Es scheint, dass das Konzept *samay* von einer so grundlegenden und selbstverständlichen Bedeutung ist, dass eine explizite Erwähnung nur selten für nötig empfunden wurde.

4.2.4 Die wirtschaftliche Situation in Loreto

In den indianischen Dörfern des Kantons *Loreto* leben auch heute noch die meisten Familien von der Subsistenzwirtschaft, d.h., gegessen wird fast ausschließlich die Ernte der eigenen *chakra* (Anbaufläche) und was man zusätzlich im Regenwald sonst noch vorfindet. „Die *Kichwa* säen normalerweise nicht, bebauen keine Felder“,

¹⁴⁰ Spanisch für „Pate“, vgl. zur weiteren Bedeutung der besonderen Beziehung zwischen *compadres* Kapitel 3.2.4.

¹⁴¹ Vgl. Kapitel 5.3.

erklärte mir eine Informantin.¹⁴² Ihre Nahrung besteht somit hauptsächlich aus Yucawurzeln¹⁴³ und Kochbananen, bzw. was immer auf der Jagd oder beim Fischfang erbeutet wurde.

Für die meisten Familien wird es immer schwieriger, auf diese Weise genügend Nahrung zu erwirtschaften. Verantwortlich hierfür sind, neben anderen Faktoren, Umweltverschmutzung und Explotation durch die Ölfirmen, die Abholzung des Regenwaldes und das Bevölkerungswachstum. Ein Informant¹⁴⁴ ging sogar so weit zu behaupten, Impfungen seien im Grunde ihres Wesens schlecht, weil sie die Kindersterblichkeit senken und es deshalb jetzt nicht mehr genügend Platz für alle Indianer gäbe.

Und noch immer kommen auch Mestizen und Indianer aus anderen Regionen Ecuadors auf der Suche nach Land und einer neuen Lebensgrundlage ins Amazonasgebiet. „Die colonos [spanisch: Siedler] machen sich in Loreto breit und die Kichwa müssen sich immer weiter in den Urwald zurückziehen,... die colonos nutzen sie aus, denn die Kichwas haben nicht die Gewohnheit, Sachen zu verkaufen. Deshalb verschenken sie das Land oder verkaufen es sehr billig“.¹⁴⁵ Viele Indígenas in Loreto, die für sich selbst einen neuen Platz noch tiefer im Urwald zum Leben suchen mussten, teilen diese Meinung. Sie haben das Gefühl, von neu ankommenden Siedlern, die ihnen ihr Land zum Teil für einen Spottpreis abgeluchst haben, Jahr für Jahr weiter in den Regenwald gedrängt zu werden, wo sie dann der Natur neue Flächen zum Bewirtschaften abringen müssen.

Mit den Siedlern kommen jedoch auch neue Elemente und Methoden der Nahrungssicherung bzw. Landwirtschaft nach Loreto, die dann von den dort lebenden Personen übernommen werden. So bekommt die häusliche Kleinviehzucht, meist Geflügel, dank des ökonomischen Vorbilds der „colonos“ auch bei den Indígenas einen immer wichtigeren Stellenwert. Sie dient sowohl dem eigenen Verzehr, als auch als Möglichkeit, durch den Verkauf von Fleisch und Eiern an Geld zu gelangen. Bislang bauen nur wenige indigene Familien Kaffee, Kakao oder Reis an, um sie später zu verkaufen. Es sind dies Produkte, die von der indigenen Bevölkerung selbst kaum konsumiert werden.

¹⁴² [MN] im Gespräch am 10.11.2006.

¹⁴³ Yuca ist in Deutschland auch unter den Namen *Kassava*, bzw. *Maniok* bekannt (botanisch Bezeichnung: MANIHOT ESCULENTA, identifiziert nach Kohn 1992, S.31).

¹⁴⁴ [JH] im Interview am 27.11.2006.

¹⁴⁵ [MN] im Gespräch am 10.11.2006.

Doch das Überleben allein mit Hilfe der Subsistenzwirtschaft wird von Jahr zu Jahr schwieriger. Der Besitz von Geld erlangt deshalb auch in der Region Loreto immer größere Bedeutung. Zusätzlich bekommen die seit jeher in materieller Armut lebenden *Kichwa* - Familien in den Häusern und Dörfern der mestizischen Siedler inzwischen nur zu deutlich vor Augen geführt, was man alles besitzen könnte, hätte man denn mehr Dollar zur Verfügung. Das beginnt im Kleinen, mit Kochutensilien, Kleidung und Betten und zieht sich fort bis zu den Autos, die einige, wenn auch wenige, mestizische Siedler in Loreto inzwischen besitzen. „*Ein „colono“, sucht immer nach noch mehr, ein Kichwa nicht*“¹⁴⁶, war die Erklärung eines mestizischen Informanten auf meine Frage, wie es denn zu diesen unterschiedlichen Lebensweisen komme. Doch selbst wenn die Realität in den Dörfern von Loreto diese Auffassung noch in sehr vielen Fällen widerspiegelt und auch andere indigene Informanten dieser Aussage grundsätzlich zugestimmt haben, bleibt das „ökonomische Vorbild“ der Mestizen, bzw. der *colonos*, nicht ohne Folgen. Es zeigt sich in Loreto heute eine zuvor unbekannte Suche nach neuen Erwerbsmöglichkeiten, die nicht immer nur dadurch bedingt ist, dass ein Überleben von der Subsistenzwirtschaft immer härter wird. Viele junge Männer versuchen zum Beispiel inzwischen einige Dollar als Arbeiter auf den illegalen Cocaplantagen in Kolumbien zu verdienen, um damit zusätzliche Lebensmittel, Medikamente oder andere Güter für ihre Familien zu kaufen oder um ihren Kindern den Schulbesuch zu ermöglichen. Jedoch kehren viele dieser Arbeitsemigranten nie nach Loreto zurück. Es heißt, dass viele Plantagen - „Besitzer“ ihre Arbeiter nach der Ernte lieber ermorden als sie auszubezahlen; besonders jene Arbeiter, die mehrere Monate dort verbracht haben und somit mehr Lohn verdient haben, sind gefährdet. Ein Informant bestätigt: *“Wenn man mehr als 3 Monate bleibt, kehrt man nie zurück, sie lassen dich dann nicht mehr gehen.”*¹⁴⁷ Und doch verlassen jedes Jahr wieder junge Männer Loreto und reisen nach Kolumbien in der Hoffnung, dort an Geld zu gelangen.

Das liegt auch daran, dass weitere Optionen des Erwerbs bislang fehlen, was sich aber bald ändern dürfte. Noch ist der Kanton Loreto nämlich touristisch kaum erschlossen, es gibt aber bereits erste sogenannte „Ökotourismusprojekte“, bei denen kleine Gruppen von Touristen ausgewählte Indianerdörfer mit dem Ziel besuchen, am Leben der Dorfbewohner teilzunehmen. Ähnliche Projekte in der

¹⁴⁶ „*El colono siempre busca mas, el kichwa no.*“ [EA] am 9.11.2006

¹⁴⁷ [AM] am 06.09.2006.

Provinz *Napo* zeigen, neben dem zusätzlichen Verdienst für einige, auch die Schattenseiten dieser Projekte, die Ungleichheiten innerhalb der Dörfer fördern, die Gemeinschaft im *ayllu* (Familienverband) beeinträchtigen und die *Indígenas* sehr direkt mit der westlichen Kultur und deren Konsumgütern konfrontieren.

Doch darf man den *Kichwa* unsere Lebensweise bewusst vorenthalten, um sie (vermeintlich) zu schützen?

Der Präsident eines Dorfes, das in Zukunft an Projekten mit Touristen teilnehmen möchte, hatte darauf eine klare Antwort: *„Auch wir haben ein Recht darauf zu erfahren, wie es in eurer Welt aussieht und eure Kultur kennenzulernen und von all den modernen Sachen, die ihr besitzt, zu erfahren.“*¹⁴⁸ Nicht alle denken so, in vielen Dörfern haben die Leute sich bewusst gegen eine Partizipation am „Ökotourismus“ entschlossen. Ihre Argumente¹⁴⁹ waren unter anderem, es könne *„Streit innerhalb der Dorfgemeinschaft um das Geld geben“* oder in der Zukunft könne man von den Touristen und ihrem Geld abhängig werden. Argwohn brachte man auch den Besuchern selbst entgegen: *„Touristen könnten die Weisheit der Kichwa mit sich fort nehmen“*, bzw. *„sie [die Touristen] lehren der Dorfgemeinschaft schlechte Umgangsformen“* waren durchaus gängige Befürchtungen. Und die Aussage *„Touristen bringen neue Krankheiten“* lässt erahnen, dass Tourismusprojekte auch vielfältige Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung haben könnten. Dabei geht es hier natürlich nicht nur um das „Einschleppen“ biomedizinisch definierter Krankheiten durch Touristen, wobei, um den Vergleich mit den Tourismusprojekten am Río Napo noch einmal zu bemühen, z.B. ein Anstieg sexuell übertragbarer Krankheiten durchaus anzunehmen ist. Folgt man dem indigenen Konzept zur Entstehung von Krankheit, mit seinem starken Bezug zur *„nicht sichtbaren Welt“*, dem Gleichgewicht in der Dorfgemeinschaft oder etwa dem Ausüben von Schadenszauber, müssen negative Auswirkungen fremder Besucher für die gesundheitliche Situation in den Dörfern befürchtet werden.

¹⁴⁸ *„Nosotros tambien tenemos el derecho de saber como es el mundo de ustedes, conocer su cultura,...saber de todas estas cosas modernas que tienen.“* [JL] am 25.12.2006

¹⁴⁹ Ergebnisse einer Umfrage in den Dörfern von Loreto im Jahr 2006, Für die Überlassung der entsprechenden Daten danke ich Julia Gattringer. Vgl. dazu auch Gattringer 2006.

4.2.5 Familie und Verwandtschaftsstrukturen

Der indigene Familienverband, auf Kichwa *ayllu*¹⁵⁰ genannt, umschließt sowohl biologische, angeheiratete (affine) als auch soziale Verwandtschaft.

Mit der Heirat begründen Mann und Frau den Kern des *ayllu*, wobei auch konsanguinal - lineare Verwandte,¹⁵¹ also z.B. unverheiratete Söhne und Töchter, zur Kernfamilie gerechnet werden.

Dieser engste Familienkreis wird bei den meisten *Kichwa* durch angeheiratete Schwiegertöchter, bzw. – söhne, Schwägerinnen, Schwager oder sogar durch Stief - mütter und Stiefväter erweitert, also Familienmitglieder, zu denen keine Blutsverwandtschaft besteht, die jedoch aufgrund ihres Status trotzdem in die Familie eingegliedert werden. Dies gilt meist auch für eingeheiratete mestizische bzw. negroide Ecuadorianer, die in indianischen Familien leben; sie werden für den Familienverband selbst zu *Kichwa* und nehmen oft sogar die indigene Sprache an.

Desweiteren gehören zum *ayllu* auch die *compadres*, deren Funktion und Bedeutung die direkte deutsche Übersetzung des Terminus als Pate oder Patin wohl kaum auszudrücken vermag und die somit allgemeiner als soziale Verwandtschaft¹⁵² definiert werden müssen. Mit dem *compadrazgo*, also der Beziehung zwischen zwei verschiedenen *compadres*, werden Beziehungen zu anderen *ayllus* geschaffen bzw. die Bindung des eigenen *ayllus* gefestigt, wenn es sich bei den beiden *compadres* um biologisch oder affine Verwandte handelt. Dabei übertrifft die Beziehung zwischen *compadres* manchmal qualitativ sogar die Blutsverwandtschaft.

Doch auch die starke Tradition des Lebens im bzw. als *ayllu* bewahren diesen nicht vor neuen Einflüssen. Viele junge Menschen verlassen heute den *ayllu*, um Arbeit und ein besseres Leben in anderen Teilen des Landes bzw. in den Großstädten zu finden. Andere wohnen aufgrund ihrer Arbeit z.B. als Mitarbeiter einer indigenen Organisation in einer anderen Gegend des Amazonasgebiets, oder verändern ihren

¹⁵⁰ Besonders aus der Region Napo migrierte *Kichwa* bevorzugen oftmals den Begriff „*mntun*“ für Familienverband, der auch in der Literatur zum Teil Anwendung findet (vgl. z.B. MacDonald 1999, Franco 2005).

¹⁵¹ Einteilung nach Fischer (2000, S. 36).

¹⁵² Franco (2005) bezeichnet dies als spirituelle Verwandtschaft („*parentesco espiritual*“), einige Autoren, darunter beispielsweise Oberem (1980) oder Mercier (1979) beschreiben den *ayllu* rein als mehrere Generationen umfassende Großfamilie, ohne die *compadres* dabei zu erwähnen. Müller (1995, S. 217) verwendet den Ausdruck *compadrazgo*, um eine feste Beziehung, gleich einer „fiktiven Verwandtschaft“ zwischen einem „*patrón*“ (meist Grundbesitzer oder Kolonist), und seinem „indianischen Klientel“ in lateinamerikanischen Staaten zu beschreiben.

Lebensstil durch engen Kontakt mit Touristen so stark, dass sie sich im traditionellen *ayllu* nicht mehr wiederfinden.

„*Kichwamänner sind sehr gewalttätig und eifersüchtig, aber sie betrügen ihre Frauen nicht*“,¹⁵³ erklärte mir eine ältere *Indígena* und versuchte mir damit den Unterschied zwischen mestizischen und indianischen Lebensgemeinschaften aufzuzeigen. Doch Fremdgehen, Scheidung, uneheliche Kinder und „*patchwork-Familien*“, charakterisieren schon lange nicht mehr nur Mestizen und Ausländer. Besonders jene *Kichwa*, die aufgrund ihrer Arbeit alleine an einem anderen Ort wohnen oder viel reisen, sind diesen vermeintlich mestizischen bzw. westlichen Einflüssen ausgesetzt und nehmen sie teilweise als Zeichen eines neuen, moderneren und erstrebenswerten Lebensstiles auf. Traditionelle indigene Strukturen werden also (auch) aufgrund dieser „kulturellen Vorbildfunktion“ der nicht - indigenen Bevölkerung untergraben, und dabei zeigt sich deutlich, wie zerbrechlich der *ayllu* angesichts solcher neuer Lebensformen eigentlich ist. Dieser sozio - kulturelle Wandel betrifft letztlich jedoch nicht nur den Familienverband, sondern zeichnet sich auch auf Ebene der Dorfgemeinschaft ab.

4.2.6 Soziopolitische Organisation

Wichtige Entscheidungen werden in den *Kichwa* - Familien meist von Mann und Frau gemeinsam getroffen. Die zu erledigende Arbeit wird geteilt, wobei jedoch Jagen und Fischen als klassische männliche Aufgaben gelten, während die Frauen eher als verantwortlich für das Bearbeiten der Felder, die Küche und die Herstellung von *chicha* betrachtet werden.¹⁵⁴ *Chicha* ist ein fermentiertes Getränk aus zerstampfter, zum Teil gekauter und mit Wasser versetzter *Yuca*, das nach einigen Tagen sogar deutlich Alkohol enthält. Die Bedeutung der Zubereitung und des gemeinsamen Genusses von *chicha* geht dabei weit über ihre Rolle als Nahrungsmittel hinaus. Ein Besucher bekommt bei den *Kichwa* meist zunächst eine Schale mit *chicha* angeboten, diese abzulehnen wäre für viele *Indígenas* eine

¹⁵³ [MI] am 1.11.2006

¹⁵⁴ Die Annahme einiger Autoren (vgl. z.B. Knipper 2003a), bei den *Kichwa* herrsche eine sehr strikte Arbeitsteilung zwischen Mann und Frau, ließ sich für die Region Loreto so nicht (mehr) bestätigen. So traf ich in einigen Dörfern sowohl verheiratete Männer bei der Zubereitung von *chicha* oder beim Kehren des Küchenbodens an, als auch Frauen beim Fischen und niemand schien dies als besonders ungewöhnlich zu empfinden.

schwere Beleidigung. Bei Festen trinkt das ganze Dorf gemeinsam eine länger fermentierte *chicha* mit höherem Alkoholgehalt.

Produktion und Konsum von *chicha* drücken also die kulturelle Identität der Gruppe aus und somit „*kann die chicha als Symbol der kulturellen Schließung [...] und der Abgrenzung gegenüber anderen Gruppen angesehen werden*“ (Knipper 2003a, S. 73, vgl. zu diesem Thema auch Guzmán 1997).

Bei großen und schweren Arbeiten, wie zum Beispiel dem Bau eines Hauses zur Gründung eines neuen *ayllus*, unterstützt meist das gesamte Dorf das junge Ehepaar, welches die Helfer im Gegenzug mit Essen und *chicha* versorgt.

Dorfwege, die regelmäßig von der schnellwachsenden dichten Vegetation zu befreien sind, die Pflege gemeinschaftlich genutzter Anbauflächen sowie andere Arbeiten, die dem Wohl des gesamten Dorfes zugute kommen, werden bei sogenannten „*mingas*“ (*Kichwa* für „*Gemeinschaftsarbeiten*“) von den Bewohnern zusammen erledigt.

Solche gemeinschaftlichen Aktionen werden meist vom „*Dorfrat*“ (span. „*cabildo*“) beschlossen, der jedes Jahr in einer großen Versammlung aller Dorfbewohner neu gewählt wird und aus Präsident, Vizepräsident, Sekretär und Schatzmeister besteht. Diese repräsentieren die Dorfgemeinschaft und führen die Beschlüsse der Dorfgemeinschaft aus, welche einstimmig getroffen werden sollten. Die Organisation auf Dorfebene entspricht so einem basisdemokratischen Gemeinwesen mit hoher Teilnahmeverpflichtung der Bewohner. Doch diese Verwaltungs- und Mitbestimmungsstrukturen existieren, genauso wie die indianischen Dorfgemeinschaften selbst, erst seit wenigen Jahrzehnten. Zuvor waren den Tieflandkichwa, bzw. den Völkern aus denen sich diese Gruppe gebildet hat, solche hierarchischen Strukturen fremd.¹⁵⁵

Fast bis zur Mitte des letzten Jahrhunderts lebten die meisten Indianer noch immer als Leibeigene auf der Hazienda eines „*patrón*“, über den sie sich im Allgemeinen auch identifizierten. Mit dem wirtschaftlichen Ruin vieler Haziendas verschlechterte sich in vielen Fällen die Lebenssituation der Menschen im Amazonasgebiet. Während die mestizische Bevölkerung daraufhin vor allem in die Städte abwanderte, ein Prozess der auch als „*Indigenisierung des ländlichen Raumes*“ beschrieben wird

¹⁵⁵ Vgl. Lunnebach (2004), Perreault (2002), Münzel (1985).

(vgl. dazu Boris 1998), begannen die *Kichwa* zunächst in kleinen, voneinander weitgehend unabhängigen Gruppen zu leben.

Indianische Dörfer, wie man sie heute in Loreto vorfindet, entstanden erst einige Zeit später, in den 1970er Jahren. Maßgeblich war hierbei der Einfluss katholischer Missionare, die, beauftragt von Rom mit der „Betreuung“ des Gebiets, die kleinen einzelnen Gruppen von *Kichwa* bei der Gründung ihrer ersten Dorfgemeinschaften unterstützten.¹⁵⁶

4.2.7 Die Entstehung der FONAKIN

Wie viele andere indigene Nichtregierungsorganisationen entstand die FONAKIN,¹⁵⁷ also die „*Föderation der Kichwa - Organisationen der Provinz Napo*“ aus einer in den 1960er Jahren gegründeten Bauerngewerkschaft. Zuvor waren solche Organisationen, genauso wie überhaupt übergeordnete Koordinations - und Machtstrukturen, in der Sozialorganisation der Tiefland - *Kichwa* und ihrer Ahnen unbekannt.¹⁵⁸ Wie also kam es zur Entstehung indigener Organisationen wie der FONAKIN?

Die erste ethnische Föderation des amazonischen Tieflandes überhaupt wurde von den *Shuar* 1961 mit Hilfe salesianischer Missionare gegründet.¹⁵⁹ Dieses Bündnis entstand vor allem aus der Notwendigkeit heraus, eigene indigene Landansprüche geltend zu machen, um sich gegen die nationale Landreform der Regierung zu wehren. Im Zuge dieser Reform waren nämlich sehr viele neue Siedler in das ausgesprochen fruchtbare *Shuar* - Territorium gezogen und machten den Indianern das Land streitig.

Dem Beispiel der *Shuar* folgend, gründete sich vier Jahre später die FEPOCAN („*Föderation der Bauern der Provinz Napo*“, spanische Originalbezeichnung: „*Federación Provincial de Campesinos del Napo*“) in der Region Tena-Archidona/Provinz Napo, der zu Anfang nur sechs indianische Dorfgemeinschaften

¹⁵⁶ Die Beziehung zwischen lokaler Bevölkerung und den Geistlichen wird von Theodore Macdonald, Professor für Anthropologie und Kichwa der *Harvard University*, in diesen Jahren, also nach dem Ruin der Haziendas, als durchaus reziprok beschrieben: „*Others [other Indians] sought new sources of patronage through ties with missionaries in search of converts*“ (Macdonald 1999, S. 83).

¹⁵⁷ Span. Originalbegriff: „*Federación de Organizaciones de las Nacionalidades Kichwas del Napo*“.

¹⁵⁸ Vgl. Lunnebach (2004, S.58ff), Münzel (1985, S.195f), Perreault (2002, S.111f).

¹⁵⁹ Vgl. Münzel (1995, S.221).

angehörten. Obwohl das Gebiet des Oberlaufs des Napo nicht Teil der Landreform war, wuchs der Anteil an neuen Siedlern aus anderen ecuadorianischen Regionen, unter denen sich auch viele Mestizen befanden, aufgrund der besseren Straßenanbindung der Region¹⁶⁰ besonders schnell. Als Reaktion darauf spaltete sich 1979 eine kleine Gruppe von der FEPOCAN ab, die sich in ihrer Arbeit auf den Erhalt der einzigartigen indigenen Kultur fokussieren wollte. Sie nannte sich FOIN (*„Föderation der indigenen Organisationen des Napo“*, spanischer Originalbegriff: *„Federación de Organizaciones Indígenas del Napo.“*) Diese neue Organisation setzt sich auch sehr für die Landrechte der „Basis“, also der indigenen Dörfer, ein, was ihr harsche Kritik verschiedener Missionskirchen sowie von Seiten (mestizischer) Händler und Siedler brachte.

Mit der Spaltung der Provinz *Napo* 1999 in die zwei Provinzen *Napo* und *Orellana* verteilten sich auch die zur FOIN gehörenden Dorfgemeinschaften auf zwei unterschiedliche Provinzen. Aus der FOIN entstand nun die FOANKIN, zu der heute mehr als 170 Dorfgemeinschaften gehören, davon 32 in Loreto (Stand Sept. 2006).

Damit eine Dorfgemeinschaft sich der FONAKIN anschließen darf, gäbe es nur zwei grundlegende Voraussetzungen, erklärte mir eine Mitarbeiterin der FONAKIN: *„sie muss Kichwa sein und den Willen dazu haben“*, d.h. ihre Mitglieder müssen sich selbst als Indígene betrachten und sich aus eigener Kraft für einen Beitritt zur FONAKIN entschließen.¹⁶¹ Sind diese Voraussetzungen erfüllt und ist die Mitgliedschaft des Dorfes offiziell bestätigt, dürfen die Bewohner, nun Teil der Basis der FONAKIN, Delegierte bestimmen. Diese bilden gemeinsam mit den Vertretern anderer Dorfgemeinschaften eine Generalversammlung, von welcher circa alle vier Jahre ein „Regierungsrat“ bestimmt wird. Der Rat setzt sich aus sogenannten *„dirigentes“* zusammensetzt, die jeweils für ein bestimmtes Ressort zuständig sind, also z.B. für Gesundheit, Bildung oder Landrechte. Dem Rat, bzw. den *„dirigentes“*, steht ein Präsident vor, der ebenfalls von der Generalversammlung ernannt wird. Diese Art politischer Organisation und Machtverteilung steht in starkem Gegensatz zur traditionellen Sozialorganisation der amazonischen Kichwa, die keine Ausbildung übergeordneter hierarchischer Strukturen zuließ (vgl. Lunnebach 2004, S. 58ff). Die

¹⁶⁰ In den 1960er Jahren entstand die erste Straße zwischen Puyo und dem Fluss Napo, in den 1970er Jahren wurde dann die Verbindung Tena - Quito gebaut sowie eine Brücke konstruiert, die den Autos erstmals direkten Zugang nach Tena erlaubte (vgl. Macdonald 1999, S. 87).

¹⁶¹ [JA] am 11.10.09.

höchste Macht liegt offiziell auch nicht in der Hand des Präsidenten oder des Rats, sondern bei der Basis. *„Alleinige Entscheidungen, ohne das Befragen der Basis, oder fehlende Absprachen mit den „dirigentes“, werden öffentlich gerügt und angegriffen. [...] So kann man nur von einer bedingten Macht der líderes [spanisch für Führer] sprechen, da sie durch den sozialen Druck an die Basis, die eine eigene Autorität hat, gebunden sind“* (Lunnebach 2004, S.81).

Dadurch kommt es jedoch regelmäßig zu Konflikten zwischen der Basis und dem Regierungsrat, ein Grund für häufige Wechsel in der Führungsebene. Der Ethnologe Bernhard Wörrle, der für sein Projekt *probenefit*¹⁶² eng mit der FONAKIN zusammenarbeitet, spricht von *„einer Art periodischer Rückeroberung der in den Wahlen deligierten Macht. [...] Vereinbarungen, die ohne Partizipation der Basis nur auf der Ebene der ‘dirigentes’ [zu Deutsch: Führungspersonen] ausgehandelt werden, sind nicht nachhaltig und werden von den Siedlungsgemeinschaften mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht akzeptiert“* (Wörrle 2005). Diese Problematik erschwert nicht nur die Zusammenarbeit der FOANKIN mit anderen Agenten, z.B. im Gesundheitssektor, sondern auch die eigene Arbeit ihrer Vertreter, bzw. die Umsetzung von Projekten in den zugehörigen Dörfern. Während meines Aufenthaltes blieben solche Konflikte machtpolitischer Art eher im Hintergrund. Es darf jedoch allgemein eine Auswirkung auf die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung im Gebiet von Loreto angenommen werden, da durch häufigen Machtwechsel in der FONAKIN auch die Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen (Hilfs-) Organisationen im Sektor Gesundheit erschwert wird sowie die Durchführung einzelner Projekte in den Dörfern der Basis auf Widerstand stößt.

4.2.8 Die lokale Gesundheitssituation

Die große Armut, mangelhafte Trinkwasserversorgung sowie fehlende sanitäre Anlagen spiegeln sich deutlich in den Gesundheitsproblemen der Bevölkerung im Kanton Loreto wider.

Am häufigsten (circa 50% der Patienten) wurde ich bei meinem Besuch in den Dorfgemeinschaften mit parasitären Magen - Darmerkrankungen konfrontiert, be -

¹⁶² Teilprojekt des Institus für Biodiversität zur Prozessorientierten Entwicklung eines Modells zum gerechten Vorteilsausgleich (BENEFIT-Sharing) für die Nutzung biologischer Ressourcen im Amazonastiefland Ecuadors.

sonders Kinder waren davon betroffen.¹⁶³ Das tropische, feucht - warme Wetter im Amazonasgebiet begünstigt mykotische Hautkrankheiten. Aufgrund der Gewohnheit der *Indígenas*, bei Arbeiten auf dem Feld Gummistiefel zu tragen, war besonders häufig die untere Extremität betroffen. Doch auch bakterielle Infektionen der Haut, wie Abszesse, Furunkel und Karbunkel waren weit verbreitet.

Zusätzlich leiden viele Indianer an Fehl - bzw. Mangelernährung. Wenn auf der Jagd oder beim Fischen kein Tier erbeutet wird, ernähren sich viele Familien tagelang allein von den äußerst proteinarmen Wurzeln der Yucapflanze und der daraus gebrauten *chicha*. Mais ist, im Gegensatz zu anderen Regionen Lateinamerikas, in Loreto nicht erhältlich und Reis wird von der indianischen Bevölkerung nur selten konsumiert, da dieser gekauft werden muss. Früchte und Gemüse kommen in der täglichen Diät kaum vor, zum Teil wird der Konsum dieser auch aus spirituellen bzw. ideellen Gründen abgelehnt. So essen die meisten *Kichwa* z.B. keine Papaya, ein Informant erklärte mir einmal, diese wären nämlich für die Vögel bestimmt.¹⁶⁴ Auch den Konsum von Tomaten und Zwiebeln lehnen viele *Kichwa* ab, da dies Nahrung der *colonos* sei.¹⁶⁵ Milchprodukte sind in den Dörfern nicht erhältlich und so besteht die tägliche Nahrung hauptsächlich aus Kohlehydraten und etwas tierischen Proteinen.

Diese Mangelernährung begünstigt auch Krankheiten wie Anämie und Tuberkulose, deren Inzidenz momentan trotz der Einführung von Anti - Tbc - Programmen stark zunimmt.

Tropische Infektionskrankheiten wie Malaria, Dengue oder Gelbfieber werden in Loreto seltener diagnostiziert, was auch an den mangelnden Möglichkeiten zum Erregernachweis liegt. Es wird aber davon ausgegangen, dass diese Erkrankungen regelmäßig in kleineren Epidemien in der Bevölkerung auftreten, und so gab es z.B. in den letzten Monaten meines Aufenthalts im Forschungsgebiet eine stark gehäufte Anzahl von Patienten mit Malaria.¹⁶⁶

Das erhöhte Risiko für Tumorerkrankungen der ecuadorianischen Amazonasindianer darf aufgrund der toxischen Belastung von Flüssen und Umwelt zu weiten Teilen der

¹⁶³ Vgl. dazu auch FONAKIN (2005), Amores (2004a), drslb. (2004b), drslb. (2006) sowie Moreta, Vásquez, Zurita (2004).

¹⁶⁴ [AM] am 27.8.2006.

¹⁶⁵ [MN] am 10.11. 2006.

¹⁶⁶ Teilweise war ein Erregernachweis im „dicken Tropfen“ im *centro de salud* möglich, so dass die Diagnose als gesichert gelten darf.

Erdölindustrie angelastet werden.¹⁶⁷ Dieser Verschmutzung ist die indigene Bevölkerung weitgehend hilflos ausgesetzt, da Alternativmöglichkeiten zur Versorgung mit Trinkwasser und Nahrung fehlen. Besonders schwer betroffen sind jene *Indígenas*, die in der Erdölindustrie direkt tätig sind, denn oft werden Mindeststandards in den Punkten Sicherheit und Vorsorge nicht erfüllt und die Arbeiter ohne entsprechende Schutzvorkehrungen den giftigen Erdölprodukten ausgesetzt.¹⁶⁸

Gefährdet ist auch die Gesundheit der Frauen von Loreto, besonders in den Perioden der Schwangerschaft und des Stillens. Hierauf wird jedoch in einem eigenen Unterkapitel (vgl. Kapitel 5.1) dieser Arbeit eingegangen.

4.2.9 Gesundheitsversorgung vor Ort : ein medizinischer Pluralismus

Das Land Ecuador und besonders die Region Loreto werden stark durch einen gesellschaftlichen Pluralismus geprägt, der sich auch im medizinischen Bereich widerspiegelt und zu einem Nebeneinander unterschiedlicher, im weitesten Sinne medizinischer Strukturen und Vorstellungen führt. Oder, um es mit den Worten von Elisabeth Hsu, Sinologin und Anthropologin an der Oxford University zu sagen: „*The concept of medical pluralism implies that in any one community, patients and their carers may resort to different kinds of therapies, even where these have mutually incompatible explanations for the disorder.*“¹⁶⁹

Medizinischer Pluralismus, als wichtiges heuristisches Konzept medizinethnologischer Forschung, beinhaltet demnach „*die Beschreibung der vielfältigen, auf Gesundheit und Krankheit bezogenen Denk - und Handlungsweisen, Angebote, Institutionen und Ressourcen innerhalb einer Gesellschaft oder einer Religion.*“¹⁷⁰ Dabei kann der medizinische Bereich grob in einen *informellen* und einen *formellen Sektor*¹⁷¹

¹⁶⁷ Studie von San Sebastian und Cordoba (1999).

¹⁶⁸ Erschreckende Bilder hiervon sind z.B. im Museo Amazónico in Quito zu sehen.

¹⁶⁹ Hsu (2008, S. 316).

¹⁷⁰ Knipper 2003a, S. 248, vgl. zum Thema medizinischer Pluralismus auch Lux (1999, S. 11), Roelcke (1998b, S. 57 - 63), Pfeleiderer, Greifeld, Bichmann (1995) oder Cant u. Sharma (1999).

¹⁷¹ Einteilung nach Kroeger u. Babira- Freedman (1992, S.27ff.), die diese Begriffe an Stelle der obsoleten Kategorien „traditionell“ versus „modern“ einführen. Ähnlich auch das Klassifikationsmodell von Estrella (1978, S. 20ff, 1980, S. 303), der zwischen „westlich, formell, offiziell“, „traditionell-indianisch, informell“ und „städtisch - marginal“ unterscheidet. Das Sektorenmodell von Kleinman (1980, S. 49ff), auf das auch Schweitzer de Palacios (1994, S.17ff) sich beruft, unterteilt die Realität in

aufgeteilt werden, wie in den folgenden Abschnitten, die sich mit dem medizinischen Pluralismus von Loreto beschäftigen, dargestellt wird.

4.2.9.1 Der formelle Gesundheitssektor: Das Gesundheitsnetzwerk von Loreto

4.2.9.1.1 Entstehung, Akteure und Ziele

Im Jahr 1999 begann die FONAKIN, gemeinsam mit dem langjährigen Partner RIOS¹⁷² (eine ecuadorianische Initiative des „Schweizerischen Roten Kreuz“) erstmals in den Kanton Loreto vorzudringen, um dort ein neues Gesundheitsprojekt zu beginnen. Das „Gesundheitsministerium“ (MSP)¹⁷³ leistete zu dieser Zeit bereits seit mehreren Jahren gesundheitliche Unterstützung in der Region und unterhielt eine handvoll Gesundheitszentren. In Teilen des Kantons Loreto arbeitete das Basisgesundheitsprojekt *Sandi Yura*¹⁷⁴ gemeinsam mit verschiedenen indianischen Dorfgemeinschaften an Projekten zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation. Bereits nach kurzer Zeit sorgte die Vielfalt an Akteuren im sanitären Bereich für Verwirrung und stellte teilweise sogar eine gesundheitliche Bedrohung für die Bevölkerung dar. Ein Informant beschrieb mir die Situation so: *„Einmal haben fünf verschiedene Gesundheitsorganisationen gleichzeitig Impfkampagnen in der Gegend organisiert. Alle paar Tage haben andere Teams die Leute impfen wollen, einfach mit den Impfungen, die sie gerade dabei hatten.“*¹⁷⁵

Um solchen Koordinationsproblemen zu begegnen und gleichzeitig eine bessere und gerechtere Versorgung aller Dörfer zu gewährleisten, unterschrieben im Juli 2001 die „Gemeindeverwaltung von Loreto“,¹⁷⁶ die FONAKIN und die „Direktion für Gesundheit

„popular“, „professional“ und „folk“. Berechtigte Kritik gab es an allen diesen „künstlichen“ Einteilungen im medizinischen Bereich; so behauptet z.B. Wörle (2002, S. 308) für die Region seiner Forschungen: *„Wer Hilfe braucht, der sieht sich im Raum von Otavalo [...] Möglichkeiten gegenüber, die sich in ihrer Vielfalt jedem Klassifikationsversuch entziehen.“*

¹⁷² Akronym für: „Red Internacional de Organizaciones de Salud“. Druck von Seiten des „Ecuadorianischen Roten Kreuz“ („cruz roja ecuatoriana“) zwang das „Schweizerische Rote Kreuz“ (SRK) vor einigen Jahren dazu, seine lokale Initiative in Ecuador nicht mehr länger unter seinem Namen zu führen. Das SRK entwickelte daraufhin den Namen RIOS.

¹⁷³ MSP: Akronym für: „Ministerio de Salud Pública“.

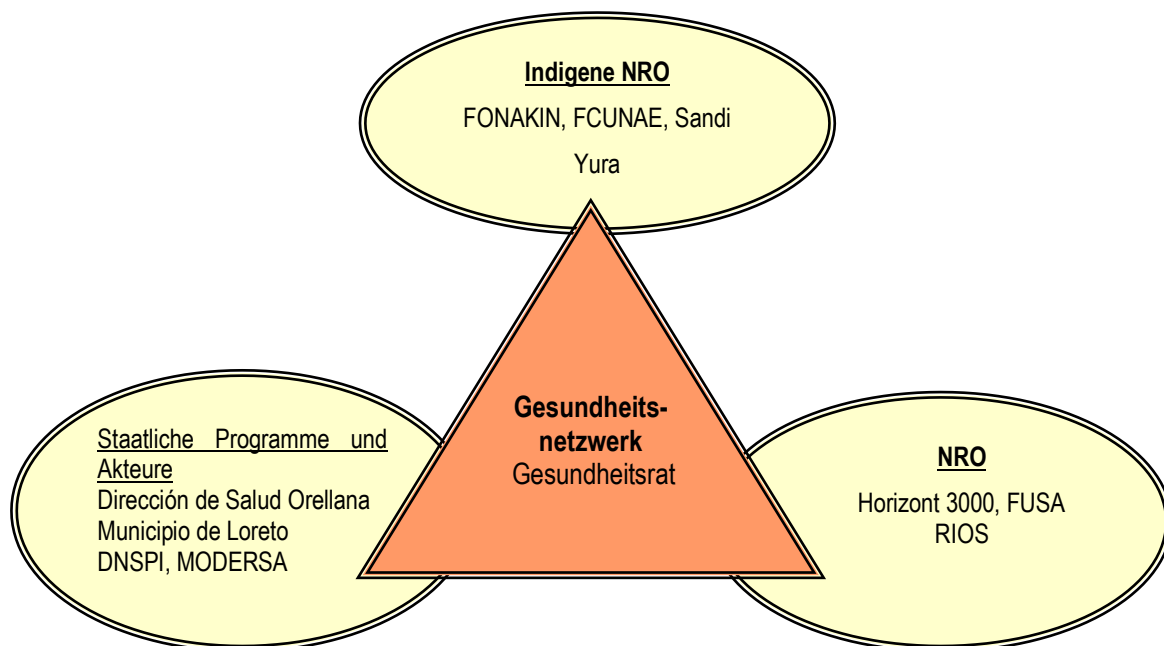
¹⁷⁴ Träger des Projekts ist die katholische Mission, die bei ihrer Arbeit von wechselnden internationalen Hilfsorganisationen unterstützt wird.

¹⁷⁵ [JL] am 31.10.2006.

¹⁷⁶ Span. Originalbegriff: „Municipio de Loreto“.

der Provinz Orellana“¹⁷⁷ einen Kooperationsvertrag, der die Verantwortlichkeit der einzelnen Akteure in den verschiedenen Bereichen festlegte. Alle zusammen bildeten nun das neu gegründete „Gesundheitsnetzwerk von Loreto“ („Red de Salud de Loreto“), das Kooperation und Partizipation aller Akteure bei den von nun an gemeinsam durchgeführten Aktionen im Gesundheitsbereich vorsah.

Amilcar Albán, ecuadorianischer Anthropologe und seit zwanzig Jahren Leiter des Gesundheitsprogramms von RIOS, bzw. des Schweizerischen Roten Kreuzes in Ecuador, beschreibt den Grund für die Entstehung des Gesundheitsnetzes so: „Die Notwendigkeit, ein Netzwerk zu bilden, entstand aufgrund einer Analyse des Gesundheitsproblems im Kanton, bei der sich als Hauptschwierigkeiten die spärlichen menschlichen und wirtschaftlichen Ressourcen, die geringe flächen - mäßige Abdeckung, der schwierige Zugang, die Dispersion von Aktionen im Auftrag von verschiedenen Institutionen und die existierenden Barrieren, die die Behandlung der indianischen Bevölkerung limitierte, herausstellten.“



Quelle: Präsentation von Nancy Tito „Salud Amazonica“ am 22.12.2006 im Gebäude der FONAKIN/Loreto, gezeigt wird die Verbindung der unterschiedlichen Akteure durch das Netzwerk und den ihm vorstehenden Gesundheitsrat.

¹⁷⁷ Span. Originalbegriff: „Dirección de Salud Orellana“, eine dem „Gesundheitsministerium“(MSP) unterstellte Behörde.

Die höchste Gewalt im Netzwerk liegt beim sogenannten „*Gesundheitsrat von Loreto*“,¹⁷⁸ der am 31.05.2005 gegründet wurde und dessen Vorsitzender stets der jeweilige Bürgermeister¹⁷⁹ von Loreto ist. Es ist die Aufgabe des Rats, zwischen den verschiedenen Partnern zu vermitteln, Finanzen zu verwalten und Gelder für Projekte zu bewilligen.

Nach und nach haben sich auch weitere NGOs und Organisationen bzw. Institutionen dem Netzwerk angeschlossen, um die von ihnen angedachten Aktionen in Absprache mit den anderen Gesundheitsanbietern durchzuführen.

Inzwischen zählt das Netzwerk mehr als fünfzehn Träger, wobei ihre Funktionen stark variieren:¹⁸⁰ Finanzielle Unterstützung kommt besonders von den internationalen Organisationen wie der Weltbank (*MODERSA*¹⁸¹), dem schweizerischen roten Kreuz (*RIOS*), und der „*Österreichischen Organisation für Entwicklungszusammenarbeit*“ (in Kooperation mit der „*Katholischen Männerbewegung Österreichs*“ als *Horizont 3000* bezeichnet). Technische Unterstützung liefert unter anderem die „*Stiftung für die Gesundheit Amazoniens*“ (*FUSA*¹⁸²). An der Ausführung der geplanten Aktivitäten des Gesundheitsnetzwerks beteiligen sich besonders die *indianischen Gesundheitsarbeiter*, die *mujeres lideres*¹⁸³ und die Hebammen. Die „*Gemeindeverwaltung*“ unterstützt mit finanziellen Mitteln und leitet den Prozess der Institutionalisierung. Der *FONAKIN* und dem „*Gesundheitsministerium*“ kommen jeweils mehrere Funktionen zu: sie tragen Verantwortung für die Planung, Leitung und Ausführung der Aktionen des Netzwerks in die Praxis und verwalten die Finanzen.

Das definierte Ziel des Gesundheitsnetzwerks lautet: „*einen Beitrag zu leisten zur Verbesserung der Gesundheitsbedingungen der Bevölkerung des Kantons Loreto, durch Übertragung von Verantwortung bei der Bekämpfung der wichtigsten*

¹⁷⁸ Span. Originalbegriff: „*consejo cantonal de salud*“.

¹⁷⁹ Im Jahr 2006: Fernando Andrade.

¹⁸⁰ Vgl. hierzu auch FONAKIN (2005, S.25f).

¹⁸¹ Abkürzung für: „*Proyecto de Modernización de Servicios de Salud*“; (zu deutsch etwa : „*Projekt zur Modernisierung von Gesundheitseinrichtungen*“), ein Projekt zur Förderung der Dezentralisation im Gesundheitssystem.

¹⁸² „*Fundación de Salud Amazónica*“, zu deutsch etwa: „*Stiftung für die Gesundheit Amazoniens*“.

¹⁸³ Mit diesem Begriff werden in Loreto indianische Frauen benannt, denen besondere Funktionen in ihrer Dorfgemeinschaft zukommen. So sollen diese z.B. Ansprechpartner für die anderen Frauen in ihrem Dorf sein und Aufklärung in Bereichen, die die Gesundheit der Frau betreffen, leisten, also etwa Verhütung, Schwangerschaft und Geburt. Besonders kämpfen sie gegen häusliche Gewalt und Misshandlung, denen leider noch immer sehr viele *Kichwa* Frauen ausgesetzt sind.

Gesundheitsprobleme auf die kommunale Ebene, was Qualität, Wärme, Effizienz, Gleichheit und Integrität garantiert und die kulturelle Vielfalt respektiert. ¹⁸⁴

Heute versorgt das Gesundheitsnetz, das inzwischen auch über die Grenzen des Kantons Loreto hinaus agiert, nach eigenen Angaben 88 Dorfgemeinschaften mit 3.355 Familien in der Provinz Orellana.

4.2.9.1.2 Aktionen des Gesundheitsnetzes

Die verschiedenen Organisationen und Institutionen, die am „*red de salud de Loreto*“ teilhaben, fokussieren in ihrer Arbeit zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation auf die folgenden drei Bereiche:

1. Weiterführende Schulung von lokalen „Gesundheitsvertretern“ (z.B. Lehrer, traditionelle Hebammen, *indianische Gesundheitsarbeiter, mujeres lideres*) zu verschiedenen, die Gesundheit betreffenden Themen in Fortbildungsveranstaltungen und Seminaren.
2. Die Förderung sexueller und reproduktiver Gesundheit, wobei Frauen und Männer über Themen wie sexuelle Gewalt, Verhütung und sexuelle Rechte aufgeklärt werden.
3. Die Verbesserung der Gesundheitssituation in den Dorfgemeinschaften stellt den Schwerpunkt der Arbeit des Gesundheitsnetzes dar. Wichtig sind dabei vor allem die sogenannten Gesundheitsbrigaden, bei denen ein Arzt, ein Zahnarzt, eine Krankenschwester, zwei indianische Gesundheitshelfer und eine *mujer lider* gemeinsam in die Dörfer fahren. Vor Ort untersucht und behandelt der Arzt Patienten und verteilt Antihelminthika an komplette Schulklassen. Die *promotores* unterstützen den Arzt (bzw. in seltenen Fällen die Ärztin) bei seiner Arbeit, erheben die Anamnese, teilen Medikamente aus und vermitteln zwischen nicht - spanisch sprechender Bevölkerung und den mestizischen Ärzten. Der Zahnarzt zieht Zähne, bohrt kariöse Löcher aus, bzw. füllt sie, sofern er einen Generator zur Stromerzeugung mitbringen konnte. Die Krankenschwester verabreicht fehlende Impfungen. Die *mujer lider* spricht besonders mit den Frauen über ihre Rechte, über häusliche Gewalt oder Antikonzeptiva.

¹⁸⁴ Span. Originalzitat: „*Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de la población del cantón Loreto mediante el empoderamiento comunitario en la atención de los principales problemas de salud que garantice calidad, calidez, eficiencia, equidad e integridad, respetando la diversidad cultural.*“ Quelle: Präsentation von Nancy Tito Salud Amazonica am 22.12.2006.

Eigentlich sollte die Brigade zweimal pro Jahr die Bevölkerung eines jeden Dorfes des Kantons, egal ob mestizisch oder indianisch, besuchen. Die Konsultation des Arztes, bzw. die verabreichten Impfungen und die meisten Medikamente sind dabei kostenlos, die Dorfgemeinschaft ist jedoch verpflichtet, die Besucher mit Essen und *chicha* zu versorgen. Öfters muss der Besuch in z.B. weit entlegenen Dörfern aufgrund anhaltender Regenfälle verschoben werden oder fällt ganz aus. In einigen Fällen haben die Brigaden keinen Arzt, der sie begleitet. Gründe hierfür sind oft Personalmangel oder schlicht die Unlust der Ärzte. Oft fehlen leider auch wichtige Medikamente und machen den Besuch der Brigade zu einem unbefriedigenden Ereignis für Personal und Patient.

4.2.9.1.3 Institutionen des Netzwerks

Gesundheitszentren

Es existieren fünf Gesundheitszentren (original: „*centros*“, bzw. „*subcentro de salud*“), die dem Gesundheitsministerium unterstellt sind und somit einen Teil des Gesundheitsnetzwerks bilden. Das größte davon ist das „*centro de salud de Loreto*“, das sich in der „*comunidad urbana Loreto*“ befindet und für 7075 Personen zuständig ist (vgl. Amores 2004, S. 5). Seit dem Jahr 2006 arbeiten hier erstmals vier Ärzte und ein Zahnarzt (zuvor waren es meist nur einer oder zwei gewesen), die nun eine 24 – Stunden - Notfallversorgung gewährleisten sollen. Eine Leistung, die laut dem Leiter des Zentrums Dr. Rogelio Macias, nur auf dem Papier bestehe, was sich durch eigene Beobachtungen vielfach bestätigte.¹⁸⁵ Das „*centro de salud Loreto*“ verfügt über mehrere Räume, die zum Teil mit Untersuchungsliegen ausgestattet sind. In einem kleinen Labor, in dem eine medizinisch - technische Assistentin tätig ist, können z.B. Stuhlproben unter dem Mikroskop auf Parasiten untersucht oder Malariaerkrankungen mit der Methode des dicken Tropfens diagnostiziert werden. Weitere Möglichkeiten medizinischer Diagnostik finden sich nicht, so steht z.B. kein Ultraschallgerät zur Verfügung und auch Röntgenaufnahmen können nicht angefertigt werden.

¹⁸⁵ Vgl. hierzu Kapitel 5.1.

Die anderen Gesundheitszentren, *Subcentro 24 de Mayo*, *Subcentro de Huaticocha*, *Subcentro de Payamino* und *Subcentro de Puerto Murialdo* sind nicht nur deutlich kleiner als das „*centro de salud Loreto*“ sondern auch schlechter ausgestattet. Sie bestehen meist nur aus zwei oder drei Räumen und haben kein Labor. Auch arbeitete dort meist nur ein einziger Arzt, der in seiner monatlichen freien Woche das *subcentro* ohne medizinisches Personal zurücklässt. Manchmal bleiben diese „*subcentros*“ jedoch auch monatelang ohne medizinisches Personal. Patienten des ganzen Kantons müssen dann das „*centro de salud Loreto*“ aufsuchen.

In den Gesundheitszentren arbeiten fast ausschließlich frisch graduierte junge Ärzte, Zahnärzte und Krankenschwestern, die ihr Pflichtarbeitsjahr auf dem Land, das sogenannte „*año rural*“¹⁸⁶ ableisten. Die fachgerechte Betreuung von Patienten wird somit auch durch die limitierte Erfahrung, die diese mitbringen, erschwert. Dazu kommt, dass ein Großteil der indianischen Bevölkerung eine dieser medizinischen Einheiten erst nach mehrstündigem Fußmarsch und/oder längerer Kanufahrt erreichen kann.

Zusätzlich weist die staatliche Versorgung der medizinischen Einheiten mit Medikamenten und medizinischem Material große Lücken auf. Größere Vorräte an Arzneimitteln finden sich nur im „*centro de salud Loreto*“. Trotzdem muss auch dort Medizin, die laut Gesetz eigentlich kostenlos an die Kranken zu verabreichen ist, oft von den Patienten bzw. deren Angehörigen selbst in privaten Apotheken gekauft werden.

¹⁸⁶ In Ecuador, ähnlich wie in anderen Ländern in Lateinamerika, müssen Studenten des Fachbereichs Medizin und Zahnmedizin, sowie Krankenschwestern und Hebammen nach Abschluss des Studiums ein Jahr auf dem Land arbeiten. Da sie in dieser Zeit getrennt von ihren Familien leben müssen und zudem nur gering bezahlt werden, versuchen viele, sich mit Hilfe von Geld und Beziehungen vor dem „*año rural*“ zu drücken oder sich wenigstens einen Arbeitsplatz in der Nähe von Quito oder einer anderen größeren Stadt von Ecuador zu organisieren. Aufgrund seiner abgeschiedenen Lage und des hohen Anteils an indigener Bevölkerung, zählt Loreto für viele zu einem unbeliebten Platz für das „*año rural*“.

Der Kanton Loreto in Ecuador: Die Region und ihre Bevölkerung



Quelle: Präsentation von Nancy Tito: „Salud Amazonica“ am 22.12.2006 im Gebäude der FONAKIN/Loreto. Eingezeichnet sind die Gesundheitszentren sowie „Gesundheitsposten“ (original: „puestos de salud“), die jedoch zur Zeit der Feldforschung nicht genutzt wurden und in welchen auch kein medizinisches Personal arbeitete.

Das interkulturelle Geburtshaus

In den letzten Jahren entstand in der „comunidad urbana Loreto“ dank Finanzhilfen der Weltbank ein eigenes Haus für werdende Mütter, das sogenannte „ganzheitliche bzw. interkulturelle Geburtshaus“ (original: „*casa del parto integral*“ oder „*casa del parto intercultural*“). Als Rundhaus gebaut, unterteilt sich sein Innenraum in mehrere Bereiche. Es findet sich ein mit einem gynäkologischen Stuhl ausgestattetes Zimmer für Vorsorgeuntersuchungen und Beratungsgespräche, ein Zimmer mit zwei Betten und einem Bad, welches den Frauen vor und nach der Geburt zur Verfügung steht, eine Küche sowie der „Kreissaal“. In diesem dürfen die Schwangeren wählen, ob sie das Kind dem westlichen Standard nach auf dem gynäkologischen Stuhl in horizontaler Lage bekommen möchten oder sich für die traditionelle indianische vertikale Geburt entscheiden. Dabei kniet oder hockt die Frau auf dem Boden und hält sich an einem Leintuch oder Strick von der Decke fest. Der Ehemann, eine Hebamme oder eine andere, der Schwangeren nahestehende Person umarmt sie von hinten und stützt sie. Bei Geburten im „*casa del parto*“ muss laut Vorschrift stets ein Arzt anwesend sein, es steht den Frauen jedoch frei, ihre eigenen traditionellen Hebammen, den Ehemann oder eine andere vertraute Person zur Geburt mitzubringen.¹⁸⁷

Laut einem 1995 in die ecuadorianische Verfassung aufgenommen Gesetz, dem „*ley de maternidad gratuita*“¹⁸⁸ („Gesetz der kostenlosen Mutterschaft“), sind offiziell Geburt und Vorsorgeuntersuchungen in staatlichen Einrichtungen kostenlos, eine Vorschrift, die jedoch meist nur auf dem Papier existiert. In vielen Gesundheitseinrichtungen müssen ecuadorianische Frauen bzw. ihre Familien für eine laut Gesetz kostenlose Versorgung bezahlen. Dieses Geld fließt dann unter Umständen in die eigenen Taschen der Ärzte und staatlichen Krankenschwestern.¹⁸⁹

¹⁸⁷ Vgl. zum Thema „*casa del parto*“ auch Kapitel 5.1.

¹⁸⁸ Vgl. Consejo Nacional de Mujeres 1999.

¹⁸⁹ Bereits seit mehreren Jahren kämpfen mehrere Frauenorganisationen und NRO für die Einhaltung des Gesetzes, indem sie Informationsveranstaltungen in den Dorfgemeinschaften abhalten. Auch die FONAKIN, bzw. das „red de salud de Loreto“ engagieren sich von Zeit zu Zeit mit Informationskampagnen dafür. Auch im Wahlkampf um die Präsidentschaftswahl 2006 war dieses Gesetz, bzw. seine Einhaltung ein wichtiges Thema.

4.2.9.2 Der informelle Gesundheitssektor

Das Angebot an Gesundheitsversorgung im Kanton erschöpft sich keineswegs im schulmedizinischen Gesundheitsdienst des „*red de salud*“, vielmehr koexistiert eine Vielfalt an indigenen Gesundheitsanbietern. Hierzu zählen z.B. die traditionellen Hebammen, auf deren Tätigkeit und Bedeutung später in dieser Arbeit noch genauer eingegangen wird (vgl. Kapitel 5.1). Andere Anbieter, deren Leistungen mitnichten auf den medizinischen Bereich beschränkt sind, sind die *pajuyuks* (vgl. dazu Kapitel 5.2), sowie die Schamanen, bei denen es sich im amazonischen Tiefland jedoch weniger um „Heiler“ handelt, als vielmehr um eine andere Kategorie lokaler Experten, die unter anderem auch Bedeutung im Krankheitsfall haben (vgl. dazu Kapitel 5.3). Auch die Anwendung von traditionellen „Hausmitteln“ (spanischer Begriff: „*medicina casera*“) mit einer Auswahl von Suppen, Tees, Bädern, Umschlägen usw. spielt für die Gesundheit im Kanton eine große Rolle. Daneben gibt es Experten für den Gebrauch von Heilpflanzen (vgl. zum diesem Thema Kap. 5.4), die zum Teil auch einen speziellen *paju* dafür besitzen. Auch Spezialisten für Luxationen und Frakturen, sogenannte „*fregadores*“, sind in einigen Dorfgemeinschaften zu finden. Die Vielfalt von Anbietern solcher, im weitesten Sinne traditioneller Medizin zeigt, dass die *Indígenas* nicht alleine auf die biomedizinische Versorgung durch das „*red de salud*“ angewiesen sind, sondern auch auf eine Vielfalt an anderen Experten zurückgreifen können. Welch große Bedeutung der informelle medizinische Sektor letztlich für die Region Loreto und ihre Bewohner einnimmt, wird später in dieser Arbeit noch explizit verdeutlicht werden.

5 Ergebnisse: Schwerpunkte gesundheitlicher Versorgung in Loreto

Auf den folgenden Seiten dieser Arbeit werden vier Bereiche und ihre Beziehung zu den *Kichwa* und dem Ort Loreto eingehend beschrieben: die Gesundheit der Frau, bzw. die Auswirkungen des „interkulturellen Geburtshauses darauf, *paju*, Schamanen und Heilpflanzen. Diese vier Themenbereiche haben sich aus unterschiedlichen, noch zu erörternden Gründen im Rahmen der Untersuchung als besonders relevant herausgestellt. Deshalb wird die allgemeine Frage nach den Möglichkeiten, Bedingungen und konkreten Ansätzen zur Realisierung einer „interkulturellen Medizin“ anhand dieser Beispiele exemplarisch bearbeitet.

5.1 Die Gesundheit der Frau - Interkulturelle Konzepte zur Senkung von Mütter - und Kindersterblichkeit

5.1.1 Auswahlkriterien

Die Gesundheit der Frau gehörte von Anfang an zu den zentralen Themen dieser Studie.

Mit 27 Geburten pro 1000 Einwohner jährlich zählt Ecuador zu den geburtenstärksten Ländern Südamerikas.¹⁹⁰ Kinder sind in den indigenen Dörfern stets präsent, und wer selbst keine hat, wird trotzdem mit jüngeren Geschwistern, Cousins und Cousinen, Nichten und Neffen oder Nachbarskindern konfrontiert. Der Zyklus aus Schwangerschaft und Geburt gehört zum Leben im *ayllu* natürlicherweise dazu, und Mutter zu sein ist für die meisten *Kichwa* - Frauen für ein erfülltes Leben unabdingbar.¹⁹¹ In den von mir besuchten indianischen Dorfgemeinschaften stellten Mütter mit sieben oder acht Kindern keine Seltenheit dar.¹⁹²

¹⁹⁰ Zum Vergleich: der südamerikanische Durchschnitt liegt bei 21 Geburten pro 1000 Einwohner, der deutsche hingegen bei nur 8 Geburten pro 1000 Einwohner (alle Zahlen für das Jahr 2006, Quelle: DSW 2006).

¹⁹¹ [AM] am 27.8.2006

¹⁹² Von der Verfasserin erhobene Statistiken zeigten beispielsweise bei einer Versammlung der Dorfgemeinschaft *Cascabel 2* eine durchschnittliche Anzahl von 5,3 Kindern pro Frau (alle anwesenden Frauen) bzw. 6,7 Kinder pro Frau (zwischen 30 und 52 Jahren).

Allgemein wird international davon ausgegangen, dass Schwangerschaft und Geburt, besonders gemeinsam mit anderen Faktoren, wie harter körperliche Arbeit, Mangelernährung oder unzureichender ärztlicher Betreuung, ein erhebliches Risiko für die Gesundheit der Frau darstellen (vgl. WHO 2006). Offizielle Zahlen für die mütterliche Mortalitätsrate ließen sich, trotz intensiver Nachforschungen nicht finden. Die Inzidenz der Säuglingssterblichkeit in Loreto wird von verschiedenen Autoren für das Jahr 2003 mit 16,83 pro 1000 angegebenen Säuglingen; die Gesamtmortalität beträgt diesen Studien zufolge 2,85 pro 1000 Personen (Quelle: Moreta, Vásquez u. Zurita 2004 und Amores 2004b). Befragte man die Bevölkerung, stießen diese Angaben auf Widerspruch. So waren einige Informanten der Überzeugung, die maternale Mortalität gehe gegen Null. Andere konnten, wenn man sie nach verstorbene schwangeren Frauen in ihrer Dorfgemeinschaft fragte, sich oft an keinen einzigen Fall in den letzten Jahren erinnern.¹⁹³

Das „*interkulturelle Geburtshaus*“ ist zudem momentan das einzige konkrete Projekt des „*red de salud de Loreto*“ zur interkulturellen Medizin, ein wichtiger Grund, sein Konzept hier näher zu betrachten und zu diskutieren.

5.1.2 *Das Konzept des casa del parto und seine Akzeptanz in der Bevölkerung*

Vor einigen Jahren begann der Bau des „*ganzheitlichen*“, bzw. „*interkulturellen Geburtshauses*“ (spanischer Originalbegriff: „*casa del parto integral*“ oder „*casa del parto intercultural*“), das im folgenden, entsprechend der gebräuchlichen Bezeichnung in der Bevölkerung von Loreto nur als *casa del parto* (*Geburtshaus*) bezeichnet wird. Es wurde neben dem *centro de salud de Loreto* errichtet. Annahme war, die Mütter- und Säuglingssterblichkeit sowie die Zahl der Geburtskomplikationen ließen sich durch ärztlichen Beistand bzw. Anwesenheit einer staatlich ausgebildeten Hebamme bei der Geburt senken. Durch die vermeintlich hygienischeren Umstände eines „*parto institucional*“ (spanisch für: „*institutionelle Geburt*“), also einer Geburt in einer speziellen medizinischen Institution, etwa einem Krankenhaus, Hebammenhaus oder ähnlichem, versprach man sich eine Senkung des perinatalen

¹⁹³ [BH] am 2.11.2006, vgl. auch [JR] am 22.9.2006.

Infektionsrisikos für Mutter und Kind. Durch pränatale Kontrollen hoffte man kindliche Fehlbildungen, Risikoschwangerschaften und obligate Kaiserschnittgeburten frühzeitig zu erkennen.¹⁹⁴

Entscheidet sich eine Frau zur Geburt im *casa del parto*, so steht ihr die Wahl der Geburtsstellung grundsätzlich frei. Sofern sie das möchte, kann sie der indigenen Tradition folgend kniend gebären. Auch der Ehemann, die traditionelle Hebamme des Dorfes oder andere Vertraute dürfen anwesend sein, um die Schwangere während der Geburt zu unterstützen. Die Geburt, inklusive Material, ist im *casa del parto* für die Schwangere gratis¹⁹⁵ und nur die anfallenden Kosten für zusätzliche Medikamente, z.B. Antibiotika bei fiebernden Wöchnerinnen oder Kochsalzinfusionen müssen bezahlt werden.¹⁹⁶

In einem weiteren Haus in der Nähe des *casa del parto* sollen in Zukunft Angehörigen, die eine werdende Mutter begleiten, Möglichkeiten der Unterkunft zur Verfügung stehen. Mit dieser Herberge soll auch ermöglicht werden, dass die schwangeren Frauen rechtzeitig vor dem errechneten Termin zum Geburtshaus kommen und sich bis zur Niederkunft dort aufhalten können. Dies ist besonders wichtig, da manche Frauen bis zu acht Stunden Fußmarsch hinter sich bringen müssen, um zum *casa del parto* zu gelangen. Zum Zeitpunkt meiner Forschungstätigkeit in Loreto konnte diese Unterkunft jedoch noch nicht genutzt werden.

Seit einigen Jahren organisieren die staatlich ausgebildeten Hebammen und Hebammenschülerinnen in den indianischen Dörfern Informationsveranstaltungen zum interkulturellen Geburtshaus. Dabei wird nicht nur das Konzept des Hauses vorgestellt bzw. beworben, sondern auch über mögliche Komplikationen von Schwangerschaft und Geburt referiert. Dadurch sollen die Dorfbewohnerinnen zum Besuch des *casa del parto* animiert werden.¹⁹⁷

Trotz dieses neuen Konzeptes, welches zumindest einzelne Aspekte der indianischen Geburtstradition zu integrieren versucht, und trotz der häufigen

¹⁹⁴ Aussagen von [JR], [M], [AM], vgl. dazu auch die Studien von Moreta, Vásquez, u. Zurita (2004) und Amores (2004b).

¹⁹⁵ Vgl. Consejo Nacional de Mujeres (1999).

¹⁹⁶ [M] am 4.9.2006.

¹⁹⁷ [M], [Mñ] am 11.10.2006.

Informationsveranstaltungen fanden während meines Aufenthaltes monatlich nur circa vier Geburten im *casa del parto* statt¹⁹⁸. Die Kapazitäten der Einrichtung wurden also bei weitem nicht ausgenutzt!

Auch eine offizielle Statistik für das Jahr 2003 bestätigt: lediglich 7,1 % der werdenden Mütter des Kantons entschieden sich für eine Geburt im *casa del parto*, das bedeutet, 93% nahmen dieses Angebot aus noch zu erörternden Gründen nicht wahr.¹⁹⁹ Es verwundert auch, dass gleichzeitig über die Hälfte aller Schwangeren (52,5%) mindestens einmal das staatliche Angebot pränataler Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen, sich letztlich jedoch gegen eine Geburt im *casa del parto* entschieden haben. Richtlinien des ecuadorianischen Gesundheitsministeriums geben als Ziel für diese Indikatoren jeweils 80% vor.²⁰⁰ Ein deutlicher Gegensatz zu den extrem niedrigen Werten von 7,1% bei der „institutionellen Geburt“ und 52,5% bei der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 2003. Auch das Angebot zur postpartalen Kontrolle wurde gerade einmal von 11,6% der Frauen die 2003 Mutter wurden genutzt. Eigene Beobachtungen²⁰¹ sowie die Aussagen verschiedener Informanten ([AM], [JR], [JH]) lassen darauf schließen, dass diese Zahlen in etwa auch auf die Situation im Jahr meiner Forschungstätigkeit, also 2006, übertragbar sind.

5.1.3 Gründe für die niedrigen Zahlen institutioneller Vorsorge, Geburt und Nachsorge

Die geringe Resonanz, die das *casa del parto* offensichtlich in der indigenen Bevölkerung von Loreto findet, ist unter Vertretern der FONAKIN bereits seit längerem bekannt. Unklar bleiben ihnen nach eigenen Aussagen jedoch bisher die Gründe dafür.²⁰²

¹⁹⁸ [M] am 5.9.2006.

¹⁹⁹ Quelle: Moreta, Vásquez, Zurita (2004, S.11) und Amores (2004b, S. 17). Diese Werte wurden für die gesamte Bevölkerung erstellt, beinhalten also sowohl mestizische Frauen als auch indianische, sowie jene aus der unmittelbaren Nähe des Geburtshauses, das lässt annehmen, dass die Zahlen für indigene Frauen aus entfernter liegenden Dörfern noch niedriger liegen.

²⁰⁰ Quelle: Moreta, Vásquez, Zurita (2004, S.11) und Amores (2004b, S.17) die sich auf Zahlen des Projektes MODERSA („*Proyecto de Modernización de Servicios de Salud*“) berufen.

²⁰¹ So gab zum Beispiel in dem Dorf San Carlos, von den sechs anwesenden Müttern nur eine an, jemals im *casa del parto* gewesen zu sein, sie habe sich damals einer pränatalen Kontrolle unterzogen (10.10.2006).

²⁰² Nancy Tito am 11.09.2006, Alfredo Amores am 28.08.2006.

Im Rahmen der vorliegenden Forschung konnte ich schließlich die folgenden Erklärungsansätze herausarbeiten:

Geographische Aspekte

Besondere Schwierigkeit bereitet vielen Frauen die geographische Entfernung. Aus manchen Dörfern ist das *casa del parto* nur nach sieben bis acht Stunden Fußmarsch durch unwegsames Gelände zu erreichen, andere müssen eine bis zu vierstündige Fahrt im Motorkanu hinter sich bringen. Nur wenige Frauen kennen außerdem den voraussichtlichen Geburtstermin. Haben die Wehen jedoch einmal begonnen, ist der Weg in die *comunidad urbana Loreto* vielen Frauen zu weit und beschwerlich. Andererseits haben jene, die rechtzeitig vor dem Geburtstermin zum *casa del parto* gehen, häufig keine Bleibe in der sie auf den Beginn der Wehen warten könnten.

Ökonomische Aspekte

„Ich würde gerne ins casa del parto zur Geburt gehen, aber ich hab kein Geld. Man braucht Geld um dorthin zu kommen, um dort zu essen und für die Behandlung wollen sie auch wieder Geld,... und die Kinder bleiben daheim.“

(Aussage einer 23 - jährigen Kichwa-Frau mit 3 Kindern aus dem Dorf San Carlos am 10.10 2006).

Genau wie diese junge Frau berichteten leider auch viele andere *Indígena*, finanziell nicht in der Lage zu sein, ein Kind im *casa del parto* zur Welt zu bringen. Das „Gesetz der kostenlosen Mutterschaft“ (spanischer Originalbegriff: „*ley de maternidad gratuita*“) ²⁰³ gilt auch für das *casa del parto*, wo entsprechend für die Geburt selbst tatsächlich kein Geld verlangt wird. Trotzdem bezahlen Schwangere pro Geburt

²⁰³ Vgl. Consejo Nacional de Mujeres 1999.

durchschnittlich 10 \$ für Medikamente und Material, ein Betrag, der vielen nicht zur Verfügung steht.²⁰⁴

Von vielen Informanten wurde ferner berichtet, dass die eigentlich kostenlosen Medikamente oft nicht vorrätig seien und von einer Verwandten oder der Schwangeren selbst in der nächsten Apotheke gekauft werden müssen.

Auch die Verpflegung fern von der eigenen Hütte stellt ein Problem dar. Viele Frauen essen nämlich fast ausschließlich Produkte vom eigenen Feld und besitzen kein oder kaum Geld um sich Lebensmittel zu kaufen.

Mangelhafte Versorgungsstruktur des casa del parto

„Es war nachts, ich hatte starke Wehen, oft hatte ich die schon, mit wenig Zeit dazwischen. Ich war schon lange unterwegs, vier Stunden war ich schon gelaufen. Ich kam an und habe geklopft und gewartet und gewartet,...aber niemand hat aufgemacht. Ich habe gewartet, lange hab ich gewartet, aber niemand hat aufgemacht. Ich wusste nicht wohin ich gehen sollte, ich kenne dort niemand,... da bin ich wieder nach Hause gelaufen. Das Kind kam auf dem Weg, aber ich war ganz allein,...ganz allein“ (20 - jährige Erstgebärende aus der Dorfgemeinschaft Juan Pio Reserva am 11.11.2006).

Die Geschichte dieser jungen Frau ist kein Einzelschicksal. Nach übereinstimmender Aussage mehrerer Informanten kommt es immer wieder vor, dass eine Schwangere, wenn sie nach langem und beschwerlichem Fußmarsch endlich am *casa del parto* ankommt, vor verschlossenen Türen steht und ihr niemand öffnet.

Einige Frauen wurden sogar kurz vor der Niederkunft von den Ärzten mit der Empfehlung weggeschickt, sie sollten erst in ein paar Stunden wieder kommen, wenn die Wehen noch häufiger seien. Viele der Frauen, die so abgewiesen wurden, waren gerade einige Stunden unter starken Schmerzen durch den Regenwald gelaufen. Wohin sie sich nun wenden sollten, schien für viele der zuständigen Ärzte offenbar nicht von Interesse zu sein. Selbst der Leiter des Gesundheitszentrums wusste auf solche Anschuldigungen gleichgültig zu antworten, die 24 - Stunden - Versorgung in Loreto existiere eben doch nur auf dem Papier.

²⁰⁴ [RO] und [M] am 4.9.2006

Ein anderes Mal habe selbst ich miterlebt, wie ein Arzt eine junge Erstgebärende mit starken Wehen ins *casa del parto* aufgenommen hat. Anstatt die Geburt jedoch zu betreuen, entfernte er sich für Stunden zum Mittagessen. Als er schließlich zurückkehrte, hatte die junge Frau das Baby bereits allein, ohne jegliche Betreuung, bekommen.²⁰⁵

Solche Vorkommnisse erklären möglicherweise auch das unter der Bevölkerung hohe Ansehen einer mestizischen „*auxiliar de enfermeria*“²⁰⁶, die als Hebamme einige hundert Meter vom Gesundheitszentrum entfernt Geburten betreut. Der Präsident einer Dorfgemeinschaft „empfahl“ sie sogar regelrecht mit den Worten: „*gehen sie zur Frau Doktor Maria [Name geändert], sie behandelt sie zu jeder Stunde, [...] sie ist sehr gut.*“²⁰⁷

Eine Geburt in ihrem Haus kostet allerdings zwischen 50 - 100 \$ und obwohl es eigentlich nicht ihrem Ausbildungsstand entspricht, legt diese „*auxiliar de enfermeria*“ Infusionen und gibt den Gebärenden Injektionen von Medikamenten.

Acht Spritzen habe ihr Maria bei der Geburt ihres heute zweieinhalb-jährigen Sohnes gegeben, berichtet eine indianische Mutter,²⁰⁸ die damals von den Ärzten trotz starker Wehen fortgeschickt worden war und in ihrer Not die „*auxiliar de enfermeria*“ aufgesucht hatte. Nur deshalb sei das Kind so gesund und kräftig geworden und niemals krank.²⁰⁹

Doch nicht nur die Arbeitszeiten bzw. die Arbeitsmoral der Ärzte im *casa del parto* sind für die niedrigen Patientenzahlen verantwortlich. Auch das äußerst limitierte Leistungsspektrum stellt offenbar einen wichtigen Punkt dar. Wenig aussagekräftig sind die Ergebnisse pränataler Untersuchungen, die sich im Vermessen des Bauchumfangs, Wiegen, Blutdruckmessen sowie dem Abhören der kindlichen Herztöne mit dem Hörrohr erschöpfen. Eine Ultraschallkontrolle des Fetus ist nicht möglich und auch der Blutzuckerwert der Schwangeren wird nicht bestimmt. Zusätzlich werden die Untersuchungen meist von wenig erfahrener Personal

²⁰⁵ Loreto, 22.09.2006.

²⁰⁶ Bezeichnung für eine Person die einen 6 - monatigen Krankenpflegerkurs besucht hat.

²⁰⁷ [HL] in Amores (2004, S.16): „*vaya donde la doctora Maria, ella le atiende a cualquier hora [...] ella es muy buena*“.

²⁰⁸ Mutter in der comunidad Juan Pio Reserva, am 11.11.2006

²⁰⁹ Zum Thema der indigene Wahrnehmung und (Re-)Interpretation „westlicher Medizin“ vgl. Reynolds Whyte, Van Der Geest, Hardon (2003), Knipper (2005b). Dieses Thema kann in der vorliegenden Arbeit nicht weiter vertieft werden.

durchgeführt und bleiben letztlich in vielen Fällen ohne Konsequenzen. Denn finanzielle Mittel, die nötige Einrichtung und ausgebildetes Personal fehlen; und auch die Überweisung in eine medizinische Einrichtung von höherem Niveau erfolgt nur selten und ist dann begleitet von erheblichen ökonomischen und logistischen Problemen für die Patientin. Schwangerschaftsabbrüche können in Loreto nicht vorgenommen werden, und selbst der Diagnose einer Schwangerschaftshypertonie folgt oft kein adäquates Therapieangebot für die Patientin, da Geld und entsprechende Medikamente häufig fehlen. Dementsprechend ist letztlich auch der Nutzen von Kontrolluntersuchungen aufgrund des mangelhaften Angebots an Diagnostik und Therapie äußerst gering.

Kommunikationsprobleme

„Falls [die indianischen Frauen] kein Spanisch sprechen, reden [die Ärzte] nicht mit ihnen, denn [die Frauen] müssen Spanisch sprechen können... deshalb haben [die Frauen] Angst... sie bleiben einfach still.“²¹⁰

Die Sprache bildet eine der größten Barrieren zwischen ärztlichem Personal und den Schwangeren. Viele *Kichwa* - Frauen sprechen zwar Spanisch, oft fehlt jedoch das nötige Vokabular, um ihre Probleme dem Arzt adäquat schildern zu können. Viele fühlen sich in der fremden Sprache auch nicht ausreichend wohl, um für sie wichtige, aber über die akute Symptomatik hinausgehende Punkte anzusprechen.

Die oben zitierte Aussage einer Informantin weist außerdem auf den Umstand hin, dass Ärzte angesichts der Kommunikationsschwierigkeiten offenbar ebenfalls mit deutlicher Zurückhaltung reagieren. Die Kommunikation mit indianischen Patienten wird auf die wichtigsten Fragen und nötige Anweisungen reduziert. Wichtige Erklärungen z.B. zur Ätiologie der Krankheit, zur adäquaten Therapie und besonders zur Prävention bleiben sie ihren Patienten somit schuldig.

²¹⁰*„Cuando no hablan en castellano no hablan porque tienen que saber hablar en castellano... por eso tienen miedo.. quedan alli callados.“* [SU] in Balino 19.9.2006.

Gender

Von Seiten des mestizischen Gesundheitspersonales war mehrmals geäußert worden, indianische Männer erlaubten ihren Frauen nicht, zur Geburt ins *casa del parto* zu gehen, weil sie dort von fremden Männern untersucht würden.

Diese Konstellation mag im Einzelfall existieren, während der Arbeit vor Ort ergab sich jedoch grundsätzlich ein genau gegensätzliches Bild: Hinweise auf konkrete Fälle, in denen Ehemänner ihren Frauen die Geburt im *casa del parto* verboten hätten, fanden sich nicht. Darüber hinaus berichteten insbesondere Frauen davon, dass ihre Ehemänner ihnen eine Geburt im *casa del parto* regelrecht aufdrängen wollten und sie eine Betreuung durch ärztliches Personal ausdrücklich befürworteten - selbst wenn es sich um männliche Ärzte handelte.

Dies bestätigte auch die folgende Aussage einer indianischen Gesundheitshelferin: „Ja, [die Ehemänner] *sprechen den Frauen zu, damit sie ins subcentro gehen. Aber nein, es sind die Frauen, die nicht [dorthin] gehen wollen. Die Ehemänner drängen sie, damit sie ins Krankenhaus gehen, es ist ihnen egal, dass sie dort von Männern behandelt werden.*“²¹¹

Offenbar sind es vor allem die Frauen selbst, die sich gegen die institutionelle Geburt im *casa del parto* entscheiden. Teilweise auch entgegen dem ausdrücklichen Rat und der Präferenz ihrer Ehemänner.

Welche Bedeutung in diesem Kontext allerdings dem Geschlecht des medizinischen Personals zukommt, ist aufgrund widersprüchlicher Aussagen und Beobachtungen nicht eindeutig zu klären. Denn zum einen ist die Anwesenheit von Männern bei der Geburt den *Indígena* von Loreto nicht grundsätzlich fremd. So gibt es bei den *Kichwa* seit langem männliche Geburtshelfer, wie unter anderem dieses Zitat illustriert: „*Und der männliche Geburtshelfer, das ist schon alltäglich, sei es Mann oder Frau, die dies praktizieren. Normalerweise machen sie auch Kontrolluntersuchungen, [auch] nach der Geburt.*“²¹² Selbst manche Schamanen besitzen diese „Zusatzqualifikation“, so waren zum Beispiel bei einem Workshop mit den traditionellen Hebammen von Loreto auch zwei Schamanen anwesend, um sich als Geburtshelfer weiterzubilden. Gerade bei den *Amazonas - Kichwa* fällt ferner auf, dass dem Ehemann, im

²¹¹ „Si, consuelan a las mujeres para que vayan al subcentro, que no las mujeres no quieren ir. Los maridos se exigen para que vayan al hospital no les importa que atiendan hombres allí“ [SU] am 19.9.2006.

²¹² „Y el partero, eso ya es comun, sea hombre o mujer que practican eso. Normalmente hacen controles tambien postparto“ [JH] am 27.11.2006.

Unterschied zu anderen Tieflandindianern,²¹³ eine extrem wichtige Rolle bei der Geburt zukommt: er stützt seine Frau und bläst ihr auf die Stirn, um „*ihr seine Kraft zu übertragen*“.²¹⁴

Es gibt jedoch auch genau gegenteilige Auffassungen:

„*Weil es Männer sind, macht es uns Angst*“²¹⁵ erklärte mir eine indianische Gesundheitsarbeiterin, als ich sie fragte, warum sich indianische Frauen gegen eine Geburt im *casa del parto* entscheiden. „*Mit einer Ärztin würde sich die Situation ändern*“,²¹⁶ da es den *Kichwa* -Frauen unangenehm sei, sich vor den männlichen Ärzten nackt zu zeigen.

Die vordergründig auf Gender-Aspekten beruhende Problematik scheint weit über die Frage „Arzt oder Ärztin“ hinaus zu reichen. Ein der Frau bekannter „*partero*“ (spanisch für „*Geburtshelfer*“), der *Kichwa* spricht und mit indigenen Geburtsritualen vertraut ist, kann offenbar nicht mit einem fremden, Spanisch sprechenden Arzt gleichgesetzt werden. Ein wichtiger Punkt scheint auch in den Untersuchungstechniken und den Arbeitsweisen der „westlichen“ Medizin bzw. Geburtshilfe zu liegen, denen daher die folgenden Abschnitte gewidmet werden.

Westliche Medizin: Untersuchungstechniken, Ruf und Personal

„*Weil sie dort vergewaltigen, öffnen die Beine und führen die Hand ein*“ war die Antwort einer 20 - jährigen Erstgebärenden auf die Frage, warum sie ihr Kind nicht im *casa del parto* zur Welt bringe. Dieses Zitat verdeutlicht, was nach eigenen Aussagen manche indigene Frauen bei der gynäkologischen Untersuchung empfinden. Der Besuch bei einem Frauenarzt wird in den Industrienationen und auch in der ecuadorianischen Oberschicht als ggf. unangenehme, jedoch übliche und notwendige Untersuchung gewertet, der man sich regelmäßig unterzieht. Anders empfinden dies indigene Frauen in Loreto, die aufgrund von Kommunikationsproblemen diese Untersuchung auch noch oft ohne Erklärung über sich ergehen lassen müssen. Die gynäkologische Untersuchung entspricht für sie

²¹³ Geringe bis keine Rolle bei der Geburt besitzt der Ehemann z.B. bei den Secoya (Vickers 1976, S. 214) oder den Záparo (Steward 1948, S. 645).

²¹⁴ Carolyn Orr im persönlichen Gespräch mit Hudelson (Hudelson 1987, S. 96).

²¹⁵ [SU] am 19.09. 2006.

²¹⁶ [SU] am 19.09. 2006.

demnach einer Form von Vergewaltigung. Sie ist eine Handlung, die für sie keine logische Notwendigkeit besitzt und ohne ihr Einverständnis passiert.²¹⁷

Durch den „Ruf“ der Biomedizin werden diese starken Gefühle von Ablehnung und Angst in Bezug auf die gynäkologische Untersuchung in vielen Fällen potenziert, bzw. erst verursacht. Dieser „Ruf“ speist sich zum einen aus (unangenehmen) Vorerfahrungen mit der Biomedizin und ihren Vertretern. Einer der *promotores* aus dem Landkreis *Payamino* berichtete z.B., seine Frau hätte ihr erstes Kind im Krankenhaus bekommen, für die folgenden fünf wäre sie aber um nichts in der Welt wieder zu einer institutionellen Geburt zu bewegen gewesen und so habe einzig er sie zuhause bei den Geburten betreuen dürfen.²¹⁸

Aber auch Gerüchte, was den Ablauf der ärztlichen Untersuchung, die hiermit verbundenen Schmerzen sowie das ärztliche Personal betrifft, tragen zum schlechten „Ruf“ bei. So konnte man z.B. aus indianischem Mund in Bezug auf die Ärzte von Loreto vernehmen: *„Man sagt, dass sie [die Ärzte] schon schmutzig kommen, mit einigen Krankheiten, deshalb haben manche Frauen Angst, dorthin [ins casa del parto] zu gehen.“*²¹⁹

Auch der bereits erwähnte *paju*, der viele traditionelle Hebammen für ihre Tätigkeit als Geburtshelferin beruft, dürfte in diesem Kontext wichtig sein. Alle befragten Frauen und Männer stimmten darin überein, dass zumindest jene momentan im Gesundheitszentrum tätigen Ärzte, allesamt männliche Mestizen, keinen *paju* für Geburtshilfe besitzen. Dadurch büßen sie, zumindest in den Augen mancher *Indígena*, an Kompetenz ein (vgl. dazu auch Kapitel 5.2).

Befremdung, Unverständnis und Misstrauen prägen in diesem Kontext jedoch nicht nur die *Kichwa* - Bevölkerung, sondern auch das Verhalten vieler mestizischer Ärzte gegenüber traditionellen Elementen der indianischen Geburt. Die vertikale Geburt, bei der die Frau auf dem Boden kniet, wird z.B. als unhygienisch abgelehnt (vgl. dazu

²¹⁷ Vgl. dazu auch die Aussage von Juárez (2004b, S. 11) über eine ähnliche Problematik bei chirurgischen Vorgehensweisen in Bolivien: *„Die Kranken behaupten von den herkömmlichen Ärzten eine übermäßige Neigung zur chirurgischen Operation, zur widernatürlichen Öffnung der Körper, die darüber hinaus auch noch furchtbar teuer ist; der Arzt, sagt man <öffnet die Körper um herumzuschneffeln>, <nimmt Blut ab um es an andere zu verkaufen>, wenn der indianischen Auffassung nach, es weder zur Therapie dient, noch angemessen ist.“*

Span. Originalzitat: *„Los enfermos achacan a los médicos convencionales una tendencia desmedida a la operación quirúrgica, a la apertura “contranatura” de los cuerpos, además de resultar tremendamente costosa; el médico, se dice, <abre los cuerpos para curiosear>, <saca sangre para vender a otros> cuando, desde la perspectiva indígena, no resulta terapéutico ni conveniente hacerlo.“*

²¹⁸ [DH] am 1.11.2006.

²¹⁹ [SU] am 19.09. 2006.

das Einleitungsbeispiel auf Seite 1). Auch die Arbeit bzw. die Arbeitstechniken der indianischen Hebammen werden oft kritisiert. Dies wusste eine junge ärztliche Direktorin eines *subcentro de salud* recht eindrücklich in ihrem Kommentar über die traditionellen Hebammen kund zu tun: *„hier machen sie Barbareien... wie ist es möglich, dass solche Frauen Geburten betreuen können... wo sie doch so ignorant sind... sie wissen gar nichts... ich habe gesehen, wie schmutzig ihre Hände sind und so betreuen sie die Geburten... dies bedeutet gegen die Gesundheit zu verstoßen... ich werde sie beim Ministerium für Gesundheit anzeigen.“*²²⁰

Und nicht nur Mediziner/innen denken so, die leidenschaftliche Aussage einer mestizischen Lehrerin lässt vermuten, dass solche Denkmuster tief in Teilen der mestizischen Gesellschaft verankert sind: *„Sie [die indianischen Hebammen] bringen Menschen um!“*²²¹

*„Es ist unnötig“*²²² - das vielfältige Betreuungsangebot in der Dorfgemeinschaft

*„Sie [die Schwangeren] heilen sich einfach zu Hause, dort verfügen sie über Hebammen, pajuyuks, Schamanen. Und mit all jenen ist es genug, sagen sie. Wir müssen nicht ins subcentro [dem das casa del parto angegliedert ist] gehen, sagen sie.“*²²³

Aussagen wie diese waren von vielen Informantinnen zu hören, die es schlichtweg als „unnötig“ empfanden, sich für die Geburt eines Kindes extra an einen anderen Ort zu begeben. Traditionellerweise bekommen *Kichwa*-Frauen ihre Kinder zuhause, wo sie sich, dank der Betreuung durch den Ehemann, Familienangehörige oder traditionelle Hebammen, in der vertrauten Umgebung sicher und wohl fühlen.

Die Vorstellung, an einem fremden Ort ein Kind zu gebären, umgeben von fremden Personen, die noch dazu für viele eine fremde Sprache sprechen, wirkt, (nicht nur) im besonderen kulturellen Kontext betrachtet, verständlicherweise Furcht einflößend.

²²⁰ Span. Originalzitat: *„aquí hacen barbaridades... como van a poder esas señoras atender los partos... si son unas ignorantes...no saben nada... yo he visto como tienen sus manos sucias y así atienden los partos....eso es atentar contra la salud... les voy a denunciar en el Ministerio de Salud“* (Zitat einer jungen ärztlichen Direktorin eines subcentro de salud im Jahr 2002, Quelle: Amores 2004b, S.16).

²²¹ [EA] am 30.10. 2006.

²²² [MI] am 1.11.2006.

²²³ Span. Originalzitat: *„Allí en la casa no mas se curan [las embarazadas], tienen parteras, pajuyuks, shamanes. Y con estos mismos ya basta dicen, No necesitamos ir al subcentro dicen.“* [SU] am 19.09.2006.

Zudem sind für viele *Kichwa* Schwangerschaft und Geburt ein zum Leben unabdingbar dazugehörender Prozess. Medikalisierende Tendenzen, im Sinne eines Prozesses, in dem bisher außerhalb der Medizin stehende Bereiche in den „professionell - medizinischen Kompetenzbereich“²²⁴ rücken, so wie man sie in den Industrienationen zu diesem Thema findet, kommen beim Großteil der *Kichwa* - Bevölkerung noch nicht zum tragen. Und besonders Frauen, die bereits mehrere Kinder ohne Komplikationen zuhause geboren haben, sind meist nicht von den aus biomedizinischer Sichtweise angeführten Vorzügen einer institutionellen Geburt zu überzeugen.

Eine 56 - jährige Frau erklärte mir beispielsweise, sie habe alle ihre 4 Kinder zuhause bekommen, weil ihr das einfach besser gefallen habe. Und auch ihre Tochter habe jetzt mit ihrer Unterstützung ihre Kinder daheim zur Welt gebracht.²²⁵

Offensichtlich ist es vielen Indianerinnen also schlichtweg kein Bedürfnis, ihr Kind an einem in Wahrheit auch nur theoretisch sichereren Ort als im eigenen Haus auf die Welt zu bringen; sie fühlen sich in ihrer Dorfgemeinschaft gut umsorgt. Neben Ehemann und Eltern versprechen sie sich auch von *pajuyuks* (*Kichwa* - Bezeichnung für die Besitzer eines *paju*), Schamanen und Hebammen bei Bedarf Hilfe, wie das Zitat der langjährigen Gesundheitshelferin zu Anfang des Abschnitts verdeutlichte.

5.1.4 Die Bedeutung der traditionellen Hebammen für die Dorfgemeinschaft

In jeder der von mir besuchten indianischen Dorfgemeinschaft lebten mehrere traditionelle Hebammen. Ein Großteil dieser Frauen besitzt einen speziellen *paju* für Geburten (zum Thema *paju* vgl. auch folgendes Kapitel). Sie zeichnen sich demnach durch eine besondere Kraft, bzw. ein besonderes Geschick im Bereich Schwangerschaft und Geburt aus. Diese besonderen Fähigkeiten haben sie meist von ihren Müttern übertragen bekommen und folgen so in ihrer Berufung als Hebamme einer weit zurückreichenden Familientradition.

Hebammen, die keinen *paju* besitzen, zeichnet meist ihre große Erfahrung aus. Sie haben viele Geburten in der Verwandtschaft betreut und werden deshalb auch als eine „*partera familiar*“ (spanisch für: „Hebamme der Familie“) bezeichnet.

²²⁴ Vgl. dazu auch Kleinmann (1995), zum Thema Medikalisierung in der Medizingeschichte Roelcke (1998b).

²²⁵ [C] am 30.10.2006.

Indianische Hebammen sind stark in alle Phasen der Schwangerschaft eingebunden. Sie kennen Heilpflanzen und Rituale bei typischen Schwangerschaftsproblemen, „akkommodieren“ das Kind im Bauch der Mutter²²⁶, helfen und stützen die Frau bei der Geburt²²⁷ und wissen Rat und Mittel für die Nachsorge der Gebärenden. Viele erkennen auch Risikoschwangerschaften oder Geburtskomplikationen und „überweisen“ die Frauen in solchen Fällen an das *casa del parto* oder an ein Krankenhaus in der Provinzhauptstadt Coca.

Die Hebammen übernehmen also eine extrem wichtige Rolle für die Gesundheit der Frau, und ihre Arbeit bedeutet der indianischen Dorfgemeinschaft viel.

Fast immer stammt die Hebamme aus dem gleichen Dorf wie die Schwangere und wird von der Frau selbst ausgewählt. Oft sind die zwei Frauen seit längerer Zeit befreundet, bzw. kennen zumindest das soziale Umfeld der anderen und wissen über die familiären Umstände bescheid. Außerdem sprechen sie die gleiche Sprache, also in der Regel Kichwa, und besitzen einen ähnlichen kulturellen Hintergrund, wodurch sie viele Sitten, Gebräuche und Vorstellungen teilen.

Besonders wichtig ist somit die lokale und soziokulturelle Verwurzelung dieser Frauen. Die meisten traditionellen Hebammen arbeiten zusätzlich kostenlos, bzw. bekommen lediglich eine kleine Vergütung in Naturalien.

Inzwischen versucht jedoch der ecuadorianische Staat durch ein Programm Einfluss auf die Tätigkeit der indigenen Hebammen zu nehmen, wie mir die staatliche Hebamme des *casa del parto* mitteilte. Geplant seien demnach Fortbildungsveranstaltungen, in denen die Frauen hygienisches Arbeiten nach westlichen Maßstäben erlernen sollen. Auch Berichte über betreute Schwangere sollen in Zukunft angefertigt werden, und als „Aufwandsentschädigung“ sollen die Hebammen dann etwas Geld erhalten.

²²⁶ Vgl. dazu auch Albán u. Alvarado (2004, S.55): „<um die Position [des Kindes] zu sichern> zu dieser Zeit, kann man <durch Inspektion oder Palpation die Lage des Kindes [im Mutterleib] erfassen>; falls es sich in einer schlechten Lage befindet, muss man dreimal mit Tabak [den Bauch der Mutter] massieren, bis das Kind in der Richtigen Position liegt. Andere Hebammen frottieren zum gleichen Zweck mit ihren in Schlangen - oder Hühnerfett getauchten Händen Hüfte, Rücken und Bauch.“ Span. Originalzitat:<para asegurar la posición> en este tiempo se puede <detectar a simple vista o a través del tacto la ubicación del niño>; si está en mala posición, habrá que sobar por tres veces con tabaco hasta dar con su correcta ubicación. Otras parteras con el mismo propósito, aplican frotaciones con sus manos untadas en manteca de boa o manteca de pollo criollo en las caderas, espalda y barriga.“

²²⁷ Vgl. auch Hudelson (1987, S.96), der die Anwesenheit von Hebammen bei Geburt für die Kichwas in Loreto beschreibt. Er widerspricht damit Oberem (1971 S. 194), der für die Indianerinnen in Loreto bemerkt: „die Geburt eines Quijo - Kindes geschieht im Urwald oder im Garten/Feld, wohin die junge Indianerin geht, wenn die Geburtsschmerzen beginnen. Niemand kann sie begleiten oder ihr helfen in dieser Situation.“

5.1.5 Zusammenfassung und Bewertung des Themas für eine interkulturelle Medizin

Der Kreislauf von Schwangerschaft und Geburt ist ein fester Bestandteil des Alltags der meisten *Kichwa* - Familien und spielt sich traditionellerweise vor allem zuhause bzw. in der Dorfgemeinschaft ab. Für die schwangere Frau wichtige Personen entstammen hauptsächlich dem *ayllu*, bzw. der Dorfgemeinschaft. So kommt in der Kultur der Kichwa zum einen dem Ehemann eine entscheidende Rolle bei der Geburt zu, daneben erfüllen auch die traditionellen Hebammen wichtige Aufgaben und bieten zusätzlich prä - und postpartale Betreuung an.

Durch das neue *casa del parto* wird den indianischen Frauen nun die Möglichkeit gegeben, sich bei Geburt und Kontrolluntersuchungen in biomedizinische Behandlung zu begeben.

Dass dieses Angebot bisher nur wenig Resonanz bei den *Kichwa* erfährt, liegt zum gewissen Teil in den beträchtlichen geographischen Distanzen, die es für einen Besuch zu überwinden gilt, sowie an mangelnden ökonomischen Ressourcen. Zudem weist die Versorgungsstruktur des *casa del parto* (noch) große Defizite auf. Auch der (schlechte) Ruf der westlichen Medizin und die von den Ärzten angewandten Untersuchungstechniken lassen viele Frauen vor einem Besuch im *casa del parto* zurückschrecken. Der Aspekt „gender“, also die soziale Geschlechtsrolle, trägt zumindest zum Teil zu den niedrigen Patientenzahlen des *casa del parto* bei. Entscheidend ist auch die Tatsache, dass indigene Frauen in ihrer Dorfgemeinschaft bereits ein reiches Angebot an Betreuung in der Schwangerschaft vorfinden, wobei hier, wie bereits erwähnt, besonders die traditionellen Hebammen einen wichtigen Beitrag leisten.

Doch die geringe Zahl von nur 7% der Schwangeren, die sich letztlich für eine institutionelle Geburt entscheiden, spiegelt nicht nur die Unzufriedenheit der *Kichwa* mit dem aktuellen *casa del parto* wider. Sie signalisiert im Gegenteil auch, dass sich viele Frauen während Schwangerschaft und Geburt von traditionellen Hebammen, Familienmitgliedern, Freundinnen und *compadres* ausreichend versorgt fühlen. Somit scheinen viele gar kein Bedürfnis nach mehr Betreuung in den Phasen von Schwangerschaft und Geburt zu verspüren.

Leider wurde bei der Planung des *casa del parto* übersehen, bzw. ignoriert, wie wenig die stark präsenten, indianischen Geburtstraditionen mit den Bedürfnissen schwangerer westlicher Frauen korrelieren. In den Industrienationen gilt eine Schwangerschaft ohne regelmäßige Kontrolltermine beim Gynäkologen als unvorsichtig oder gar unverantwortlich. Und nur ein winziger Prozentsatz an westlichen Frauen bzw. Paaren, entscheidet sich letztlich für eine Hausgeburt. Doch Situation und Einstellung der „Betroffenen“ im Forschungsgebiet differieren davon erheblich. In Loreto argumentieren indianische Frauen mit den guten Erfahrungen, die sie mit ihren häuslichen Geburtstraditionen gemacht haben und verweisen auf die geringe Anzahl an Todesfällen in dieser Periode.²²⁸

Es ist somit auch äußerst fragwürdig, bei den Informationsveranstaltungen der staatlichen Hebammen in den Dörfern Horrorgemälde möglicher Komplikationen bei der Schwangerschaft an die Wand zu malen. Soll damit bei den Indígenas ein Bedürfnis nach mehr bzw. anderer Betreuung in der Schwangerschaft erzeugt werden?

Und wie viel länger noch wird es dauern, bis das Versprechen von mehr Sicherheit vom *casa del parto* auch wirklich eingelöst werden kann?

Denn am Ende erscheint der Nutzen des Geburtshauses auch nach biomedizinischen Maßstäben gering. Ohne Sonographiekontrolle und von unerfahrenen Ärzten vorgenommen, müssen die angebotenen pränatalen Vorsorgeuntersuchungen nach westlichem Maßstab als mangelhaft bewertet werden. Zusätzlich bleiben sie aus versorgungstechnischen und finanziellen Gründen meist ohne Konsequenzen. Es fehlt geschultes Personal und die nötige Ausrüstung, um Kaiserschnitte oder andere Notoperationen vorzunehmen.

Davon berichtete auch die staatlich Hebamme von Loreto: *„Es gab letztes Jahr einen [Tod einer Schwangeren] und es passierte hier [im casa del parto], bei einer institutionellen Geburt. [Die Schwangere] hatte Präeklampsie und [die Ärzte] wussten nicht, wie sie das behandeln sollten, Eklampsie war es. Aber ansonsten, in den Dörfern, gibt es keine maternale Mortalität.“*²²⁹

²²⁸ Wie eingangs erwähnt, Moreta, Vásquez u. Zurita (2004) und Amores (2004b) gehen in ihren Untersuchung von einer hohen Rate maternaler Mortalität in Loreto aus. Als Hintergrund verweisen sie auf die hohen Werte maternaler Mortalität wie sie für ganz Lateinamerika bzw. für Ecuador als Land zutreffen. Konkrete Zahlen, die sich speziell auf die Region Loreto beziehen, haben sie jedoch nicht.

²²⁹ „Hubo una el año pasado, y fue aquí, institucional. Tuvo preeclamsia y no supieran manejar, eclampsia fue, pero así al nivel de comunidad no hay mortalidad materna“ (Aussage der staatlichen Hebamme von Loreto am 22.9.2006).

Nichtexistente Bedürfnisse mit schlechter und unzureichender Biomedizin zu versorgen - sollte so ein kulturell angepasstes Versorgungsmodell aussehen? Die Antwort lautet nein.

Ziel einer wirklich interkulturellen Medizin sollte eher die Anerkennung der Arbeit der indigenen Hebammen sein und nicht der Versuch, diese durch Institutionen wie das *casa del parto* aus ihrem traditionellen Umfeld im Dorf herauszureißen oder, wie durch das Programm der ecuadorianischen Regierung, das eine Belohnung für „hygienischeres Arbeiten“ vorsieht, mit Geld aus kulturellen Traditionen zu „locken“. Eine Betreuung durch indigene Hebammen hat für die Schwangere kurz zusammengefasst folgende Vorteile: Diese sind meist Frauen, leben im gleichen Dorf, sprechen die gleiche Sprache, verfügen über einen ähnlichen kulturellen Hintergrund, teilen indigene Vorstellungen und Bräuche, haben meist einen *paju* und/oder viel Erfahrung, kennen das soziale Umfeld der Schwangeren und verlangen kein oder wenig Geld.

Damit kann das biomedizinische Angebot des *casa del parto* nicht konkurrieren. Diese Ansicht vertrat auch die staatliche mestizische Hebamme des *casa del parto*: *“Ich habe kein Interesse daran, dass sie [die indigene Hebamme] hierher kommt [ins casa del parto], mich interessiert, dass sie gut [Geburten und Schwangerschaften] betreut. Und das ist bislang geschehen, es gibt, zumindest hier im Kanton, keine Fälle maternaler Mortalität.”*²³⁰

Überlegt man sich, für welchen Aspekt von „Gebären“, bzw. welche „Indikationen“, man dann überhaupt Versorgungsangebote bräuchte, so blieben letztlich nur die damit verbunden Komplikationen, die erstens möglichst früh entdeckt und zweitens möglichst kompetent, die Frauen respektierend sowie kostengünstig behandelt werden müssten. Und dafür wird eine enge, aber die kulturellen Differenzen beachtende und akzeptierende Zusammenarbeit gut ausgebildeter Ärzte mit den indigenen „*parteras*“, bzw. „*parteros*“ unumgänglich sein. Grundlegend ist jedoch dabei, dass die Hebammen ihre Arbeit und Stellung in der Dorfgemeinschaft beibehalten.

²³⁰ *“A mi no me interesa que venga aca, a mi me interesa que atienda bien, Y eso ha pasado, no hay, al menos aca en el canton, no hay taza de mortalidad materna”* (Aussage der staatlichen Hebamme von Loreto am 22.9.2006).

5.2 Der paju

5.2.1 Auswahlkriterien und Literaturübersicht

„Was ist der paju?“ „Das was jemand hat, das was jemand weiß.“²³¹

Diese Antwort eines *promotor* auf meine Frage deutet die verschiedenen inhaltlichen und theoretischen Ebenen des folgenden Themas an. Aufgrund interessanter und widersprüchlicher Angaben zu *paju* in der einschlägigen Literatur dazu war ich auf dieses Thema aufmerksam geworden.

Eine allgemeine Beschreibungen von *paju* findet sich bei Knipper (2003a, S. 202 - 213 und S. 265ff), der als eine von verschiedenen Bedeutungen des Begriffs angibt: „[paju] bezieht sich auf die Fähigkeit und die ‘Macht’, die jemand besitzt, nachdem er diese von einer anderen Person oder aus der Natur übernommen hat“ (2003a, S.275). Franco, in einem in Kooperation mit der FONAKIN verlegten Buch, das sich auf den Oberlauf des Napo und somit auch auf das Forschungsgebiet bezieht (2005, S.57 f), übersetzt *paju* mit „Kraft“ (spanisch: „*poder*“). In ihrer Studie über indigene Gesundheitsstrukturen in Archidona, einer Region in der Nähe von Loreto, führen Alvarado und Albán (2004, S. 48) an: „Der *paju* wird als positive Energie betrachtet [...] er ist nicht wirklich eine Gabe, weil er von einem auf den anderen übertragen wird, sondern eher eine spirituelle Kraft [...]“.²³² Bei anderen Autoren finden sich zum Teil nur versteckte Hinweise: So erwähnt beispielsweise Guzmán (1997) für die *Canelos-Kichwa* die Möglichkeit, besondere Fähigkeiten zu erwerben, der Begriff *paju* wird aber als solcher hier nicht explizit genannt. In verschiedenen literarischen Quellen wird die Bedeutung von *paju* allein auf den gesundheitlichen Bereich reduziert, der eine mögliche, aber nicht die einzige Bedeutungskomponente des Begriffs darstellt. Die Auffassungen jener Autoren werden deshalb unter dem entsprechenden Unterpunkt erwähnt (vgl. 5.2.3 Krankheitsbezogene Bedeutungsinhalte).

²³¹ Span. Originalzitat: „Que es el paju?“ „Lo que uno tiene, lo que uno sabe.“ [DH] am 11.11.2006.

²³² Span. Originalzitat: „El paju es considerado energía positiva [...] no es exactamente un don, porque pasa de unos a otros, es más bien una fuerza espiritual [...]“ (Alvarado und Alban 2004, S. 48).

Aufgrund dieser unterschiedlichen Definitionen in der Literatur hatte ich gezielt versucht, im Forschungsgebiet mehr über das Konzept *paju* und seine Bedeutung zu erfahren. Besonders interessierte mich dabei auch, inwieweit *paju* für die Arbeit der mestizischen Ärzte Relevanz zeigte.

Von Seiten der indianischen Informanten erhielt ich viele Rückmeldungen zu diesem Thema. So zeigte sich, dass viele der befragten *Kichwa* einen *paju* besaßen. Der Präsident einer Dorfgemeinschaft behauptete sogar: „Jeder von uns [den *Kichwa*] hat einen *paju*.“²³³

Paju stellte sich demnach als ein extrem kompliziertes, aber sehr bedeutungsvolles Thema in Loreto heraus, das unter anderem für den medizinischen Bereich und somit für diese Arbeit Relevanz besitzt. Letztlich ist es jedoch nicht nur vor Ort wichtig, sondern auch von allgemeiner Bedeutung als Beispiel für die Problematik und das Potential interkulturellen Verstehens.

5.2.2 Allgemeine Bedeutungsinhalte von *paju*

Begriffsdefinitionen

Paju, ein Begriff der *Kichwa* - Sprache, kann nicht eindeutig ins Deutsche, respektive Spanische übersetzt werden.

Es muss demnach sprachlich klar unterschieden werden, zwischen dem indigenen Begriff *paju* bzw. seinen verschiedenen Bedeutungen und den damit assoziierten Vorstellungen sowie jenen Aussagen, die man als (Kultur -) Fremder bei dem Versuch, die indigene Sichtweise zu verstehen, formuliert. Das Konzept der *Kichwa* hierbei wird von westlichen Forschern wohl nie ganz erfasst werden können. Deshalb war es für diese Arbeit wichtig, einen Kernbereich der Bedeutung des Begriffs *paju* zu definieren und nach jenen Bedeutungskomponenten, die im Zentrum des Konzepts stehen, zu fragen.

Dabei konnten folgende Bedeutungselemente identifiziert werden:

Das Konzept *paju* beschreibt einerseits eine „Gabe“, im Sinne von etwas wird gegeben bzw. erhalten und bedeutet damit einen gewissen „Austausch“. Zugleich impliziert *paju* auch den Begriff „Kraft“, jedoch im Sinne einer „physisch nicht

²³³ Span. Originalzitat: „Cada persona tenemos *paju*“ [MJ] am 7.11.2006.

fassbaren Fähigkeit“ zu etwas, und hat somit keinen Bezug auf z.B. körperliche Kräfte einer Person. Auch der Begriff „Kompetenz(en)“ ist ein Inhalt des indigenen Konzepts von *paju* und verdeutlicht den Bezug auf das konkrete Anwendungsgebiet, mit welchem *paju* in jedem Einzelfall assoziiert ist. Dieses Gebiet kann, neben anderen, auch den aus westlicher Perspektive als „medizinisch“ bezeichneten Bereich betreffen, es ist jedoch keinesfalls auf diesen beschränkt.

Identifikation der Träger eines paju

Grundsätzlich können Männer wie Frauen *pajuyuk*²³⁴, also Träger eines *paju* sein. Ein *paju* zum Jagen beispielsweise ermöglicht es dem meist männlichen Besitzer mehr Beute oder, selbst noch unter schwierigen Bedingungen, ein erlegtes Tier nach Hause zu bringen.

Bestimmte *paju*, wie jene zum Fischen oder Jagen, befinden sich häufiger im Besitz von Männern, während ein *paju* zum Sähen von Yuca oder anderen Grundnahrungsmitteln eher in der weiblicher Hand lokalisiert ist (vgl. zur Bedeutung des kulturellen Rollenbildes bei den Kichwa von Loreto auch Kapitel 3.2.2).

Manche Indianer sind Träger von mehr als einem *paju*, so erfuhr ich z.B. von mehreren Hebammen, die auch einen *paju* zum Sähen von Yuca besaßen. Dabei scheint zum Teil auch das soziale Ansehen einer Person mit der Zahl ihrer *paju* oder mit dem Besitz eines besonders starken *paju* zu wachsen. Dies bestätigte sich auch in der Untersuchung von Alvarado und Albán (2004, S. 48): “[...] *die pajuyuk können normalerweise ein oder zwei paju handhaben; jemand der vier handhabt wird als ein sehr mächtiger pajuyuk angesehen.*“²³⁵

²³⁴ In der Literatur „*pajuyuk*“ oder „*makiyuk*“ (*maki*: Kichwa für Hand, wobei -*yuk* das Suffix des Kichwa ist, das Besitz anzeigt), also: „*der der die Hand/den paju besitzt*“ (vgl. Knipper 2003a). Im Forschungsgebiet haben es mir unterschiedliche Informanten auch immer wieder als „*pajuyo*“ aufgeschrieben.

²³⁵ Span. Originalzitat: “[...] *los pajuyucs regularmente manejan uno o dos paju; uno que maneja cuatro es considerado un pajuyuc sumamente poderoso*” (Alvarado und Albán 2004, S. 48).

Erwerb und Anwendung von paju

Ein *paju* wird immer erworben, niemals wird jemand bereits damit geboren. In den meisten Fällen übertragen Eltern, Verwandte oder *compadres* ihre besondere Fähigkeit in einem Ritual auf die Kinder. Entscheidend ist, gemäß der Aussagen mehrerer Informanten, dass man um einen *paju* stets bitten muss. Ein Informant benutzte sogar den Ausdruck „*man muss sich darum bewerben*“²³⁶ und betonte damit, dass man den *paju* nicht einfach ohne eigenes Zutun passiv übertragen bekommt. Vor dem Erwerb bestimmter *paju* muss außerdem zuerst gefastet, bzw. auf bestimmte Genussmittel wie Alkohol oder Chili verzichtet werden.

Doch nicht nur die Vorbereitung, auch das entsprechende Ritual zur Übertragung differiert je nach *paju*, stets beinhaltet die Zeremonie jedoch die Übergabe der besonderen Kraft von Hand zu Hand.

Beim Erwerb eines *paju* zum Sähen von Yuca beispielsweise, welcher in der Regel von Mutter auf Tochter übergeben wird, legt die Empfängerin zunächst ihre Hand auf die der Gebenden, die sie nun über die beim Pflanzen zu beachtenden Regeln und Methoden aufklärt. Laut der Aussage mehrerer Informantinnen hält die Besitzerin des *paju* dabei meist einen Ast oder ein Stück des Stammes der Yucapflanze in der Hand. Der *paju* wird in dem Moment übertragen, in dem der Empfänger einzeln an den Fingern des Gebenden zieht und die Gelenke dabei „knacken“ lässt.²³⁷

Einmal erworben, muss die besondere Fähigkeit auch „gepflegt“ werden, sonst besteht die Gefahr den *paju* zu verlieren, oder dass sich die Kraft abschwächt. Diese Pflege beinhaltet oft eine regelmäßige Anwendung des *paju* sowie rituelles Fasten bestimmter Lebens - und Genussmittel und/oder temporäre sexuelle Enthaltsamkeit. Durch regelmäßigen Tabakkonsum können manche *paju* noch verstärkt werden bzw. erst vollständig ausreifen.

Wird der *paju* innerhalb der Familie weitergegeben, muss der Empfänger meist gar nichts oder nur einen symbolischen Betrag bezahlen. Im Gegensatz dazu bezahlen Außenstehende in Naturalien oder Geld. Die Höhe der Bezahlung richtet sich in der Regel nach dem *paju* selbst, denn einige Fähigkeiten gelten als besonders kostbar

²³⁶ [RR] am 1.11. 2006.

²³⁷ Vgl. zum Ritual des Übertragens des *paju* zum Pflanzen von Yuca auch Franco (2005, S. 57).

und selten und so kann der geforderte Betrag zwischen 20 US\$ bis 150US\$ betragen.²³⁸

Einige Informanten waren hingegen der Auffassung, der Gebende dürfe keinen Preis festsetzen, sondern müsse vielmehr jegliche Bezahlung des Empfängers, ganz gleich welcher Höhe, als angemessen akzeptieren.

Solche unterschiedlichen Aussagen mögen zunächst verwundern, erklären sich aber in Anbetracht der deutlich unterschiedlichen Lebenssituationen und der sozialen und kulturellen Heterogenität innerhalb der Gruppe der *Kichwa*. Am Ende liegt die Betonung jedoch stets auf dem Prozess von Austausch, in der einen oder anderen Form, zwischen verschiedenen Personen.

Effekt

Welch wichtige Rolle ein *paju* für das tägliche (Über-) Leben im Regenwald einnehmen kann, zeigt die folgende Geschichte einer jungen Informantin²³⁹ über ihre Freundin:

Die Freundin, eine Besitzerin des typisch weiblichen *paju* zum Sähen von Yuca,²⁴⁰ hat ihre besondere Fähigkeit nur an die Ältere ihrer zwei Töchter weitergegeben. Jede der jungen Frauen bestellt ein eigenes Feld, welche auf dem gleichen Acker direkt aneinander grenzen. Die ältere Tochter, welche im Besitz des *paju* ist, kann stets sehr große Yucawurzeln ernten, von denen bereits einige wenige zur Herstellung von *chicha* genügen. Die jüngere Tochter erzielt nie den hohen Ertrag der Älteren, denn die Wurzeln ihres Feldes bleiben klein und mickrig und um *chicha* für die ganze Familie herzustellen muss sie viele Pflanzen ernten.

Meine Informantin hatte diese Freundin selbst darum gebeten, sie möge ihr diesen *paju* übertragen. Dies lehnte jene jedoch mit der Begründung ab, sie würde den *paju*, wenn überhaupt, dann an die jüngere Tochter weitergeben.

Dieses Beispiel zeigt auch, dass der *paju* nicht an unzählig viele Personen übertragen werden kann, denn sonst würde sowohl die gebende Person, als auch

²³⁸ [JH] am 27.11. 2006.

²³⁹ [MR] am 14.11.2006.

²⁴⁰ Vgl. zur großen Bedeutung der Yucapflanze bei den *Kichwa* auch Kapitel 3.2.2.

der *paju* selbst zu stark geschwächt, denn: „Bei der Weitergabe geht viel Energie verloren.“²⁴¹

Ein indianischer Dorfbewohner, der selbst von seiner Mutter einen *paju* zum Heilen von Schlangenbissen bekommen hatte, erklärte mir „so circa 4 oder 5 Mal“ sei eine Weitergabe möglich.²⁴²

5.2.3 Krankheitsbezogene Bedeutungsinhalte von *paju*

Welches Spektrum wird umfasst?

Eine sehr wichtige Rolle für das Leben in der Dorfgemeinschaft haben die Besitzer von *paju*, die sich auf den gesundheitlichen Bereich beziehen. In der einschlägigen Literatur wird das Konzept dieser „*paju zum Heilen*“ nur spärlich beschrieben: Iglesias, die lange bei den *Kichwa* am Rio Napo geforscht hatte, behauptet, die Behandlung bestimmter Krankheiten könne nur von Spezialisten mit „*besonderer Erfahrung*“ erfolgen, welche von den *Kichwa* als „*gute Hand*“ bezeichnet würden und deren Kompetenz sich besonders auf pflanzliche Heilmittel erstrecke (1989, S. 76). Alban und Alvarado (2004, S.24) beschreiben die *pajuyuk* als: „*Experten im Gebrauch von Heilpflanzen und mit spezifischen Fertigkeiten für die Behandlung von Krankheiten [...]*“.²⁴³ Auch bei anderen Autoren findet sich immer wieder ein Bezug von *paju* auf das Wissen um die Anwendung von Heilpflanzen (Baumann 1998, Kohn 1992, Licuy 1994).

In Loreto jedoch trifft eine solche Einschränkung, bzw. Begrenzung des Anwendungsgebiets von *paju* nicht zu. Wie zuvor aufgezeigt, sind viele Kompetenzen der *pajuyuk* nicht einmal im weitesten Sinne mit dem medizinischen Bereich assoziiert, geschweige denn auf die „Untergruppe“ Pflanzenmedizin limitiert.²⁴⁴ Jene *paju* - Träger, deren Fähigkeiten sich tatsächlich auf den gesundheitlichen Bereich beziehen, wissen um die Behandlung eines allgemein mit Krankheit assoziierten „Problems“. Das mögliche Spektrum von diesem ist hierbei äußerst breit gefächert, umfasst Abszesse der Haut genauso wie Muskelschmerzen

²⁴¹ [NU] am 15.11.2006.

²⁴² [FA] am 15.11. 2006.

²⁴³ Span. Originalzitat: „*expertos en el manejo de plantas y de destrezas específicas para el tratamiento de enfermedades [...]*“

²⁴⁴ Vgl. zum Thema *paju* und Heilpflanzen auch Kapitel 5.4 in dieser Arbeit.

oder Kopfweg und beinhaltet allgemein akute Beschwerden sowie auch chronische krankhafte Prozesse. Auch die Behandlung von *mal aire* oder *susto*, Begriffe mit denen im Forschungsgebiet ein (unter Umständen dramatisch verlaufendes) Krankheitsgeschehen variabler Symptomatik assoziiert wird, kann durch Träger des entsprechenden *paju* vorgenommen werden.²⁴⁵

Den *pajuyuk* kommt somit eine extrem wichtige Rolle bei der Therapie unterschiedlicher Erkrankungen in Loreto zu. Auch Knipper zieht in seiner Forschung für die *Kichwa* des Río Napo ähnliche Schlüsse: „Wenn eine Person in einem Dorf der ‘Naporuna’ [indigene Kichwa die am Fluß Napo leben] erkrankt, ist die wichtigste therapeutische Hilfsquelle der *pajuyuk*. Und durch die Erfahrung weiß man, welcher der Gefährten des Dorfes oder der Region wahrscheinlich ‘die Hand’ hat um in einem bestimmten Fall zu helfen“²⁴⁶ (Knipper 2006a, S.417).

Träger

Verschiedene Meinungen gab es zu der Frage, wer Träger eines *paju* zum Heilen ist, bzw. es potentiell werden kann. Viele meiner Informanten waren überzeugt, dass auch Mestizen in den Besitz eines *paju* gelangen könnten, sie müssten nur darum bitten. Einige Male wurde sogar ich gefragt, ob ich nicht auch einen *paju* besäße.

Andere hingegen waren der Ansicht, dass nur *Kichwa pajuyuk* werden können, da der *paju* den „Einheimischen“ (*gente nativa*) vorbehalten sei.

Doch inwiefern ist der Besitz eines *paju* auch für Vertreter der Biomedizin wichtig, oder haben diese etwa einen *paju*? Alle Befragten waren sich darin einig, dass die zurzeit im *centro de salud* arbeitenden mestizischen Ärzte keinen *paju* besitzen. Dabei wurde jedoch auch betont, dass dies bei anderen Ärzten durchaus anders sein könnte und sich diese Aussage wirklich nur auf die aktuell dort tätigen Mediziner bezog.

²⁴⁵ Vgl. hierzu z.B. Knipper (2003a), Iglesias (1989), Kohn (1992).

²⁴⁶ Span. Originalzitat: “Cuando una persona cae enferma en una comunidad naporuna, el recurso terapéutico más importante es el *pajuyuk*. Y por experiencia se sabe cual de los compañeros de la comunidad o de la región tiene probablemente “la mano” para ayudar en un caso específico” (Knipper 2006a, S.417).

Wirklich relevant erschien das den meisten Informanten sowieso nicht, denn auf die Frage, ob es für biomedizinische Ärzte wichtig sei, einen *paju* zu besitzen, bekam ich meist nur eine vage Antwort wie: „Wenn sie Ärzte sind, sollten sie schon von allem etwas haben“,²⁴⁷ oder ein achselzuckendes „Ich weiß nicht“.²⁴⁸

Auch beeinflusste dies letztlich nicht die Entscheidung der *Kichwa*, bei gesundheitlichen Problemen einen Arzt aufzusuchen. Keiner meiner Informanten behauptete, er/sie ginge allein deswegen nicht zum Arzt, weil dieser nicht im Besitz eines *paju* sei.

Paju als Krankheit

Der Begriff *paju* besitzt noch eine weitere, bisher nicht erwähnte Bedeutung, denn er bezeichnet in manchen Fällen auch die entsprechende Krankheit des Patienten. Ein Beispiel aus dem Forschungsgebiet soll dies verdeutlichen: *Watarichik paju* ist der *Kichwa* - Begriff für Bronchitis und diese Krankheit kann dementsprechend am besten von jener Person geheilt werden, die den entsprechenden *paju*, also „Heilungskompetenz“ dafür besitzt. Der Begriff bedeutet demnach im medizinischen Kontext zugleich „Krankheit“ und „Heilkraft“.

Auch bei dieser Bedeutungskomponente herrschen widersprüchliche Angaben in der einschlägigen Literatur vor. Stellung zum Konzept von *paju* als Krankheit beziehen u.a. die folgende Autoren: Whitten (1987 S. 347) beschreibt *paju* als „Krankheit, welche nicht durch einen magischen Pfeil verursacht wurde“, bzw. als „allgemein mystische Gefahr“. Ähnliche Schlüsse zog auch Iglesias (1989, S.75 ff), welche die *paju* - Erkrankungen als eigene Krankheitskategorie zählt, die als „halbüber - natürliche“ zwischen den „natürlichen“ und den „übernatürlichen“ Erkrankungen wie „*chonta pala*“ (eine durch einen Schamanen geschickte Bosheit oder Erkrankung, vgl. Kapitel 5.3) stehen. Kohn (1992, S. 9) zieht aus den Aussagen seiner Informanten die Schlussfolgerung, es gebe nichts Mystisches in Bezug auf die Herkunft von *paju* - Erkrankungen, während Gonzalez (1992, S.75) zu diesem

²⁴⁷ [RR] am 1.11. 2006.

²⁴⁸ [C] am 30.10.2006.

Thema erklärt: „*paju: ist eine Hexerei, die sich in Form von Krankheit präsentiert*“.²⁴⁹ Für Alban und Alvarado (2004) schließlich gehören zu den als *paju* bezeichneten Krankheiten sowohl „*Krankheiten die durch die Handlung eines Schamanen erzeugt werden*“,²⁵⁰ als auch „*Krankheiten die von der Natur erzeugt werden, weil man sich an einem falschen Ort befand*“.²⁵¹ Bei dieser Vielfalt an medizinischen Klassifikationen darf letztlich auch die Meinung eines Informanten vom Oberlauf des Rio Napo, den Muratorio (1998, S.307) zitiert, nicht unterschlagen werden: „*Es gibt Krankheiten, die sind paju, eine Gefahr, von der wir nicht wissen, woher sie kommt.*“ Für die *Kichwa* von Loreto greifen alle diese Definitionen zu kurz, da für sie, wie zuvor gezeigt wurde, der Begriff *paju* weit über die Assoziation mit Krankheit hinausgeht. Auch der Bezug von *paju* auf eine einzelne, definierte Krankheitsentität, wie die von Iglesias vorgeschlagenen „halb - übernatürlichen“, bzw. eine allgemeine Unterteilung von Krankheit in verschiedene (indigene) Krankheitskategorien, ließ sich in Loreto nicht bestätigen.

5.2.4 Zusammenfassung und Bewertung des Themas für eine interkulturelle Medizin

Wie gezeigt wurde, ist das Konzept *paju*, bzw. Träger eines *paju* zu sein, im Alltag der Indianer von Loreto von großer Wichtigkeit und erleichtert das Überleben im Regenwald. Meist wird diese besondere Fähigkeit innerhalb des *ayllus* weitergegeben, zum Teil werden *paju* aber auch gegen Geld oder anderen Gegenwert an Fremde und Nichtfamilienmitglieder verkauft. Die Weitergabe erfordert stets ein besonderes Ritual und viele *paju* müssen z.B. durch das Kauen von Tabak gepflegt oder regelmäßig angewendet werden, damit sich ihre Kraft nicht abschwächt.

Eine wichtige Rolle kommt auch den Trägern von im weitesten Sinne medizinischen *paju* zu, denn sie können bestimmte Beschwerden lindern bzw. heilen, leisten zeit- und ortsnahe Hilfe bei Notfällen, wie z. B. Schlangenbissen, lindern chronische Schmerzen und wedeln von *susto* befallene Personen ab. Damit stellen die *pajuyuk*

²⁴⁹ Span. Originalzitat: „[...] *paju: es una brujeria, que se presenta en forma de enfermedad.*“

²⁵⁰ Span. Originalzitat: „*Enfermedades producidas por la acción de un sagra*“ (Alban und Alvarado 2004, S.15).

²⁵¹ Span. Originalzitat: „*Enfermedades producidas por acción de la naturaleza, al encontrarse en “un lugar equivocado”*“ (Alban und Alvarado 2004, S.15).

eine der wichtigsten medizinischen Ressourcen im Gebiet von Loreto dar, die jene der Schamanen in Bezug auf Heilung an sich sowie Linderung akuter Beschwerden wohl übertrifft.

Zusätzlich teilen die *pajuyuk* einen ähnlichen kulturellen Hintergrund wie die Erkrankten und sprechen dieselbe Sprache. Als lokaler Ansprechpartner ist ihre Bedeutung für die Dorfgemeinschaften bei allgemein mit Krankheit assoziierten Zuständen sehr wichtig. Und auch in Regionen, in denen die Bevölkerung intensiver mit westlicher Medizin betreut wird, wie z.B. der „*comunidad urbana Loreto*“, besitzen die *pajuyuk* wichtige Funktionen für die Gemeinschaft.

Die unterschiedlichen Antworten meiner Informanten auf die Frage nach dem Besitz eines *paju* in den Händen der biomedizinischen Ärzte erklären sich schließlich vor dem Hintergrund, dass Heilkompetenz in Loreto als eine sehr individuelle Gabe gewertet wird. Letztlich hängt Kompetenz auf einem bestimmten Gebiet für die *Kichwa* nämlich immer auch von anderen Fähigkeiten ab und beschränkt sich nicht allein auf den Besitz eines *paju*. Hier kommt z.B. besonders dem bereits mehrmals erwähnten *samay* eine wichtige Rolle zu,²⁵² das z.B. auch für die Arbeit und Macht der Schamanen große Bedeutung hat (siehe Kapitel 5.3 und 3.2.2). Dass Heilungskompetenzen von individuellen Fähigkeiten und persönlichen Charakteristika abhängig sind, bezieht sich also auf alle Menschen und somit nicht zuletzt auch auf die Ärzte.

Doch nicht nur zugeschriebene Kompetenzen werden der einzelnen Persönlichkeit angemessen, individuell ist auch die Entscheidung des einzelnen Experten, auf welche Art von Fähigkeiten er/sie im einzelnen Fall zurückgreifen möchte.

So erklärte mir die einzige biomedizinische Ärztin vor Ort, die zugleich *Kichwa* war, dass sie es prinzipiell gut findet, wenn Leute, die im Besitz eines *paju* seien, damit heilten. Und auch ihr Vater habe einen sehr starken *paju* zum Heilen. Sie persönlich möge jedoch bei ihrer Arbeit keinen *paju* nutzen, sie bevorzuge diese Art von Medizin anderen zu überlassen und wolle lieber mit der Medizin heilen, die sie in der Universität gelernt habe.²⁵³

Welche Rolle die *pajuyuk* schließlich im Rahmen einer interkulturellen medizinischen Versorgung in Loreto spielen können, bleibt vorerst offen.

²⁵² Vgl. Knipper (2005b).

²⁵³ [NU] am 15.11.2006.

Das Thema war jedoch auch deswegen für diese Arbeit so wichtig, weil *paju*, als ein Begriff, der so nicht ins Deutsche übersetzt werden kann, die Problematik und Beschränktheit interkulturellen Verstehens aufzeigt. Allgemeine Unzulänglichkeit und Reduktion in solchen Gebieten wird exemplarisch bei dem Versuch bewiesen, dieses indigene Konzept in eine andere Sprache und unsere westlichen Vorstellungen zu übertragen.

Zudem werden die *paju* - Träger oft allgemein gar nicht wahrgenommen, und zwar auch deshalb, weil ihnen ein „westliches Pendant“ fehlt und man als Kulturfremder somit zunächst gar nicht auf die Idee kommt, nach ihnen zu fragen. Außerdem zeigt sich am Beispiel *paju* besonders gut, wie unzulänglich bzw. falsch westliche Klassifikationsmodelle oft sind, denn die *pajuyuk* sind weder alle gesundheitliche Experten, noch beziehen sich ihre Fähigkeiten, sofern sie denn im medizinischen Bereich angesiedelt sind, ausschließlich auf Heilpflanzenkenntnisse. Die Bedeutung von *paju* reicht weit über den auch vorhandenen Bezug zu Krankheit und Heilung hinaus, stellt jedoch ein sehr relevantes Thema für das Verständnis davon bei den Kichwa von Loreto dar.

Noch existiert in Loreto kein konkreter Ansatz, *pajuyuks* in die offizielle Gesundheitsversorgung zu integrieren, für die Region Archidona fordern jedoch wichtige Personen von RIOS und der FONAKIN bereits: *„Wir glauben, dass in jenem Moment, in dem eine Stärkung des Modells der interkulturellen Medizin in dem Kanton Archidona vorgeschlagen wird, diese Akteure [gemeint sind die pajuyuks] als Gesundheitsbeauftragte berücksichtigt werden müssen [...]“*²⁵⁴ Diese unspezifisch erscheinende Aussage enthält dennoch den zunächst wichtigsten Punkt für eine wahre interkulturelle Öffnung von Medizin. Zuerst muss die Existenz von *pajuyuks* in der Dorfgemeinschaft und ihre wichtige Arbeit, die sie nicht nur im gesundheitlichen Bereich, aber auch dort leisten, wahrgenommen werden. Zugleich sollte man sich bewusst sein, dass lokal durchaus indigene Experten und Heiltraditionen existieren, die dem „Raster“ westlicher Forscher entgehen, bei der Entwicklung kulturell angepasster, gesundheitlicher Versorgungsstrukturen jedoch unbedingt zu berücksichtigen sind.

²⁵⁴ Span. Originalzitat: *“Creemos que a la hora de proponerse un fortalecimiento del modelo de salud intercultural en el cantón Archidona, estos actores [los pajuyos, Anmerk. der Verfasserin] deberán ser considerados como agentes de salud [...]”* (Alban und Alvarado, S.24).

5.3 Die yachak

5.3.1 Etymologie

Die Bezeichnung *yachak* stammt vom *Kichwa* Wort „*yachana*“, zu Deutsch „wissen“, ab. Wörtlich übersetzt bedeutet *yachak* demnach „Wissender“. Dieses „Wissen“ bezieht sich vor allem auf die Fähigkeit, sich mit den Wesen der nicht sichtbaren Welt, also den *supai* und den *aya* (Totenseelen) in Verbindung zu setzen, mit ihnen zu kommunizieren und einen gewissen Einfluss auf sie auszuüben. Zutritt zu dieser Welt der *supai* verschaffen sich die *yachak* mit Hilfe des Konsums von *aya waska*,²⁵⁵ einem halluzinogenen Sud aus der Lianenart *Banisteriopsis caapi*.

In Ecuador sowie im Ausland werden die *yachak* oft unter der „Sammelbezeichnung“ Schamane²⁵⁶ (spanisch: „*shaman*“ oder „*chaman*“) geführt. Dieser Begriff wird auch in der einschlägigen Literatur mit Bezug auf das ecuadorianische Tiefland „nicht zuletzt wegen der zentralen Rolle halluzinogener Drogen“ (Wörrle und Schweizer de Palacios 2003b, S.9) genutzt.²⁵⁷ Doch auch die *Kichwa* von Loreto sprechen häufig von Schamanen, wenn sie sich auf ihre *yachak* beziehen, der eigentlich fremde Begriff wird also inzwischen durchaus lokal verwendet und ist als Synonym zu werten.

²⁵⁵ *Kichwa* für „Liane der Totenseele“ (*aya* = Totenseele, *waska* = Liane), wird teilweise auch mit „*jaya waska*“ also „bittere Liane“ (*jaya* = bitter) angegeben (vgl. Knipper 2003, S.274). Zur genauen Zubereitung vgl. z.B. Albán und Alvarado (2004, S.44), bzw. FONAKIN u. FONAKISE (2006, S. 46).

²⁵⁶ Die Reichweite des Begriffs ist umstritten (vgl. z.B. Vajda 1959, Köhler 1990), ursprünglich bezeichnet der Begriff einen „Spezialist einer Trance, in der seine Seele den Körper zu Himmel- und Unterweltfahrten verlässt“ (Eliade 1980) der zentral- und nordasiatischen Kulturen.

²⁵⁷ Vgl. Whitten (1976), Hudelson (1987), Muratorio (1987), Baumann (2003), Knipper (2003b).

5.3.2 Auswahlkriterien

„Früher wurde nur von Schamanen geredet, wenn von traditioneller Medizin geredet wurde.“

Dr. Rosa Alvarado, Präsidentin der FONAKIN am 3.11. 2006.

International galten Schamanen lange als die wichtigsten, bzw. dem obigen Zitat folgend, als die einzigen Repräsentanten traditioneller indianischer Medizin. Auch im heutigen Ecuador sind sie stark präsent. Ihre „Praxen“, bzw. Stände finden sich im Hochland häufig in der Umgebung größerer Einkaufszentren und ermöglichen so dem Suchenden eine schnelle Konsultation vor oder nach dem Supermarktbesuch. Seitdem sie offiziell ihre Tätigkeit praktizieren dürfen,²⁵⁸ werben sie besonders im Hochland in Zeitung, Radio und Fernsehen für ihre Dienste.²⁵⁹ Viele haben sich zu schamanischen Bündnissen zusammengeschlossen und/oder sind politisch aktiv.²⁶⁰ Andere engagieren sich für die Rechte und die Kultur der Indianer oder kämpfen für den Naturschutz.²⁶¹ Und auch die Regierung weiß inzwischen die Schamanen für ihre Zwecke zu Nutzen: zur Delegation der ecuadorianischen Tourismusministerin, die im Vorfeld der Fußball Weltmeisterschaft 2006 nach Deutschland gekommen war, gehörte neben der *Miss Ecuador 2006* und zwei Tänzern von der Pazifikküste, auch ein Schamane vom Stamm der *Shuar*. Unter dem Motto „*Shaman on tour*“ wurden mehrere deutsche Städte besucht um für das Land Ecuador zu werben.²⁶²

In dem Gebiet, auf das sich diese Arbeit bezieht, differiert jedoch die Situation der Schamanen in bestimmten Punkten. Zeitungen, die ein öffentliches Werben im Stile des Hochlandes ermöglichten, werden bislang nicht publiziert und auch ein Zusammenschluss der einzelnen Schamanen, existierte momentan ausschließlich auf dem Papier.

²⁵⁸ Wie zuvor erwähnt, garantiert die Verfassung Ecuadors seit dem Jahre 1998, laut Artikel 84, Absatz 12 den indigenen Völkern das kollektive Recht auf die Kenntnisse und Praktiken ihrer traditionellen Medizin (siehe: <http://pdpa.georgetown.edu/Constitutions/Ecuador/ecuador98.html>).

²⁵⁹ Vgl. dazu: Wörrle und Schweizer de Palacios (2003b); vgl. zum Thema Hochlandschamanismus allgemein auch: Estrella (1978), Muñoz Bernand (1986).

²⁶⁰ Vgl. z.B. Schweitzer de Palacios (1994, S.12ff), Wörrle (2002, S.15) und Wörrle und Schweizer de Palacios (2003b, S.14).

²⁶¹ Vgl. auch Schweitzer de Palacios 2008: „*hatten bereits Umwelt- und Menschenrechtsorganisationen Schamanen für sich als "Hüter des Regenwaldes" entdeckt, [...].*“

²⁶² Alle Informationen und Tourdaten unter: <http://www.ecuadorline.de/ecuador/newsletter/deutsch/Newsletter200605.htm#a2374> (letzter Zugriff: Aug. 2008).

Trotzdem waren die *yachak* im Forschungsgebiet häufig anzutreffen und alle von mir besuchten indianischen Dörfer²⁶³ hatten mindestens einen Schamanen. Glaubwürdige Versicherungen meiner Informanten lassen mich annehmen, dass dies auch in den anderen Gebieten von Loreto so ist.²⁶⁴ Im Gegensatz zu den städtischen Schamanen gab es hier jedoch keine Praxen oder Stände, und kein Schild wies Fremden den Weg zur Hütte des Schamanen. Trotz ihres meist eher unauffälligen Lebensstils, der jenem vieler Hochlandschamanen stark entgegengesetzt ist, erfüllen die Schamanen im Tiefland äußerst wichtige Funktionen im Dorfleben, die in diesem Kapitel erörtert werden sollen.

Bei den *yachak* handelt es sich, genauso wie bei den unter „Schamanen“ summierten Experten in Ecuador allgemein, um eine äußerst heterogene Gruppe mit höchst unterschiedlichem Tätigkeitsfeld. Demensprechend differieren auch die Kompetenzen, sowohl nach Selbstdefinition als auch entsprechend den von Informanten attribuierten Eigenschaften, Aufgaben und Kräften.

Diese Diversität berücksichtigend, soll in dieser Arbeit das den *yachak* zugrunde liegende Konzept aufgezeigt werden, das natürlich auch vom allgemeinen soziokulturellen und ökonomischen Wandel der Region betroffen ist (vgl. Kapitel 3.2), der die von ihnen genutzte Techniken und das Arbeitsfeld einbezieht. Einen neuen Aufgabenbereich, um nur ein Beispiel zu nennen, stellt (inzwischen) die Ausbildung von ausländischen Touristen dar.²⁶⁵

Dabei geht es in dieser Arbeit besonders um die Exploration der Rolle, die die Schamanen momentan für die Gesundheitsversorgung in Loreto spielen, bzw. in Zukunft einnehmen könnten. Besonders interessant erschien mir dabei auch der Vergleich zwischen Schamanen und biomedizinischen Ärzten, der mir gleich zu Beginn meines Aufenthalts in Loreto von der indianischen Bevölkerung selbst

²⁶³ 25 amazonische Dörfer wurden im Rahmen der Dissertation zwischen August 2006 bis Dezember 2006 besucht.

²⁶⁴ Vgl. auch Alban und Alvarado (2004 S.20) die für den benachbarten Kanton Archidona zu ähnlichen Schlüssen kommen.

²⁶⁵ Grundsätzlich existieren interethnische Heilerbeziehungen bzw. Lehrbeziehungen in Ecuador jedoch bereits seit vielen Jahrhunderten, vgl. dazu allgemein Wörrle (2002 S. 63ff), bzw. Oberem (1980, S.280) und Baumann (1998, S.35 u. 61) für die Napo - *Kichwa*. Neuer ist hingegen die Ausbildung von Europäern oder Nordamerikanern im größeren kommerziellen Stil, die zum Teil inzwischen z.B. als zweitägiger Kurs über das Internet buchbar sind. Konkrete Angebote finden sich z.B. unter: <http://www.sacred-journey.com/Shamanic%20Healing.htm> oder http://www.condorjourneys-adventures.com/ecuador_spirit; zur Thematik allgemein vgl. Wörrle und Schweitzer de Palacios (2003b).

nahegebracht wurde: „Mit den Schamanen ist es wie mit den Ärzten.“²⁶⁶ Während besonders die mestizischen Ärzte sich zum Teil entrüstet jegliche Parallelen verbaten, nahm ich mir vor, dieses Thema genau zu untersuchen. Denn auch in der Literatur finden sich über die Funktion der Schamanen unterschiedliche Auffassungen: Während Whitten (1987, S.169ff) und Oberem (1980 S. 273ff) sie hauptsächlich als „religiöse Experten“ werten, betrachten sie Hudelson (1987), Kohn (1992) oder auch Iglesias (1989) vor allem als „medizinische Spezialisten“, bzw. als „Heiler“.

5.3.3 Ausbildung und Voraussetzung

Einen großen Teil schamanischer Fähigkeiten erwirbt ein *yachak* - Lehrling in einer zum Teil mehrere Jahre in Anspruch nehmenden Ausbildung unter der Anleitung eines Lehrmeisters, der möglichst selbst als mächtiger Schamane angesehen wird. Diese Lehrzeit beinhaltet das regelmäßige Trinken von *aya waska*, meist in langsam steigender Dosierung, wobei der Schüler lernen muss, die Visionen zu kontrollieren und mit Hilfsgeistern Kontakt aufzunehmen.

Diese Lehrjahre schließen auch strenge Fastengebote ein und so verzichten die meisten Schamanenlehrlinge zumindest zeitweise auf Chilischoten,²⁶⁷ Salz oder bestimmte Fleischarten, üben sexuelle Enthaltsamkeit und/oder konsumieren regelmäßig Tabak.²⁶⁸ Diese Beschränkungen sind zwar in der Regel temporärer Natur, müssen aber häufig über Jahre hinweg eingehalten werden, was den *yachak* auch bei der Bevölkerung in den Dörfern besonders großen Respekt einbringt. Manchen Schülern wurde auferlegt, sich für längere Zeit ganz alleine in den Urwald zurückziehen, wo sie nur von einigen wenigen Personen mit speziellen Speisen versorgt werden dürfen.

In der einschlägigen Literatur über die Tiefland - *Kichwa* wird diese Ausbildungszeit oft als einzige Voraussetzung angegeben, damit eine Person zum Schamanen werden kann.²⁶⁹ In Loreto jedoch lassen auch gewisse „Fähigkeiten“ im Kindesalter

²⁶⁶ Span. Originalzitat: „Con los shamanes es como con los medicos “ [J] am 14.11.2006.

²⁶⁷ Zur Nutzung von Chili (*Capiscum annum*, *kichwa*: *uchu*) als Heilpflanze vgl. Kohn (1992, S.130 f) und FONAKIN/FONAKISE (2006, S. 155 f.).

²⁶⁸ Zur Bedeutung der Tabakpflanze bei den *Kichwa* vgl. z.B. Kohn (1992, S.131) bzw. Knipper (2003a, S. 155ff).

²⁶⁹ Vgl. Baumann (2003 S. 163), Wörrle (2003, S.58).

auf eine spätere Berufung zum Schamanentum schließen. Ein Informant erwähnte in diesem Zusammenhang zum Beispiel Glück auf der Jagd und beim Fischen.²⁷⁰ Auch Kontakte mit Geistern, von denen das entsprechende *samay* erhalten wird, spielen dabei eine Rolle.²⁷¹

Die Berufung zum *yachak* ist nicht mit dem Stammbaum assoziiert und so traf ich viele Personen, deren Vater oder Großvater *yachak* sind, bzw. waren, die schamanische Tätigkeiten für sich selbst oder einen weiteren Verwandten jedoch verneinten ([MR], [NU], [GU]).

Eine Berufung kann aber in jedem Lebensalter erfolgen, *„es gibt keine Normen in Bezug auf das Alter: ein Lernprozess kann bei der Geburt selbst einer Person beginnen, in jungen Jahren oder sogar im hohen Alter“*²⁷² (Albán und Alvarado 2004, S.32).

Unabhängig davon existieren jedoch zumindest gewisse Geburtsrituale, die einem Kind dabei helfen, später *yachak* zu werden. So zitiert z.B. Knipper (2003 a, S. 215) einige seiner Informanten zu diesem Thema so: *„Auf die Frage ob das wawa ishpa [Fest aus Anlass des ersten Urins des Kindes, Anm. Michael Knipper] auch heute noch das Einblasen von samay beinhalte, sagten mir einige Informanten, dass dies nur noch geschehe, wenn das Kind einmal selber yachak werden solle. Dann müsse ihm schon als Kind das samay des yachak mitgegeben werde. Nur mit diesem samay könne es später aya waska trinken, mit den supai kommunizieren und kranke Menschen heilen.“*

Letztlich scheint der bei weitem wichtigste Faktor, und zwar unabhängig vom Alter, das *samay* zu sein. In einer *Focus Group* - Diskussion waren sich die anwesenden Gesundheitshelfer einig, dass ein *yachak* ohne *samay* gar nichts ausrichten könne. *“[...] es ist wichtig das aya waska, aber viel wichtiger ist das samay; wenn ich aya waska nehme aber kein samay habe,..was nutzt mir das dann?“*²⁷³ *Samay*, wie bereits in dem zuvor zitierten Ritual bei Knipper ersichtlich, kann man von klein auf erwerben. Auch meine Informanten erklärten mir, dass bereits Kinder *samay* bekommen und bewahren können. *„Die yachak müssen samay ansammeln, [...] Je*

²⁷⁰ [AM] am 4.12. 2006.

²⁷¹ Michael Knipper im persönlichen Gespräch am 12.10.2008.

²⁷² Albán und Alvarado (2004, S. 32): *“no hay reglas en cuanto a la edad: un proceso de aprendizaje puede empezar en el nacimiento mismo de una persona, a temprana edad o inclusive a la vejez.“*

²⁷³ [AL] am 14.12.2006.

mehr samay ein yachak besitzt, umso effektiver wird die Heilung sein“ (Franco 2005, S.50, vgl. auch Guzmán 1997).

Gleichzeitig beziehen die Schamanen besondere Kräfte aus der Natur, ein Informant erklärte mir: *„Der yachak bekommt seine Weisheit aus dem Wald, aus dem Wasser, aus den Kavernen. Daher kommt sie.“*²⁷⁴

Besonders wichtig sind für viele *yachak* auch bestimmte Steine, in denen Hilfsgeister wohnen.²⁷⁵ Einem Schamanen seinen Stein, bzw. seine Steine wegzunehmen, bedeutet ihm seine Macht zu entziehen.²⁷⁶

Eine junge *Kichwa* mit biomedizinischer Ausbildung erklärte mir, genauso wie sie als Ärztin ihr Stethoskop zum Arbeiten benötige, bräuchten auch die Schamanen als „Werkzeuge“ Steine und Blätter, besonders *surupan*.²⁷⁷ Auch Zigaretten gehören fest zum Ritual des *yachak*, hier werden jedoch meist keine käuflich erworbenen industriell gefertigten Zigaretten benutzt, sondern selbst von lokalen Tabakpflanzen getrocknete Blätter gerollt.²⁷⁸

Nicht nötig für ein Ritual ist eine besondere Kleidung, bzw. Verkleidung. Von den befragten Schamanen in Loreto gab kein einziger an, für seine Zeremonien eine besondere Kleidung bzw. speziellen Schmuck zu tragen. Somit können die Schamanen von Loreto trotz ihrer besonderen Kräfte zumindest äußerlich nicht von anderen Dorfbewohnern unterschieden werden. Dies bestätigt auch die Aussage einer jungen Mestizin, die seit längerer Zeit in Loreto arbeitet und einen Schamanen in einer benachbarten Dorfgemeinschaft aufgesucht hatte. Sie berichtete, der *yachak* hätte gar nicht so ausgesehen, wie man einen Schamanen erwarten würde. Sie beschrieb einen unauffälligen jungen Mann, in normaler Kleidung und von schlanker Statur, ohne weitere besondere Merkmale. Ja nicht mal durchdringende Augen habe er besessen, erzählte sie enttäuscht.²⁷⁹

Auch ein anderer Informant erklärte mir, dass die wirklich geachteten Schamanen ein unauffälliges, zurückgezogenes Leben führten, ganz anders als jene, die auf politischen Bühnen aktiv sein oder in den Zeitungen Anzeigen schalteten; ein

²⁷⁴ „*El yachak tiene su sabiduria del monte, del agua, de las cavernas,...de ahi viene.*“ [MT] am 14.12.2006.

²⁷⁵ Zur besonderen Bedeutung der Steine im Hochland vergleiche Wörrle (2002, S.173ff).

²⁷⁶ [GU] am 27.10.2006.

²⁷⁷ Aussage von [NU], eigentlich *surupanka*, botanischer Name: *Pariana radiculiflora*, *Chusquea scandens* (Ceron 1993, S. 124), *Chusquea delicatula* (Villacrés 1995, S. 125), alle Familie POACEAE

²⁷⁸ [R] am 22.12.2006.

²⁷⁹ [V] am 27.9.2006.

Schamane, der so etwas tue, wäre in seinen Augen bereits suspekt.²⁸⁰ Eine junge Indianerin hingegen wies mich darauf hin, dass die zwei *yachaks* ihres Dorfes nur geringen Einfluss auf die Dorfpolitik hätten, wichtiger sei da der Präsident.²⁸¹ Trotzdem scheiterte der Beschluss, eine kleine Gruppe von Touristen zu den Wasserfällen in der Nähe des Dorfes zu führen, trotz Befürwortung des Dorfpräsidenten, letztlich an dem Einwand des *yachak*, der dies nicht zulassen wollte.²⁸²

5.3.4 Aufgabenbereiche der *yachak* von Loreto

Im folgenden Abschnitt sollen nun die Aufgabenbereiche der *yachak* von Loreto definiert und diskutiert werden.

Schadenszauber

Eine junge *Kichwa* - Frau beschrieb mir ihren langen Leidensweg:²⁸³

Sie selber habe früher nicht an Schamanismus geglaubt, aber ihr Mann, der beim Militär ist, habe sie mit einer anderen Frau betrogen und diese habe ihr Schadenszauber zufügen lassen. Angefangen habe es sehr plötzlich mit heftigsten brennenden Schmerzen zwischen den Schulterblättern, die anfallartig immer wieder kehrten. Zwei Kinder habe sie in dieser Zeit verloren und ihr Mann sei sehr besorgt gewesen, er habe Schadenszauber durch die andere Frau vermutet und seine Ehefrau gebeten, sie möge sich doch vom *yachak* behandeln lassen.

Als sie zusätzlich sehr hohes Fieber bekommen habe, das sich auch mit viel Paracetamol nicht senken ließ, sei sie dann doch zu einem *yachak* gegangen, der sie schließlich auch geheilt habe. Eine Kerze habe er dazu benutzt und danach sei es ihr sofort wieder gut gegangen. Er habe ihr jedoch nicht verraten, wer sie mit dem

²⁸⁰ [AM] am 28.08.2006.

²⁸¹ [EU] am 25.12.2006.

²⁸² In der einschlägigen Literatur wird immer wieder auf die hohe politische Bedeutung der Tieflandschamanen verwiesen wird: Oberem beschreibt, dass der Aufstand der Quijos 1578 durch die „*pende*“ (= Schamanen) angeführt wurde (Oberem 1980, S. 85 ff; 1958, S. 233); Wörrle und Schweitzer de Palacios sprechen von einem Verlust des politischen Einfluss der Hochlandschamanen zu Ende der Kolonialzeit, während sich bei den Ethnien des ecuadorianischen Tieflandes häufig eine politische Führungsrolle erhalten habe (2003b, S.17). Politisches Engagement gehört diesen Autoren nach bereits seit Jahrhunderten zum Aktivitätsbereich der *yachak*.

²⁸³ [MR] am 14.11. 2006

Zauber belegen habe lassen; das würden die *yachak* nie tun, da man sonst diese Person umbringen wolle. Aus dem gleichen Grund dürfe auch niemals der Patient *aya waska* nehmen, da er sonst herausfinden könnte, wer ihm den Schaden zufügen wollte.

In der Vorstellung der Naporuna können Unglück, Leid oder Erkrankungen durch den Einfluss anderer Personen verursacht werden. Eine wichtige Rolle hierbei spielt der *yachak*, der nach Auffassung der *Kichwa* eine *chonta pala* sendet. *Chonta pala* wird oft als magischer Pfeil (auch *biruti*²⁸⁴) übersetzt, entsprechend dem besonders harten Holz einer gleichnamigen Palmenart, aus der traditionellerweise die Pfeile für die Jagd mit dem Blasrohr hergestellt wurden.²⁸⁵ Eine Person, die von einem solchen magischen Pfeil getroffen wurde, wird als „*chonta paleado*“ oder „*shamaneado*“ bezeichnet, was soviel wie „verhext“ bedeutet.

In der deutschen Ethnologie werden solche Auffassungen und Vorstellungen heute meist als Schadenszauber bezeichnet.²⁸⁶

Die Macht, Schadenszauber zu verursachen, besitzen bei den Tiefland - *Kichwa* die Schamanen. Ein Informant beschrieb das so: „*Wenn der sagra*²⁸⁷ [lokale Bezeichnung für mächtigen und/oder bösartigen Schamanen] *die Macht hat jemanden krank zu machen, wie macht er das? Er hat auch seine eigene Technik, seinen Mechanismus, nicht wahr? Er kann einen Pfeil nehmen, und schhhhhhhhhht sendet er den Pfeil. Ein Pfeil ist ein Werkzeug, oder eine chonta pala ist ein Werkzeug, eine Technik durch welche die Krankheit reist. Also haben wir den Grund für die Krankheit.*“²⁸⁸

²⁸⁴ So auch bei Macdonald (1999, S. 41) und Albán und Alvarado 2004 (S.30, S. 36, S.46).

²⁸⁵ Diese Technik scheint bei anderen indianischen Ethnien des Tieflands noch ab und an in Gebrauch zu sein (zum Beispiel bei den Huaoranis), die *Kichwa* von Loreto jagen jedoch bereits seit vielen Jahren ausschließlich mit Gewehren.

²⁸⁶ Vgl. zu diesem Thema allgemein Evans - Prichard (1988), zu Schadenszauber bei den Tiefland - *Kichwa* z.B. Kohn (1992), Iglesias (1989), Baumann (2003), Hudelson (1987), bzw. zum Thema Schadenszauber im ecuadorianischen Hochland Wörrle(2002).

²⁸⁷ Vgl. zur Definition von *sagra* auch Albán und Alvarado (2004, S.30): „Übersetzt ins Spanische bedeutet *sagra* soviel wie rau, uneben und grob. Für die *Kichwa* ist *sagra* ein Synonym für Hexer; man glaubt, dass der *SAGRA* der böse Hexer ist, *sagrar* bedeutet hexen.“

²⁸⁸ Span. Originalzitat: „*Si el sagra tiene poder para hacer enfermar, como lo hace? Tiene tambien su tecnica, su mecanismo, no es cierto? Puede cojer un biruti, y schhhhhhhhhht, manda el biruti. Un biruti es un instrumento, o una chontapala, que es un instrumento, una tecnica por donde viaja la enfermedad. Entonces tenemos la causa de la enfermedad*“ [AL] am 14.12.2006.

Zusätzlich erklärte er mir, der Begriff *chonta pala* wäre keine „angemessene“ Bezeichnung: *„Als ich mit jenen gesprochen habe, die am meisten [über chonta pala] wissen, sagten sie mir: hier gibt es keine einzige chonta pala, denn chonta pala ist ein vulgäres Wort, das sagt die gemeine Bevölkerung, [...] also was ist der [richtige] Begriff? „Wañuy“ sagen sie, was bedeutet „wañuy“ auf Spanisch? Der Tod! Das was der sagra eigentlich schickt ist der Tod.“*²⁸⁹

Dieses Zitat verdeutlicht, wie viel Macht die *Kichwa* ihren *yachak* letztendlich attribuieren, und viele Verstorbene werden zumindest hinter vorgehaltener Hand als Opfer von Schadenszauber angesehen.

Dies belegt auch die Geschichte des 22 - jährigen José aus dem Dorf *Verde Sumaco*,²⁹⁰ dessen Vater vor einem Monat gestorben war. Dieser sei drei Monate zuvor krank geworden, von Tag zu Tag sei es ihm schlechter gegangen und er habe stark an Gewicht verloren. Auf der Suche nach Hilfe sei er zum Schamanen des Dorfes gegangen, der gesagt habe, es wäre *chonta pala*.

José berichtete, sein Vater hätte Husten gehabt, aber nicht „wirklich“, die Ärzte verstünden da den Unterschied nicht. Es sei mehr eine *„bola en la garganta“* (span. für: „ein Kloß im Hals“) gewesen. Der Schamane habe ihn mit *soplos*²⁹¹ behandelt, *aya wasca* genommen und es ging ihm jedes Mal, nachdem er beim Schamanen des Dorfes war, ein bisschen besser. Aber dann auch wieder schlechter. Am Ende sei der Vater im Hospital von Coca gestorben und auch die Ärzte hätten ihn nicht retten können. So bleiben die elf Kinder, von denen José der Älteste ist, alleine mit der Mutter zurück.

Von Schicksalen, wie jenem von Josés Vater, die der indigenen Perspektive zufolge durch Schadenszauber bedingt sind, berichteten mehrere Informanten. Dabei, so wurde mir erklärt, verstirbt nicht jede Person unbedingt am Schadenszauber, aber viele würden darunter sehr lange Zeit leiden müssen.

²⁸⁹ Span. Originalzitat: “Cuando yo conversaba así con los que mas saben, dicen, aqui no hay ningun chontapala, porque chontapala es una palabra vulgar, eso lo dicen los vulgares, [...] entonces cual es la palabra? Wañuy dicen, que quiere decir wañuy en castellano? La muerte! Lo que el sagra manda es literalmente la muerte” [AL] 14.12.2006. Vgl dazu auch Albán und Alvarado (2004, S.17).

²⁹⁰ 1.11.2006 in *Verde Sumaco*.

²⁹¹ Spanisch für „Hauch“, bzw. „Blasen“: dabei wird der Patient meist mit Schnaps angeprustet, bei den sogenannten *„soplos de fuego“* auch mit angezündetem Schnaps. Vgl dazu z.B. auch Wörrle (2002, S. 35).

Die Leidensgeschichte der jungen Frau zu Anfang des Kapitels verdeutlichte auch die gegensätzlichen Fähigkeiten, die von den *Kichwa* ihren Schamanen attribuiert werden: Ein Schamane kann Menschen vom Schadenszauber befreien und sie somit von psychischen und physischen Leiden heilen. Aber gleichzeitig besitzt er auch die Macht, jemanden mit Schadenszauber zu belegen, was im Auftrag einer anderen Person oder aus eigenem Antrieb erfolgen kann. Dies wurde von einigen Informanten heftig kritisiert, ein junger Informant z.B. schimpfte, dass die *yachak* die Einwohner ihres eigenen Dorfes absichtlich verzauberten, um mit den anschließenden Heilungen Geld zu verdienen.²⁹² Ein von Albán und Alvarado (2004, S.14) zitierter Informant geht sogar noch weiter und behauptet: „*Wenn keine Hexer oder sagra existierten: wir würden alle gesund in Körper und Seele gelebt haben, ohne an Schmerzen, Sorgen, Klagen oder andrem gelitten zu haben.*“²⁹³

Zum einen wird hier also deutlich Kritik an den *yachak* und ihrer Arbeit geübt, zum anderen zeigt sich hier auch ein sehr wichtiger Aspekt bezüglich der indigenen Beurteilung von Krankheit und Tod. Denn der indianischen Sichtweise folgend, wird in Todes - und Schadensfällen oft vermutet, dass etwas/jemand anderes dahinter steckt, insbesondere bei Todesfällen von jungen Menschen, die nicht „sinnvoll“ erscheinen und Fragen aufwerfen. Im Gegensatz dazu wird der Tod alter Menschen, deren *samay* „natürlicherweise“ abnimmt, eher akzeptiert und erscheint im kulturellen Kontext sozusagen als ein „*sinnvoller*“ Tod.²⁹⁴

Modernisierungstendenzen, Industrialisierung sowie Fortschritt (gewünscht und/oder aufgezwungen) scheinen mit einer Steigerung der Inzidenz von Schadenszauber einherzugehen.²⁹⁵ Eine kausale Verknüpfung, wonach eine Veränderung der traditionellen Lebensweise, zunehmende Individualisierung sowie ungleiche Verteilung von Besitz, vermehrt zu Neid und Missgunst führen, wiederum typische Motive für Schadenszauber, wird von verschiedenen Autoren bereits seit längerem diskutiert.²⁹⁶

²⁹² [K] am 26.12.2006

²⁹³ „*Si no existieran brujos, sagras: todos hubiéramos vivido sanos en cuerpo y alma, sin sufrir dolores, preocupaciones, lamentos y otros*“ (Albán und Alvarado 2004, S.14).

²⁹⁴ Vgl. Roelcke (2001).

²⁹⁵ Knipper (2003) erörtert sogar die These einer Häufung von Schadenszauber in Stadtnähe, bzw. bereits stark zivilisierten Gebieten mit hoher Einwohnerdichte.

²⁹⁶ Für die Region Archidona/Ecuador vgl. Albán und Alvarado (2004), am Beispiel Lateinamerika vgl. Knipper (2003, S. 239), Baumann (1998).

Die Bedeutung der yachak bei der Betreuung „kranker“ Menschen

„Also, was für eine kranke Person bringst du zum Schamanen?“

„Die mit „mal aire“ kannst du bringen, mit „mal viento“ und Schamanismus [Schadenszauber].“²⁹⁷

Antwort eines *promotor* auf die Frage eines Dozenten bei einem Workshop über traditionelle Medizin.

Auf die Frage, was die Fähigkeiten der *yachak* bei der Betreuung (im weitesten Sinne) „kranker“ Menschen seien, gab es sehr unterschiedliche Ansichten, wozu natürlich auch die bereits zuvor erwähnte Heterogenität der Schamanen beitrug.

Daher überrascht es nicht, dass sich die Antworten der Informanten höchst unterschiedlich, oder auch widersprüchlich, gestalteten. Sie spiegeln persönliche Erlebnisse und Ansichten von Einzelpersonen wieder, denn die *yachak* werden höchst unterschiedlich gewertet.

Welche Erkrankungen können also von den *yachak* geheilt werden? Eine junge Indianerin erklärt mir, ein normales Fieber wisse der *yachak* nicht zu heilen, es müsse schon „etwas übernatürliches, das man nicht verstehen kann“²⁹⁸ sein. Denn er behandle Personen, „die auf den ersten Blick gar nichts haben, und auch in einer Röntgenaufnahme zeigt sich nichts“.²⁹⁹ Auch die anderen anwesenden Gesundheitshelfer stimmten der jungen Frau zu, bei so einer Krankheit wie Malaria zum Beispiel läge die Heilung nicht in den Möglichkeiten des Schamanen.³⁰⁰ Bei einem Workshop mit indigenen Gesundheitsarbeitern waren sich die Teilnehmer darin einig, dass ein *yachak* beispielsweise eine bei der Arbeit in der Ölindustrie erworbene Krankheit nicht heilen könne, denn dafür müsse man ins Krankenhaus.

²⁹⁷ Workshop mit den *promotores* am 14.12.2006 in Loreto. Span. Originalzitat: „Entonces a que enfermo le llevas donde el shaman?“ „Los que estan con mal aire puedes llevar, mal viento, shamanismo.“

²⁹⁸ Span. Originalzitat: „algo sobrenatural, que no se puede entender“ [MR] am 14.11.2006.

²⁹⁹ Span. Originalzitat: „que al simple vista no tienen nada,.. ni sale algo en una placa“ [MR] am 14.11.2006.

³⁰⁰ [DH], [C] am 14.11.2006.

Doch andere waren anderer Ansicht: Ein guter Schamane entdecke alle Krankheiten und könne auch Gastritis, Krebs oder Atemwegsinfekte und *mal aire* heilen,³⁰¹ biomedizinisch betrachtet, ein extrem breites Spektrum unterschiedlichster Erkrankungen also. Michael Knipper bemerkt dazu kritisch im persönlichen Gespräch: *„Kann der Schamane nicht deshalb theoretisch all das „heilen“ (und in vielen Fällen auch nicht), weil er kranke Menschen mit jeder Art von Symptomatik betreut, und weil susto und/oder chonta pala mit jeder Art von biomedizinischer Krankheit einher gehen können?“* (persönliches Gespräch am 14.10.2008).

Eine *mujer lider* beantwortete meine Frage, wann man den Schamanen aufsuche, zunächst mit: *„bei Durchfall, Gliederschmerzen, mal viento oder Hämorrhagie“*. „Jedoch“, fügte sie hinzu: *„man kann auch um andere Sachen bitten, wenn der Ehemann fremd geht“* zum Beispiel.³⁰² Nur wenige Wochen später bat mich ihre 18-jährige Tochter um ein Foto ihres Exfreundes der angeblich auch der Vater ihres 6-monatigen Sohnes war. Es war bekannt, dass ich viel fotografisch dokumentierte, und in diesem Fall wäre das Bild wohl zur Verhängung eines schamanischen Zaubers, ob Schadens - oder Liebeszauber bleibe dahingestellt, gedacht gewesen.

Einige *yachak* arbeiten, wie bereits erwähnt, zugleich als Geburtshelfer und/oder gelten als Experten bei Fertilitätsproblemen.

Auch Patienten mit *susto* können von einigen *yachak* geheilt werden. Ein indianischer Gesundheitsmitarbeiter erzählte mir von seiner kleinen Nichte, die trotz ärztlicher Behandlung immer kränker und schwächer geworden war. Schließlich brachte ihre Mutter das kleine Mädchen zu einer Schamanin, die herausfand, dass sich das Kind einen *susto* geholt hatte, als die Mutter sie radikal mit kaltem Wasser abgeduscht hatte. Sie behandelte das Mädchen und bald war es wieder gesund und munter gewesen.³⁰³

Dies zeigt auch eine weitere sehr wichtige Aufgabe der *yachak* auf, nämlich zu erklären, *warum* jemand krank geworden ist, also welche Ursache die Erkrankung hat.³⁰⁴ Die Antworten darauf können vielfältig sein, neben Schadenszauber und den

³⁰¹ [JL] am 31.10.2006.

³⁰² [SU] am 19.9.2006.

³⁰³ [GU] am 27.10.2006.

³⁰⁴ Besonders anschaulich beschreibt diese Aufgabe der Schamanen Wörrle (2002, S. 317), der das Verhalten einer seiner Informantinnen so zusammenfasst: *„Zum yachac geht sie, wenn sie wissen will,*

meist von *supai* verursachten „*Erkrankungen des Windes*“, also besonders „*mal aire*“, bzw. „*mal viento*“, gelten häufig unruhige Totengeister als Ursache für physische und psychische Probleme.³⁰⁵

Außerdem helfen *yachak* dabei, im Wald verschollene Personen wiederzufinden, meistens sind es Kinder die sich beim Spielen verlaufen haben. Während meiner Zeit in Loreto war ein junger Fischer vermisst worden, eine tagelange Suche ergab keine Ergebnisse. Gerüchte besagten, eine riesige Schlange hätte ihn verschlungen, deswegen wäre auch seine Leiche nicht auffindbar. Schließlich wurde ein *yachak* hinzugezogen und die Leiche des Mannes, ob nun zufällig oder durch die Fähigkeiten des *yachak*, weit unterhalb des Dorfes im Fluss gefunden.

5.3.5 Arbeitsweise und Therapieoptionen

Das zu vollziehende Ritual scheint bei den meisten *yachaks* im Tiefland ähnlich und beinhaltet das Trinken von *aya waska* durch den *yachak*, der nach Einsetzen der Wirkung der Droge dem Bittsteller mit Rauch den Kopf bebläst und ihn mit Büscheln von *surupanka* abwedelt, wobei er singt und pfeift.

Ein Informant erklärte mir: „*Zum yachak sagt man yachak, weil er ein Weiser ist, deshalb heilt er spirituell [...] er benutzt die Pflanzen nur als Hilfsmittel, er heilt durch seine spirituelle Kraft*“.³⁰⁶

Eine junge Indianerin erklärte mir, der Schamane arbeite mit Visionen: er könne die Seele sehen, und den Geist.³⁰⁷

Weit verbreitet scheint die Vorstellung, der *yachak* ziehe oder sauge das „*Krankmachende*“ aus dem Patienten, das sich in verschiedenen Formen manifestieren kann: „*Die Bosheit ziehen sie in Form eines Steines, magischen Pfeils, Schlange, Knochen heraus*“.³⁰⁸

warum, ins Krankenhaus, wenn die Symptome wieder schlimmer werden.“ Er bezieht sich hierbei allerdings auf das Hochland.

³⁰⁵ Vgl. Knipper (2003).

³⁰⁶ Span.Originalzitat: „*Al yachak se dice yachak porque es sabio, entonces cura espiritualmente, [...] solamente usa como medio la planta, cura a traves su poder espiritual*“ [JH] am 27.11.2006.

³⁰⁷ [MR] am 14.11.2006.

³⁰⁸ Span.Originalzitat: „*Maldad lo sacan en forma de piedra, chonta pala, serpiente, hueso*“ [NU] am 15.11.2006.

Ein weiterer Informant beschrieb mir, wie manche *yachak* die Krankheit in Form eines Nagels aus dem Arm ziehen, oder als einen lebendigen Fisch aus dem Magen.³⁰⁹

Auch der Arbeitsaufwand sei unterschiedlich, eine Bosheit durch einen Schamanen benötige mehr Aufwand als eine einfache Krankheit, z.B. ein *susto* weniger als eine *chonta pala*.³¹⁰

Nach vollzogenem Ritual geben die meisten Schamanen ihren Patienten bestimmte Anweisungen, die nun zu befolgen sind. Fast immer wird vom Bittsteller verlangt eine Diät einzuhalten und somit bewusst auf bestimmte Lebens - und Genussmittel zu verzichten. Oft muss dabei auf Grundnahrungsmittel verzichtet werden, wie die Diät, die ein Schamane dem schwer erkrankten Sohn eines *promotor* verordnet hatte zeigt: Kein Huhn, keine Zwiebeln, kein Fisch, nur Kochbananen, Kartoffeln aber z. B. auch *chicha* sollte dieser drei Tage lang zu sich nehmen. Oft legen die *yachak* ihren Patienten zusätzlich nahe, auf sexuelle Kontakte zu verzichten und fordern eine radikale Einschränkung des Konsums von Salz oder Chili.

Außerdem schicken viele ihre Patienten noch in die „Apotheke“, wo diese vom Schamanen verordneten Arzneimittel kaufen sollen. Besonders häufig werden gängige Vitaminpräparate und Calcium verschrieben, manche Schamanen verordnen jedoch auch Antibiotika, Antiphlogistika, Antimalariatabletten, verschiedene Injektionen oder antiparasitäre Medikamente. Auch diese Entwicklungen gehören zum medizinischen Pluralismus und sind zum Teil bedingt durch, bzw. bedingen selbst einen sozialen Wandel (vgl. hierzu auch Kapitel 2).

Nicht unüblich scheint es, manche Patienten zu anderen Schamanen oder heilenden Personen regelrecht zu „überweisen“: *„Es gibt zum Beispiel Krebs, das heilen die bancos, aber es gibt auch andere, die sagen ich kann das nicht, deshalb musst du zu dieser bestimmten Person gehen und er kann das. Oder wenn sie [die Leute] Schmerzen im Körper haben, und im Krankenhaus können sie es nicht heilen, und der Schamane sagt, ich kann das auch nicht, weil es nicht mein Fachgebiet ist, dann suchen sie einen anderen oder besseren oder einen banco.“*³¹¹

³⁰⁹ [JH] am 27.11.2006.

³¹⁰ [NU] am 15.11. 2006.

³¹¹ [JH] am 27.11.2006. *Banco* (auch *bancu*): *Kichwa* - Bezeichnung für einen besonders mächtigen Schamanen, vgl. dazu Iglesias (1989, S.120), Whitten (1976).

Öfters wurde mir auch erklärt, dass die *yachak*, genau wie biomedizinische Ärzte „*especialidades*“, also Spezial - bzw. Fachgebiete hätten. Einige sind dafür bekannt, bei bestimmten Leiden bzw. einem speziellen Anliegen besonders effektive Hilfe leisten zu können, wieder andere gelten generell als besonders mächtig. Solche besonders kraftvollen *yachak* werden auch *banco* genannt. *„Allgemeinen ist es der banco, der die besten Spezialisierungen in allen Arten von Krankheiten hat, oder nicht in allen, aber in der Mehrheit. Also, zu dem Arzt, der verschiedene Arten von Krankheiten heilt, sagen wir banco. Er hat die größte Kraft.“*³¹²

Immer wieder berichteten mir Informanten, wie sie selbst oder eine andere Person erst geheilt werden konnten, nachdem sie einen ganz bestimmten Schamanen aufgesucht hatten.

Doch nicht nur an andere *yachak* überwiesen die Schamanen ihre Kunden, sondern manchen wurde auch angeraten, zu einem der westlichen Ärzte, bzw. zum *centro de salud* zu gehen. In drei Fällen von Patienten mit Tuberkulose, einer Krankheit die auf dem Vormarsch im Amazonasgebiet ist, wurden jene von verschiedenen Schamanen angewiesen zum Arzt zu gehen. Einer der *yachak* äußerte sogar den Verdacht von Tuberkulose bei seinem Patienten und legte ihm nahe, er möge doch bitte zum Arzt gehen, denn er selber könne zumindest diese Art der Tuberkulose nicht heilen.³¹³

Vom gesamten biomedizinischen Personal gab allein die junge *Kichwa* - Ärztin an, ab und zu Patienten zum Schamanen zu überweisen, denn bei Krankheiten, bei denen der Arzt nicht helfen könne, erzielten Schamanen zum Teil Heilungen. Die anderen mestizischen Ärzte lehnten die Schamanen und ihre Arbeit grundsätzlich ab.

Die Indianer selbst, (vgl. Kapitel 2) wählen oftmals relativ frei, zwischen verschiedenen Therapieoptionen. Von diesem medizinischen Pluralismus zeugt auch das folgende Beispiel:

³¹² Span. Originalzitat: “Y generalmente, el banco, es el que tiene mejores especialidades en todo tipo de enfermedad, o no todo, pero en su mayoría. Entonces el medico que cura a varios tipos de enfermedades decimos banco. Tiene mayor poder” [JH] am 27.11.2006. Vgl. zum Thema banco (bei manchen Autoren auch bancu) Iglesias (1989) und Albán und Alvarado (2004, S.30), die fünf “Subgruppen” von *yachak* unterscheiden.

³¹³ *Kichwa*: *Llausay ungui*, vgl. dazu auch Amores (2006): „es gibt zwei Arten, eine die vom Arzt geheilt werden kann und eine andere, die nur der Heiler oder Schamane heilen kann“.

Während der Gesundheitsbrigaden näherte sich in einem kleinen Dorf ein junger Mann, der seit acht Monaten so schlimm krank war, dass er nicht mehr arbeiten konnte und in der Hütte bleiben musste. Es sei eine „*maldad*“ (span. für Boshaftigkeit) vom Schamanen gewesen, berichtete Lorenzo und nun fühle er sich sehr krank und leide unter einem Zittern am ganzen Körper sowie an Schwindel. Er fühle sich schwach, bekomme stets nachmittags einen Blähbauch und wenn er huste, komme nur Kälte von innen raus. Er habe sich bereits mehrere Male von einem *yachak* behandeln lassen, dieser habe ihm die Krankheit ausgesaugt und ihn mit *soplos* beblasen, auch eine strenge Diät sei ihm auferlegt worden: kein Reis, kein Fett, kein Huhn, kein Fisch, keine *chicha* aus Yucca, nur *chicha* aus Kochbananen und Bauchfleisch des „*watusa*“.³¹⁴ Zusätzlich sei ihm aufgetragen worden, eine Woche das Bett zu hüten. Auch einen *pajuyuk*, der ihn mit Blättern abgewedelt hatte, habe er schon aufgesucht. Diese Behandlungen, für die er insgesamt schon viel Geld bezahlt habe, hätten ihm teilweise geholfen, gab der Patient an. Er fühle sich schon besser, sei aber noch nicht ganz gesund, wie die oben geschilderten Beschwerden zeigten und er suche nun Hilfe beim Arzt der Brigaden, um wieder vollständig zu genesen.

Diese Krankengeschichte wirft auch die Frage auf, inwieweit die westliche Medizin, bzw. der Arzt als ihr Vertreter bei Schadenszauber helfen kann.

Öfters erlebte ich, wie bei den Fahrten der Gesundheitsbrigaden Patienten den Arzt konsultierten, nachdem eine Behandlung durch den Schamanen erfolglos geblieben war. Und genauso erzählten mir Informanten von erfolglosen Behandlungen durch biomedizinische Ärzte, die sie dazu veranlasst hatten, den Schamanen aufzusuchen, der sie letztlich geheilt hatte.

Ein Informant³¹⁵ berichtete, dass seine Familie bzw. die Menschen in seinem Dorf bei Krankheit zuerst zum Schamanen oder *pajuyuk* gehen würden, oder „*medicina natural*“ (spanisch für: „*natürliche Medizin*“, der Terminus bezieht sich hier auf Heilpflanzen) ausprobierten und wenn sie das nicht gesund macht, würden sie zum Arzt gehen. Genauso könne es aber auch andersherum sein, fügte er sofort an,

³¹⁴ Ein Wasserschwein.

³¹⁵ [J] am 14.11.2006.

nämlich, dass man zuerst den Arzt und dann, falls nötig, die anderen Instanzen aufsuche.³¹⁶

Klar ist, ein kranker Mensch, ob in Loreto oder irgendwo sonst auf der Welt, sucht meist so lange Hilfe, bis er jemanden findet, der seine Beschwerden lindern kann. So schließt ein Verdacht auf Schadenszauber also den Besuch beim Arzt nicht aus.³¹⁷

5.3.6 Bewertung der yachak durch die Kichwa - Bevölkerung

Viele Informanten äußerten sich durchaus kritisch in Bezug auf die Fähigkeiten der Schamanen. Somit sind zumindest in Teilen der indianischen Gemeinschaft die Behandlungsmethoden der yachak umstritten, ein *Kichwapromotor*, der auch in dem kleinen *subcentro de salud* seiner eigenen Dorfgemeinschaft tätig war, sagte zu mir: „Wenn Schamanen und Kräuterheiler nur mit ihrer eigenen Medizin heilen würden, dann würde ich daran glauben“.³¹⁸ Aber so erlebe er jeden Tag, dass Patienten zu ihm ins *subcentro de salud* kommen um ihre vom Schamanen verschriebenen Medikamente zu holen. Am Ende habe dann aber angeblich das schamanische Ritual die Person geheilt.

Außerdem, so beschwerte er sich, würden die Schamanen immer eine Diät verschreiben, bei der man dann fast nichts essen dürfe, vor allem nicht die typischen Lebensmittel wie Hühnerfleisch oder Chili, und das oft für mehrere Tage. Würde der Patient nicht geheilt, könne der Schamane das Versagen der Behandlung immer auf das Nichteinhalten der Diät, also auf den Patienten schieben, nie liege es jedoch an ihm selber.³¹⁹

Vor gar nicht langer Zeit hatte seine Dorfgemeinschaft einen Schamanen aus ihrer Gemeinde ausgestoßen. Dieser hatte eine Frau gegen Unfruchtbarkeit behandelt,

³¹⁶ Vergleiche hierzu auch Kohn (1992, S.10): „Die „runa“ [eine Eigenbezeichnung der Kichwa] sind sehr pragmatisch in der Bekämpfung von Krankheiten. Wenn eine Person erkrankt, wird eine große Vielfalt von Behandlungsmöglichkeiten angewendet. [...] Es ist nicht ungewöhnlich, dass ein „runa“ zuhause mehrere Heilmittel ausprobiert, während er sowohl bei Ärzten als auch bei Schamanen Heilung sucht.“ Span. Originalzitat: “Los runas son muy pragmáticos en el tratamiento de los males. Cuando una persona se enferma, se aplica una gran variedad de tratamientos.[...] Es común que un Runa ensaye en la casa con varios remedios mientras busca curación tanto con médicos como con shamanes.”

³¹⁷ Besonders anschaulich wird das Patientenverhalten der Hochlandindianer im medizinischen Pluralismus von Wörrle tabellarisch verdeutlicht und diskutiert (Wörrle 2002, S.318).

³¹⁸ [GU] am 27.10.2006.

³¹⁹ Dies scheint auch am unteren Río Napo ein sehr verbreitetes Argument zu sein (Michael Knipper im persönlichen Gespräch am 13.10.2008).

indem er 20 Mal mit ihr geschlafen hatte.³²⁰ Auch andere Informanten berichteten von Schamanen die zumindest bei gewissen Problemstellungen bei bestimmten Personen als Therapie Geschlechtsverkehr mit sich selbst verordneten.³²¹ Diese „Therapie“ scheint jedoch nicht spezifisch für die *yachak* von Loreto zu sein, da Fälle solcher Behandlungen auch im Hochland in den letzten Jahren mehrfach öffentlich bekannt wurden und hitzige Diskussionen mit sich brachten. Die Meinungen hierüber klaffen nicht nur bei den *Kichwa* auseinander, ein mestizischer Medizinstudent verurteilte solche Aktionen als unethisch³²², während ein Ethnologe aus Quito zu demselben Thema sagte: *“Aber wenn es doch Teil der Behandlung ist so etwas zu tun!”*³²³

Auch unter den Schamanen selbst herrscht oft große Unstimmigkeit und Misstrauen, was auch ein gut funktionierendes Bündnis, bzw. eine engere Zusammenarbeit der Schamanen in der Region von Loreto bisher erschwert hat. Von einigen meiner Informanten wurde die Existenz eines solchen Zusammenschlusses als geradezu wiedernatürlich angesehen, denn nicht selten beschuldigt ein Schamane den anderen des Schadenszaubers, was die Zusammenführung der einzelnen *yachak* zu einer Gruppe natürlich deutlich behindert.

All dies zeigt, dass die Rolle der *yachak* untereinander und bei den *Kichwa* durchaus ambivalent ist und auch bei der nicht - indigenen Bevölkerung klaffen die Meinungen dazu weit auseinander.

³²⁰ [GU] am 27.10.2006.

³²¹ [AM] am 28.08.2006.

³²² [F] am 19.9.2006.

³²³ Solche Vorkommnisse sind ja auch aus Industrienationen bekannt, man erinnere sich z.B. an den Anästhesisten der 2008 des Missbrauchs von Kindern in seinem Büro im Klinikum Amberg beschuldigt wurde (<http://www.spiegel.de/panorama/justiz/0,1518,564434,00.html>); es besteht also auch durchaus die Möglichkeit, dass die Anwender solcher „Methoden“ unabhängig vom kulturellen Kontext einfach einzelne schwarze Schafe der jeweiligen Gruppe, egal ob Arzt oder Schamane, sind.

5.3.7 Zusammenfassung und Bewertung des Themas für eine interkulturelle Medizin

Die Schamanen in Loreto unterscheiden sich äußerlich nicht von anderen Dorfbewohnern und doch haben die meisten ihre Fähigkeit mit den *supai* und der Hilfe von *aya waska* erst in einer zum Teil mehrere Jahre andauernden Ausbildung erlangt. Wichtig ist der Besitz und die Anhäufung von *samay*, ohne welches das Wirken des *yachak* erfolglos bliebe.

Vielfältig sind die schamanischen Aufgabenbereiche und Kräfte: Schadenszauber nehmen und zufügen gehört genauso dazu, wie Liebeszauber, Unfruchtbarkeitsbehandlungen oder die „wirkliche Ursache“ einer Erkrankung zu klären. Vielfältig sind auch die Behandlungsmethoden der *yachak*; mit Hilfe der Kraft von Steinen, Pflanzen oder Zigaretten reinigen sie Patienten in besonderen Ritualen, verordnen strenge Diäten und verschreiben zum Teil sogar westliche Medikamente und Vitamine oder überweisen Patienten zu einem anderen *yachak* oder sogar zum biomedizinischen Arzt.

Aufgrund ihrer Macht, Menschen sowohl schaden als auch helfen zu können, ist die Stellung der *yachak* in der Dorfgemeinde durchaus ambivalent und immer wieder werden *yachak*, die im Verdacht sind Schadenszauber zu verhängen, getötet, bzw. aus ihrer Gemeinde verstoßen.

Was also ist nun ihre Stellung bei einer Interkulturalisierung der Medizin und was bleibt von dem häufigen Vergleich der *yachak* mit biomedizinischen Ärzten?

Es ist natürlich sehr problematisch, wenn Schamanen behaupten, Krebs zu behandeln und/oder biomedizinische Medikamente, wie z.B. Antibiotika verschreiben. Ein Ziel muss also sein, dass hier Grenzen eingehalten werden, Antibiotika z. B. nur von dafür qualifiziertem Personal verordnet und abgegeben werden. Es muss auch eine Alternative zu medikalisierten Schamanen geben, die dann zu einer qualitativ hochwertigen, menschenwürdigen und erreichbaren Gesundheitsversorgung beitragen.

Denn ein Arzt wird nie als solcher bei Schadenszauber ursächlich helfen können, auch weil Schadenszauber keine biomedizinische Krankheitskategorie darstellt. Er wird Patienten, die als mögliche Ursache Schadenszauber vermuten, dann helfen können, wenn die körperlichen Aspekte der Beschwerden in sein Kompetenzgebiet

passen, was oftmals durchaus der Fall ist. Doch ob sich der Patient dann nach der Behandlung komplett gut fühlt, von allen Problemen befreit und gesund, das steht auf einem anderen Blatt.

Respekt und Anerkennung gegenüber den *yachak* ist also bei der Suche nach kulturell angepassten Gesundheitsversorgungsstrategien unerlässlich, gleichzeitig muss jedoch eine kritische Distanz zwischen den Vertretern der Biomedizin und den Schamanen bleiben. Kein Schamane sollte im Zuge einer Medikalisierung biomedizinische Therapeutika, also Medikamente verordnen, da den meisten hierzu die nötige Qualifikation fehlt. Genauso muss sich aber ein Arzt bewusst sein, dass er Schadenszauber wohl niemals allein heilen kann.

Besonders wichtig und grundlegende Voraussetzung für eine interkulturelle Medizin ist jedoch ein differenziertes Verständnis der *yachak*, die zwar zum Teil ausgeprägte medizinische Kompetenzen vorzuweisen haben, aber mit der Bezeichnung „traditionelle Heiler“ niemals ganz erfasst werden können. Denn auch andere Fähigkeiten als das „Heilen“ von Patienten bestimmen ihren Alltag, dazu gehört das Versenden von magischen, todbringenden Pfeilen oder erklärende Funktionen im Bezug auf eine Erkrankung. Und diese Kompetenzen können mit medizinischen Kategorien nicht erfasst werden. Um es mit den Worten meiner Informanten zu sagen: „Mit Ärzten ist es wie mit den Schamanen“³²⁴, was für manche Bereiche stimmen mag, aber deswegen ist es noch lange nicht grundsätzlich mit den Schamanen wie mit den Ärzten.

³²⁴ [J] am 14.11.2006.

5.4 Heilpflanzen

5.4.1 „Heilpflanzen“ und „traditionelle Medizin“: Kontexte

Das Thema „Heilpflanzen“ steht im Zentrum vieler Debatten um die Bedeutung der „traditionellen Medizin“ indianischer Gruppen, sowohl auf lokaler Ebene, also etwa zur lokalen Gesundheitsversorgung im Rahmen der Strategie „Primary Health Care“ (vgl. WHO 1987, Roelke 1996, Diesfeld 2001), als auch international, z. B. im Programm der *World Health Organisation* (WHO) zur Förderung der traditionellen Medizinformen weltweit (vgl. z.B. WHO 200a und WHO 2002b). Außerdem besteht ein erhebliches Interesse von Seiten der internationalen pharmazeutischen Industrie und die Mehrzahl der heute publizierten Studien zur traditionellen Medizin indigener Gruppen Lateinamerikas gehört zum Bereich der so genannten „Ethnopharmakologie“ oder „Ethnobotanik“. Oftmals werden das Wissen um und der Gebrauch von Heilpflanzen sogar mit der „traditionellen Medizin“ indigener Gruppen wie der *Kichwa* in Loreto gleichgesetzt (vgl. z. B. Palacio 1995). Es ist jedoch fraglich, ob bzw. wie weit derartige Sichtweisen den konkreten Bedürfnissen und dem Interesse der lokalen Bevölkerung an einer zuverlässigen und an die lokalen Lebensverhältnisse angepassten Gesundheitsversorgung entsprechen (vgl. Kapitel 2).

Vor dem Hintergrund dieser Fragestellung wird der Schilderung des im Untersuchungsgebiet Loreto zu beobachtenden Gebrauchs von Pflanzen (zu im weitesten Sinne „medizinischen“ Zwecken) im folgenden eine Darstellung der verschiedenen Argumentationslinien vorangestellt, die im Hinblick auf Heilpflanzen bzw. Heilpflanzenkenntnisse bei indigenen Gruppen wie den *Kichwa* von Loreto von Bedeutung sind.

Bioprospektion und wissenschaftlich - kommerzielles Interesse

„Wir haben schon oft gesagt: wie traurig wenn fremde Leute kamen und das Wissen und die Kenntnisse unserer Ahnen mitnehmen. Sie nehmen unsere Pflanzen mit. Wer hat ihnen die Erlaubnis gegeben das zu tun? Wir wissen von niemanden!“³²⁵

Bereits zu Beginn der Eroberung des südamerikanischen Kontinentes erweckte die reiche Natur des Amazonasgebiets das rege Interesse westlicher Forscher³²⁶. Auf der Suche nach Heilmitteln gegen die Gebrechen und Leiden der alten Welt versuchten Wissenschaftler von Anfang an auch von den Kenntnissen der Indianer über lokale Heilpflanzen zu profitieren. Das Interesse der Industrienationen an den unzähligen tropischen Pflanzengruppen und ihren potentiellen medizinischen Wirkstoffen besteht bis heute ungebrochen fort, zumal sich viele von der Analyse „traditioneller Heilpflanzen“ neue Medikamente zur Therapie, bzw. Heilung biomedizinisch definierter Krankheiten wie AIDS und Krebs erhoffen. Und letztendlich sind es international oft „indianische Arzneien“, welche die Basis unserer biomedizinisch - pharmakologischen Produkte darstellen und die als solche dann zu umkämpften Gütern auf dem Weltmarkt werden.³²⁷

Die Pharmaindustrie organisiert inzwischen einen großen Anteil der botanischen Untersuchungen in Amazonien. Auf der Suche nach potenten Wirkstoffen zur Generierung neuer Produkte finanzieren Pharmafirmen die Expeditionen von Biologen und Medizinern vor Ort.

Die Bedeutung indigener Völker in diesem Prozess pharmazeutisch - medizinischer Forschung ist unterschiedlich. Die einen sehen sie als wichtiges „Element“ im Forschungsprozess an und verklären sie als die Beschützer der Natur und Bewahrer

³²⁵ Span. Originalzitat: *“Muchas veces hemos dicho: que tristeza, cuando vienen gente extraña y se llevan nuestros conocimientos ancestrales, se llevan nuestras plantas. Quien les autorizo? No sabemos nadie!”* [RL] am 22.12.2006.

³²⁶ Neben anderen haben z.B. Johann Baptist von Spix und Carl Friedrich Philipp von Martius weite Teile des Amazonas befahren und wichtige Beiträge zur Erforschung der Tier - und Pflanzenwelt des Amazonasgebietes geleistet (vgl. Ratzel 1893 und Wunschmann 1884). Dies gilt auch für Alexander von Humboldt (Münzel 1995, S.134).

³²⁷ Vgl. z.B. King, Carlson, Moran, (1996), Merson (2000), Trotti (2001). Die WHO (WHO 2002) gibt dazu bekannt: *„Indeed, about 25% of modern medicines are descended from plants first used traditionally.“* Ein prominentes Beispiel ist das aus einer Lianenart hergestellte Pfeilgift Curare, dessen Herstellung als erstes von Alexander v. Humboldt beschrieben wurde und dessen Wirkstoff D-Tubokurarin über viele Jahre ein wichtiges Muskelrelaxans der Biomedizin war (Münzel 1995, S. 134, vgl. zur Geschichte von Curare auch Dudziak).

alter medizinischer Lehren³²⁸, deren kulturelle Besonderheiten und Bedürfnisse es zu respektieren gilt. Für andere, deren Interesse primär der ungestörten Ausbeutung des Landes und seiner Ressourcen gilt, sind sie hinderlich und erregen höchstens noch als Informationsquellen, landeskundiger Führer oder DNA -, bzw. Blutbank ein gewisses Interesse.³²⁹

Gesundheitspolitische Bedeutung

Allgemein gilt die indianische Heilpflanzenkunde international seit langem als ein typisches Beispiel indigener Medizin und auch die WHO richtete bereits zu Beginn ihres Interesses an den Heilmethoden der „traditionellen Medizin“ in den 1970er und 1980er Jahren ihre größte Aufmerksamkeit auf die traditionell verwendeten Heilpflanzen.³³⁰

Dieser Fokus gründet auch in der irrtümlichen Annahme, in diesem Feld stimme die indianische Medizin allgemein am stärksten mit Gebräuchen, Kriterien und Techniken biomedizinischer Pflanzenmedizin überein und sie wurde so von den biomedizinisch geprägten Forscher weniger kritisch und ungläubig als z.B. schamanische Zeremonien, beäugt. Doch es existieren signifikante Differenzen in der Anwendung von Heilpflanzen in der Biomedizin und bei den *Kichwa*, wie später noch aufgezeigt wird.

³²⁸ Vgl. Stephens (2006, S. 2019): *“Indigenous peoples have been the guardians of our environment and its medicines for thousands of years, built on a holistic communal view of humanity and its links to the ecosystem.”* Vgl. auch: *“Yet Indigenous peoples are the guardians of the natural world, protecting many of the plants that form the basis of our most important medicines”* (ebenda, S. 2025). Siehe zu diesem Thema auch Bristow u.a. (2003).

³²⁹ Vgl. Calle (1996), King, Carlson u. Moran (1996), Merson (2000) und auch Stephens (2006, S. 2025) zeigt auf: *“Ironically, although Indigenous peoples themselves are not valued, their land and its resources often are.”* Noch gibt es nur wenig Erfahrung mit neuen Projekten wie beispielsweise „ProBenefit“ des deutschen „Bundesministerium für Bildung und Forschung bei dem es darum geht, einen gerechten Vorteilsausgleich für die Nutzung der natürlichen Ressourcen im Amazonasgebiet Ecuadors abzuschließen und Möglichkeiten für eine nachhaltige Nutzung dieser Pflanzen zu entwickeln (vgl.: <http://www.probenefit.de/>).

³³⁰ Vgl. z.B. Knipper (2006b, S. 8).

Tourismus

Seit vielen Jahren dringen immer wieder Touristen in das entlegene Amazonasgebiet vor, um die Arbeit der Schamanen zu erkunden und sich ggf. selbst einem solchen Ritual zu unterziehen. Für Heilpflanzen interessierten sich diese in der Regel nur, sofern sie „bewusstseinsweiternde Wirkung“ hatten und so war das Trinken von halluzinogenem *aya waska* für viele Besucher auch der Höhepunkte des Urwaldtrips.³³¹

Im Rahmen sogenannter „Ökotourismusprojekte“ kommen inzwischen aber immer mehr botanisch interessierte Touristen in die amazonischen Dörfer, um sich vor Ort Heilpflanzen und deren Anwendung erklären zu lassen. „*Davor wurde nur von Schamanen geredet, [...] jetzt gewinnt die Pflanzenheilkunde an Bedeutung*“ erklärte mir eine junge *Kichwa* stolz.³³² Diese Entwicklung soll auch in der Region Loreto in Zukunft gefördert werden und zur Zeit meines Aufenthaltes im Forschungsgebiet wurden konkrete Projekte mit verschiedenen Dörfern geplant (vgl. Gattringer 2006, bzw. Kapitel 3.2.3).

Die FONAKIN

Auch für die FONAKIN stellte sich das Thema als besonders wichtig und aktuell heraus. Das Wissen der *promotores*, Hebammen, *yachak* und anderer Pflanzenkundiger der Regionen Rio Blanco (Napo) und Loreto war in einem mehr als zehnjährigen Prozess gesammelt, systematisiert und zu einem Buch über indigenen Heilpflanzen zusammengefasst worden.

Im Rahmen dieses Interessenschwerpunktes der FONAKIN entsteht im Moment auch ein Kräuter - und Heilpflanzengarten nahe des zentralen Verwaltungsbüros der FONAKIN. Die *promotores* und Hebammen werden regelmäßig bei ihren Treffen aufgefordert, weitere Setzlinge wichtiger indianischer Pflanzen aus ihren Dörfern und von ihren Fincas mitzubringen und im sogenannten „*jardin botanico*“ (span.: „botanischer Garten“) zu pflanzen.

³³¹ Vgl. dazu z.B. Baumann (2003), die Interaktionen und Beziehungen zwischen Schamanen der Region Tena und Touristen analysierte.

³³² [RL] am 22.12.2006.

In dieser Arbeit wird das Thema Heilpflanzen, geleitet vom zentralen Interesse an der Gesundheitsversorgung der Menschen vor Ort, untersucht. Es ging mir darum, abseits und unabhängig der zuvor aufgezeigten, vielfältigen Diskurse, unterschiedliche Seiten zum Thema indigene Heilpflanzen zu erforschen, was die lokale Bevölkerung darunter versteht und welche Stellung Heilpflanzen für sie in der Gesundheitsversorgung einnehmen bzw. in Zukunft einnehmen könnten.

5.4.2 Pflanzenmedizin in Loreto: Ihre Nutzer und die konkrete Anwendung der Pflanzen

Doña Florita [Name geändert] erzählte mir, wie sie sich zu Anfang der 1990er Jahre selbst mit „hojas del monte“ (span.: „wildwachsenden Blätter“) von einer abdominellen „Zyste“ geheilt habe. Diese habe ihr damals schon lange Zeit extreme Bauchschmerzen bereitet. Eigentlich sollte sie damals schon lange Zeit operiert werden und Doña Florita lag sogar schon auf dem Operationstisch, doch dann erschien zufälligerweise an diesem Tag der Chirurg nicht und man schickte die damals junge Frau mit der Anweisung nach Hause, sie solle sich in zwei Wochen erneut in der Klinik vorstellen. Doña Florita kehrte nie in das Krankenhaus zurück und trank stattdessen über drei Monate einen Sud aus bestimmten Heilpflanzen: Bis zum heutigen Tage sei sie von ihren Beschwerden vollständig geheilt. (Gespräch am 14.11.2006)

Über ein gewisses Grundverständnis pflanzlicher Heilkunde verfügen die meisten *Kichwa* von Loreto, leben sie doch zum großen Teil noch in engem, alltäglichem Kontakt mit der natürlichen Umwelt des Regenwaldes. Dies ermöglicht ihnen die verschiedenen Pflanzen zu unterscheiden und sie bei Bedarf im Dickicht des Regenwaldes zu finden, denn vielen Dorfbewohner ermöglicht die Anwendung von Heilpflanzen „schnelle Hilfe wenn man kein Geld hat“.³³³ Bei diversen Wanderungen durch den Regenwald zeigten mir meine indianischen Begleiter streckenweise alle paar Meter eine weitere Heilpflanze, beschrieben mir ihr Anwendungsspektrum und die Art der Zubereitung. Des Öfteren demonstrierten mir indianische Frauen, wie sie in der Umgebung der Hütte neben Nahrungspflanzen gezielt Heilkräuter anpflanzen

³³³ [WE] am 10.11. 2006.

und ein männlicher Informant bestätigte: „*Es sind die Frauen, die [das Wissen um] die medizinischen Pflanzen stärker bewahrt haben als die Männer,... aufgrund der Tradition, aus irgendeinem unerfindlichen Grund*“, sie würden Heilpflanzen gezielt im Garten anpflanzen, dort sammeln und dann nach Hause tragen.³³⁴

Als wichtiger Faktor zeigte sich auch, dass eigentlich alle *Kichwa* von Loreto in ihrem sozialen Umfeld Kontakt mit Menschen haben, die besondere Kompetenz in diesem Gebiet aufweisen. Das sind besonders alte Menschen, also etwa die Großeltern oder betagte *compadres*, die im Laufe ihres Lebens einen sehr reichen Wissens - und Erfahrungsschatz im Umgang mit Heilpflanzen entwickeln konnten. Daneben gibt es aber auch andere indigene Spezialisten für pflanzliche Medizin, die z.B. als *herbatero* (span.: Kräuterkundiger) bezeichnet werden. Oft besitzen diese auch einen speziellen *paju* für die Zubereitung oder Weiterverarbeitung von Pflanzen.

Besondere Kenntnisse über Heilpflanzen besitzen auch die traditionellen Hebammen, die schon vielen Frauen bei Schwangerschaftsbeschwerden und anderen Frauenproblemen mit pflanzlichen Zubereitungen und Tees geholfen haben. Wichtig werden ihre Kenntnisse auch beim Versuch die Fruchtbarkeit zu vermindern, um so eine weitere Schwangerschaft zu verhindern. In einigen Dörfern wissen die Frauen angeblich von so potenten Pflanzen, dass die meisten Eltern aufgrund ihres eigenen Wunsches nur zwei Kinder haben.

In einem anderen Dorf erklärte eine Frau ihre Methode zur Empfängnisverhütung so: Um nicht schwanger zu werden, faste sie eine Woche und trinke nur einen, aus einer bestimmten Pflanze zubereiteten, Trank. So sei sie dann sicher vor einer Schwangerschaft geschützt.³³⁵

Auch mit Hilfe der Pflanzen, jedoch auf eine ganz andere Art, heilen bzw. lindern manche *pajuyuk* die Beschwerden: Sie wedeln ihre Patienten mit Büscheln von bestimmten Blätter ab. Dabei gibt es Empfehlungen zur Nutzung bestimmter Pflanzen je nach Krankheit, bei *mal aire* z.B. „*mal aire panká*“³³⁶ (spanisch: „*hoja de mal viento*“).

³³⁴ Span. Originalzitat: „*Son las mujeres las que han mantenidas mas las plantas medicinales que los hombres,...por tradicion, por alguna razon de la vida*“ [AL] am 14.12.2006.

³³⁵ Aussage am 27.10.2006

³³⁶ *Siparuna eriocalyx*, Familie: Monimiaceae, vgl. FONAKIN/FONAKISE (2006, S.96)

Schamanen nutzen sehr häufig die Pflanze „*surupanka*“, mit deren trockenen Blättern sie bei ihren Ritualen rhythmisch Rascheln.³³⁷ Dadurch spielt diese Pflanze, auch ohne konkret „heilende“ Wirkstoffe im westlichen Sinne zu besitzen, eine sehr wichtige Rolle für die Kichwa. Daneben haben einige Schamanen auch profunde Kenntnisse in der Zubereitung und Anwendung von Pflanzen zum Heilen und Lindern bei Beschwerden erworben.

Kompetente Personen im Feld der Pflanzenheilkunde gibt es also im Umfeld der meisten *Kichwa* genügend, wie diese Zusammenstellung der unterschiedlichen Anwender gezeigt hat. Dass dieses Wissen auch im amazonischen Alltag in den Dörfern aktiv benutzt wird, verdeutlichen die folgenden Beispiele.

Zwei Beispiele von häufig genutzten Pflanzen

Wayusa (auch Huayusa, Guayusa)

Ein besonders beliebte Pflanze bei den *Kichwa* von Loreto ist *wayusa* (lat.: *Ilex guayusa*, Familia: Aquifoliaceae),³³⁸ ein bis zu zwei Meter großer Strauch, der sehr häufig in der Nähe des „*huasi*“ (*kichwa* für: „Haus, Hütte“) zu finden ist. Aus den Blättern wird ein Tee gekocht, der nach dem Abkühlen besonders gerne morgens nach dem Aufstehen von der ganzen Familie genossen wird. Dies hat in den meisten Familien eine sehr lange Tradition, besonders früher, als noch mehr gejagt wurde, trank oft die ganze Familie um drei Uhr morgens vor dem Aufbruch der Männer auf die Jagd eine Tasse „*agua de wayusa*“.³³⁹ Doch auch heute lebt dieser Brauch fort, wie man bei mehrtägigen Workshops mit den *promotores* beobachten konnte: in den frühen Morgenstunden, lang vor Beginn der ersten Fortbildungsstunde des Tages, versammelten sie sich, schlürften *wayusa* und diskutierten dabei oder erzählten sich Geschichten.

Auch mir wurde, wann immer ich bei einer *Kichwa* - Familie übernachtete, in der Früh ein Becher mit dunkelgrünem, meist stark gesüßten Wayusatee gereicht. Die Eigenschaften, die diesem Getränk zugeschrieben werden, erinnern zunächst stark

³³⁷ *Pariana* sp, Familie POACEAE, vgl. Kohn (1982, S.125): „ Wird als klangvoller Fächer in den *aya waska* Zeremonien benutzt.“

³³⁸ Vgl. FONAKIN/FONAKISE (2006, S. 164f).

³³⁹ Ein aus Wayusablättern gefertigter Tee, wörtlich „Wayusawasser“.

an die in der westliche Welt dem Bohnenkaffee attribuierten Effekte : „*Man trinkt es um nicht müde zu sein*“, „*es nimmt die Trägheit*“, „*es gibt Lust zu arbeiten*“ oder „*es hilft gegen Schmerzen*“, waren Antworten, die ich so oder in ähnlicher Weise von sehr vielen Indianern zu hören bekam.³⁴⁰ Auch ein junger Mestize von der Küste, der eine *Kichwa* geheiratet hatte und nun in ihrem Dorf wohnte, schwärmte von der muntermachenden Wirkung des *wayusa*. Dabei waren alle Informanten überzeugt, dass durch das Trinken von *wayusa* die entsprechende Person auch vor Schlangenbissen geschützt werde, einer der häufigsten Unfälle im Regenwald. „*Durch wayusa wird man zum Freund der Schlange, deshalb beißt sie einen dann nicht mehr*“, erläuterte mir ein *promotor*.³⁴¹ Nach Meinung anderer schütze der Genuss von *wayusa* zusätzlich vor Wespen und anderen Insektenstichen, wobei man es dafür auch äußerlich anwenden könne. Viele versprechen sich zusätzlich besonderen Erfolg auf der Jagd durch den morgendlichen Konsum dieses Getränks. Auch im Pflanzenbuch der FONAKIN werden dieser Pflanze die oben genannten Wirkungen zugeschrieben, dabei wird nicht vergessen zu erwähnen, dass die Zubereitung, im Gegensatz zu jener vieler anderer Pflanzen, von jedem Mitglied der Gemeinschaft durchgeführt werden könne.

Huasagayuyu

Ein weitere indigene Heilpflanze mit großer Wirkung ist *Huasagayuyu*, die auch die „unberührbare“ Pflanze genannt wird (spanisch: „*hierba intocable*“), da insbesondere Männer vor Nutzung der Pflanze acht Tage lang kein „Chili“ (spanisch: „*aji*“, lat.: *Capsicum annuum*, Familie: Solanaceae) zu sich nehmen dürfen: Sonst sei es gefährlich die Pflanze zu berühren, denn großes Unglück könne über die Person hereinbrechen.³⁴² Nach Einhalten dieser Vorsichtsmaßnahmen kann die vielfältige Wirkung durch Kauen der Blätter der Pflanze genutzt werden: Jagdglück und die Linderung verschiedener physischer Beschwerden und Schmerzen gehören dazu. Doch auch ein Liebeszauber kann mit Hilfe der Pflanze gesponnen werden. Dazu muss die auserkorene Person lediglich während des Blätterkauens leicht mit der

³⁴⁰ [GT], [JL], [GU], [FA], [MN] neben anderen.

³⁴¹ [JL] am 31.10.2006.

³⁴² [MA], [CH] am 3.11.2006.

Hand an der Schulter berührt werden und „ya esta“ (spanischer Ausdruck, zu Deutsch etwa: „schon ist's passiert“).

5.4.3 Erfahrungen und Probleme mit Heilpflanzen in Loreto

Sozialer und kultureller Wandel

*„Wir haben die traditionelle Medizin vergessen. Mein Papa wusste viel über Pflanzen, er konnte viele Krankheiten so [mit Hilfe der Pflanzen] heilen, er starb ohne mit mir darüber zu reden, deshalb weiß ich fast nichts [über die Anwendung von Heilpflanzen]“.*³⁴³

Was diese Frau erlebt hat, passierte und passiert noch immer jeden Tag in unzähligen *Kichwa* - Familien im Regenwald. Gründe hierfür gibt es viele: Traditionellerweise wird das Wissen bei den Indianern rein mündlich weiter gegeben und stellt somit einen Prozess dar, der besonders anfällig für Störungen und Änderungen des *ayllu* ist. „Es bleibt nur noch wenig [Wissen] von den letzten 200 Jahren“, bestätigte ein Informant.³⁴⁴

Der soziale und kulturelle Wandel, der sich in der Region vollzieht, trägt viel dazu bei, denn inzwischen verlassen mehr junge Menschen als früher ihre Familien. Sie müssen in andere Regionen ziehen um genügend Land zu finden, auf dem sie sich eine eigene Lebensgrundlage erarbeiten können. Andere versuchen in den größeren Städten Arbeit zu finden. Nach dem Umzug sehen sich die Familienmitglieder dann in vielen Fällen nur noch selten. Das liegt zum Teil an den beschwerlichen und langen Reisewegen, auf denen zusätzlich durch Straßenräuber und Erdrutsche Gefahr droht. Für viele bedeutet auch ein einfaches Busticket eine sehr hohe Summe Geld und häufig können arme Familien sich die Fahrt deshalb einfach nicht leisten. Auch der „*Lebensstil der colonos*“, wie manch ein Informant sich ausdrückte, wenn er über Fremdgehen eines Ehepartners, Scheidung und außereheliche Kinder sprach, führt zur Auflösung traditioneller Strukturen des indigenen Familienverbandes.

³⁴³ Span. Originalzitat: „*Olvidamos la medicina tradicional. Mi papa sabia mucho sobre las plantas, sabia curar muchas enfermedades así, se murio sin hablarme sobre eso, por eso yo casi no conozco nada*“ [MN] am 10.11.2006.

³⁴⁴ [AL] am 14.12.2006.

Zusätzlich stammen viele der heutigen Loreteños ursprünglich aus anderen Gebieten oder sind gar aus dem Hochland bzw. der Küste emigriert und deshalb wenig mit der amazonischen Vegetation vertraut, während die ihnen bekannten Heilpflanzen, z.B. der Andenflora, im Tiefland oft nicht gedeihen.

Ökologischer Wandel

Manche Pflanzen sind heute auch durch (lokalen) Klimawandel gefährdet und deshalb seltener als früher auffindbar. Während meines Aufenthaltes wurden immer wieder Klagen über das Wetter laut und die zum großen Teil vom eigenen Ackerbau lebenden *Kichwa* sorgten sich um die Ernte und die Zukunft ihrer Familien. Gleichzeitig wird der Urwald durch das Bevölkerungswachstum immer weiter zurückgedrängt und mehr und mehr Regenwald fällt der Rodung zum Bau neuer Häuser, Straßen und Felder zum Opfer. Dieser Prozess ist weder neu noch exklusiv ecuadorianisch, sondern zeichnet sich bereits seit Jahrzehnten auch in anderen Ländern ab.³⁴⁵ Doch die Dimension von Bedrohung, den die stärkere Besiedlung zumindest für Teile der indigenen Bevölkerung in Loreto (inzwischen) darstellt, verdeutlicht die folgende Aussage: *„Ökologischerweise wäre es besser nicht zu impfen, damit die Natur ihr Gleichgewicht behält. Vor hundert Jahren war es nicht so, damals gab es keine Schutzimpfungen, es gab gewisse Krankheiten in Kindern und Erwachsenen und es gab genügend Wald für alle. Jetzt gibt es kein weiteres Land, [keine] Ressourcen, mehr Hunger“*.³⁴⁶

Auch die stärkere Nutzung des Landes durch Feldbau, besonders durch die *colonos*, trägt zum Verlust der Artenvielfalt bei. Inzwischen werden nämlich immer häufiger gezielt Pflanzen angebaut, die nicht für den eignen Verzehr bestimmt sind, sondern sich für den Verkauf eignen. Immer größere Flächen ehemals wild bewachsenen

³⁴⁵ Katrin Greifeld erwähnt diesen Prozess bereits 1986 für das Gebiet der Mayo - Heiler im Norden Mexikos und zeigt seine Folgen für die Arbeitsweise der Heiler dort auf: weniger Freiraum, auf dem Wildpflanzen wachsen können bedeutete, dass die Heiler nicht mehr alle Heilpflanzen selber sammeln konnten und auf Zwischenhändler zurückgreifen mussten: *„Aufgrund ökologischer und ökonomischer Veränderungen musste eine in diesem Sinne ´ganzheitliche´ Medizin, die vom Anfang bis zum Ende vom Heiler durchgeführt wird, aufgegeben werden“* (S. 293).

³⁴⁶ *„Ecologicamente, mejor no vacunar para que la naturaleza vaya teniendo su equilibrio. Hace 100 años no era así, no habia vacuna, habia ciertas enfermedades en niños o en adultos tambien, habia suficiente bosque para todos. Ahora, no hay mas tierras, recursos, mas hambre“* [JH] am 27.11.2006.

Landes werden gerodet und dienen nun besonders dem Anbau von Kakao oder Kaffee.³⁴⁷

„Früher wurden viele verschiedene Arten [von Pflanzen] genutzt und jetzt gibt es keine mehr. Es gibt ganz alltägliche Arten und viele Jugendliche kennen jetzt schon die Pflanzen nicht mehr, oder sie kennen sie, aber wissen nicht wofür man sie nutzt [...]. In dieser Weise verliert es [das Wissen um die Pflanzen] sich, früher gab es viel ursprünglichen Wald, man fällte nur dort wo man geplant hatte sein Feld zu bestellen, jetzt bauen viele Familien [...] Kulturen von Kaffee, Mais, Kakao an. Deshalb gingen bestimmte Arten verloren. Und einige Arten kann man nicht anbauen, jene die nur unter der [freien] Sonne wachsen. Es gibt Arten, die man schon anbauen kann und diese bewahrt man in den Häusern.“³⁴⁸

Besonders schwer in den Kreislauf der Natur greift auch die Erdölförderung ein, bei welcher noch immer große Gebiete im Regenwald zerstört werden. So stört die Ölindustrie das empfindliche Gleichgewicht der amazonischen Flora und Fauna mit zum Teil fatalen Folgen. Giftige Abwässer, die teilweise ganze Seen bilden, der Bau von Straßen durch geschützte Gebiete und Millionen Liter Öl, die durch Lecks in den Pipelines jährlich im Boden des Amazonasgebieten versickern, sind nur einige der Verbrechen an der Umwelt und ihren Bewohnern, den dieser Industriezweig tagtäglich in Ecuador und anderen Ländern begeht (vgl. Kapitel 3.1.2.).

Einfluss der westlichen Medizin auf den Heilpflanzengebrauch

Der Einsatz und die Verfügbarkeit biomedizinischer Medikamente beeinflusst die Anwendung von Heilpflanzen bzw. löst ihren Gebrauch in manchen Fällen sogar ab.

³⁴⁷ Auch von der FONAKIN werden übrigens landwirtschaftliche Projekte als Nebenerwerb für ausgewählte *Kichwafamilien* gefördert. Konkret arbeitet dabei die FONAKIN alleine mit den jeweiligen Frauengruppen der entsprechenden Dörfer zusammen, die dann auch die volle Verantwortung für das entsprechende Projekt tragen. Eine Kakaopflanze produziert bereits nach zwei Jahren Früchte und die Ertragsfähigkeit beträgt circa 20 Jahre, bei allgemein relativ geringem Arbeitsaufwand. 50 kg Kakao bringen ungefähr 50 bis 80 US \$ ein, das heißt eine Familie kann ungefähr 500\$ pro Jahr zusätzlich verdienen. Für die eigene Alimentation wird der Kakao allerdings nicht genutzt, denn die *Kichwa* nehmen Kakao in keiner seiner verschiedenen Verwertungsmöglichkeiten zu sich [MN].

³⁴⁸ „Antes se usaba muchas especies y ahora ya no hay. Hay especies muy basicos y muchos jovenes ya no conocen las plantas o si conocen, y no saben para que uso sirve. En eso se esta perdiendo, antes era gran parte bosque natural, solo se tumbaba donde iba a ser su chacra, ahora muchas familias [...] estan haciendo culturas cafe, mais, cacao. Entonces ciertas especies se habian perdido. Y algunas especies no se puede cultivar, solamente viven bajo sol. Hay especies que si se pueden cultivar y se mantienen en las casas“ [JH] am 27.11.2006.

Bei akuten Kopfschmerzen schnell eine ASS -Tablette einzunehmen zu können, anstatt die aufwändige und zeitintensive Zubereitung einer pflanzlichen Medizin vorzunehmen, schätzten viele meiner Informanten. Zugleich waren den Meisten potentielle Nachteile, wie Nebenwirkungen oder teratogene Wirkung, durchaus bekannt und bewusst und oft wurde der Biomedizin attestiert sie sei weniger „natürlich“.

Es scheint, dass sich der „Vorteil“ der Biomedizin auf bestimmte Gebiete beschränkt. So wurde Biomedizin von einigen Informanten, sofern überhaupt die Option zur Wahl zwischen den beiden bestand, der traditionellen Medizin besonders bei akuten Beschwerden wie z.B. starke Schmerzen vorgezogen.³⁴⁹

Individuelle Fähigkeiten als Voraussetzung für die Wirksamkeit der Heilpflanzen

Viele Pflanzen entfalten erst in Verbindung eines Nutzers mit besonderen, individuellen Fähigkeiten ihre Wirkung bzw. sind nur zum Gebrauch durch diese Personen bestimmt.

Oft ist ein spezieller *paju* für die Zubereitung oder Weiterverarbeitung von Pflanzen nötig. Eine Frau im Dorf Balino erklärte mir: „*Mein paju ist, wenn jemand Fieber hat, dann nehme ich einige Blätter des Eukalyptusbaumes und Dampf*“.³⁵⁰ Damit verschaffe sie den Patienten so effektiv Linderung, dass sogar aus weiter entfernt gelegenen Dörfern von Schmerzen geplagte Personen sie aufsuchen. Die Wirkung der Behandlung hängt in diesem Fall also unmittelbar mit dem Anwender zusammen, sozusagen in der Hand einer Person, denn ohne den entsprechenden *paju* kann die gleiche Heilpflanze bzw. deren Anwendung weit weniger effektiv sein.

Ein anderes Beispiel ist die Anwendung der Pflanze *surupanka*, die die lokale Bevölkerung eigentlich nicht nutzt und die auch in verschiedenen Büchern über indianische Pflanzenmedizin nicht erwähnt wird. Diese entfaltet ihre Wirkung nämlich erst in der Hand eines Schamanen und gilt als pflanzliches Rhythmusinstrument, als

³⁴⁹ Ähnliche Veränderungen wurden z.B. von Bichmann bereits 1987 beobachtet: „Heutzutage können wir in vielen Ländern feststellen, dass die Domäne der traditionellen Therapieformen zunehmend die chronischen Beschwerden und Krankheiten sind, die wir aus schulmedizinischer, ethischer Sicht als psychosomatisch/psychosozial verursacht einordnen würden. Die traditionelle Medizin übernimmt also zunehmend Funktionen, die auch von der modernen Medizin nicht befriedigend wahrgenommen werden“ (S. 71). Ob dies auch für die Bevölkerung von Loreto eines Tages so zutreffen wird, bleibt abzuwarten und wird sich wenn, erst nach einer engmaschigeren biomedizinischen Versorgung ausprägen können.

³⁵⁰ [SU] am 19.9.2006.

wichtiger Bestandteil schamanischer Rituale. Der Rest der Bevölkerung misst ihr jedoch für den Eigengebrauch keine besondere Wirkung zu, weshalb *surupanka* bei den *Kichwa* auch als die „Pflanze der Schamanen“ bezeichnet wird. Ähnlich verhält es sich auch mit dem halluzinogenem Sud *aya waska*, dessen Zubereitung den Schamanen vorbehalten ist. Doch auch andere Pflanzen entfalten ihre Wirkung nur durch den richtigen Anwender bzw. den entsprechenden *paju*. Tagtäglich kann dies beim Abwedeln von Personen mit *mal aire* oder *susto* beobachtet werden, das je nach Verfügbarkeit und Anwender durch verschiedene Blätter erfolgen kann, denn die heilende Wirkung liegt einmal mehr in der Hand des Anwenders, als in der Pflanze selbst.³⁵¹

Unerwünschte Wirkungen

Nicht alle *Kichwa* stehen der Kräuterméizin wohlwollend gegenüber.

So z.B. Juan der seine Erfahrungen mit der Pflanzenheilkunde mit dem prägnanten Satz einleitete: „Für mich kommt niemals wieder Naturmedizin in Frage!“³⁵² Seit Monaten geplagt mit Unwohlsein und Bauschmerzen bei einer Infektion mit Parasiten, bereitete ihm sein Vater, ein allgemein sehr angesehener Kräuterkundiger, einen Trunk aus *hurcu amarun caspi*³⁵³ zu. Darauf sei er zwar schnell und effektiv alle Würmer losgeworden, er habe aber einige Tage schwer an den im Vergleich zum Parasitenbefall anscheinend weitaus unangenehmeren Nebenwirkungen der Heilpflanze gelitten. Diese unangenehmen Folgeerscheinungen des Trankes haben ihn nun sehr vorsichtig gegenüber „Naturmedizin“ werden lassen.

Ernsthafte Nebenwirkungen wurden mir zum Beispiel auch von pflanzlichen Verhütungsmitteln wie *uña de gato*³⁵⁴ berichtet, die manchmal zu Hämorrhagie, Amenorrhö und in einigen Fällen sogar zur Unfruchtbarkeit führen können und noch dazu bei vielen Frauen keinen vollständigen Schutz vor Schwangerschaft gewährleisten.

³⁵¹Vgl. auch: „*Paju zu besitzen ist unerlässlich um in der Anwendung von Heilpflanzen erfolgreich zu sein, man kann sagen, eine Person kann perfekt ihren Nutzen und ihre Anwendung wissen, aber wenn sie keinen paju besitzt, wird die Behandlung keinen Effekt erzielen*“ (Alban und Alvarado 2004, S. 48).

³⁵² Span. Originalzitat: „*Para mí, nunca jamás medicina natural!*“ [GU] am 27.10.2006.

³⁵³ *Cespedesia spathulata*, Familie Ochnaceae.

³⁵⁴ *Uncaria tomentosa*, Familie: Rubiaceae.

5.4.4 Projekte der FONAKIN in Bezug auf Heilpflanzen

Erfahrungen der FONAKIN mit der konkreten Anwendung von Heilpflanzen

Interesse an der Einbindung pflanzlicher Medizin in die schulmedizinische Gesundheitsbasisversorgung in den amazonischen Dörfern hatte die FOANKIN bereits vor mehr als zehn Jahren. Ein Informant erinnert sich:

„Vor einigen Jahren sind wir als Brigade gemeinsam losgezogen: Ärzte, Krankenschwestern, promotores und ein pajuyuk, der viel über Heilpflanzen wusste. In jeder Dorfgemeinschaft braute der pajuyuk in einem großen Topf einen Trank aus einer besonderen Pflanze, der er starke antiparasitäre Eigenschaften zuschrieb.

Schon damals war eine der wichtigsten Aufgaben der Brigaden alle Kinder zu entwurmen, deshalb suchten wir stets das Schulgebäude auf, wo wir meist viele der sonst weit verstreut lebenden Dorfkinder vorfanden. Fünfundfünfzig Schulen waren es in diesem Jahr, in allen gaben wir den Kindern von dem Gebräu zu trinken. Der Erfolg war sensationell, alle behandelten Kinder schieden eine Menge Würmer aus, das Mittel funktionierte sehr gut. Aber es fiel uns auf, dass sich die Kinder danach immer ein bisschen seltsam benahmen, sie waren komisch und die meisten konnten nicht länger in der Schule bleiben. Sie konnten nicht mehr aufpassen, sondern mussten nach Hause gehen. Wir haben es dann auch einmal selbst getrunken und die Pflanze an die Universität Central geschickt und nach einem Jahr hatten wir das Ergebnis. Sie sagten die Pflanze hätte auch einen exzellenten antiparasitären Wirkstoff, aber vor allem beinhalte sie Alkaloide und verursacht schwere Halluzinationen. Daraufhin haben wir das gelassen.“³⁵⁵

Auch ein anderer Informant erinnert sich an die Situation damals: *„Vielleicht haben sie [die Kinder] danach [nach Einnahme des Trankes] keine Würmer mehr, aber dafür haben sie Lust auch in Zukunft zu trinken.“³⁵⁶*

³⁵⁵ [AM] am 4.12.2006.

³⁵⁶ „Puede quedar sin lombrices, pero puede quedar con ganas de seguir tomando“ [AL] am 14.12.2006. Auch Kohn (1982, S.76f) beschreibt eine ähnliche Erfahrung bei Anwendung indianischer pflanzlicher Medizin durch einen Arzt in Zusammenarbeit mit einem Kräuterkundigen in der Region Rio Blanco.

Erfahrungen wie diese haben die FONAKIN von solchen Projekten Abstand nehmen lassen: „*Das war eine Erfahrung mit dem Wirkstoffprinzip, wir denken zur Zeit nicht in dieser Art und Weise, momentan steht dies nicht in unserer Möglichkeit*“ (Amilcar Albán bei einer Versammlung der *promotores* von Loreto am 14.12.2006).³⁵⁷

Erste Verhandlungen mit biomedizinischen Konzernen und Wissenschaftlern über die chemische Analyse wichtiger indianischer Heilpflanzen und den Schutz indigenen Wissens haben für die FONAKIN erst begonnen und noch wurde keine offizielle Zusammenarbeit beschlossen. Zumindest solange hier keine Einigungen erreicht wurden, bzw. die chemischen Wirkstoffe der angewandten Pflanzen bekannt sind, beschränkt sich die FONAKIN, auch im Interesse ihrer internationalen Geldgeber, bei ihren offiziellen Aktionen und Projekten auf die Anwendung von westlichen Medikamenten und die Bereitstellung biomedizinisch geprägten Gesundheitspersonals.

Anstatt die aktive Anwendung indianischer Pflanzenmedizin weiter zu fördern, konzentrierte sich die Organisation mehr auf die Bewahrung und Systematisierung der noch vorhandenen Kenntnisse auf diesem Gebiet und hat deshalb ein Buch über indigene Heilpflanzen herausgebracht.

Das Buch über die Heilpflanzen der Kichwa

Zu Beginn meines Aufenthaltes wurde bereits von der Führungsebene der FONAKIN mit großer Spannung das endgültige Erscheinen eines Buches über indigene Heilpflanzen erwartet. Das Wissen der *promotores*, Hebammen, *yachak* und anderer Pflanzenkundiger der Regionen *Rio Blanco* (Provinz Napo), Sucumbios und Loreto war in einem mehr als zehnjährigen Prozess gesammelt und systematisiert und nun in Spanisch und *Kichwa* zu Papier gebracht worden. Bei unzähligen Treffen an wechselnden Orten mit verschiedensten indigenen Experten auf diesem Gebiet wurden die teilweise sehr vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten für ein und dieselbe Pflanze gebündelt bzw. je nach Häufigkeit der Angabe selektiert. Auch die von Region zu Region differierenden Namen für Bäume, Sträucher oder Kräuter wurden in dem sorgfältig bebilderten Buch festgehalten. Im Rahmen dieses

³⁵⁷ Span. Originalzitat: „*Eso fue una experiencia con el principio activo, nosotros en este momento, no pensamos por ahí, no estamos ahorita en esa posibilidad.*“

Interessenschwerpunktes der FONAKIN entsteht im Moment auch der bereits erwähnte Kräuter- und Heilpflanzengarten.

Die Präsidentin der FONAKIN, Dr. Rosa Alvarado, erklärte den Zweck dieses Buches so: *„Damit unsere Hebammen, unsere Mütter, die die Heilpflanzen kennen und nutzen, unsere Väter, die die Heilpflanzen nutzen, ihre [Kenntnisse] stärken, weiterentwickeln und in dieser Weise anwenden können. Es soll die erste Möglichkeit zuhause sein, um nachzusehen auf welche Art eine andere Lösung gesucht werden kann, [eine Lösung] einer anderen Ebene, eines anderen offiziellen Wissen, als es die westliche Medizin darstellt.“*³⁵⁸

Von dem Unbehagen, das manch einen indigenen *promotor* bei diesem Buch inzwischen beschleicht, erwähnt diese Sprecherin der FONAKIN nichts. Einige befürchten, dass ihnen mit diesem Buch ihr eigenes Wissen sozusagen aus den Händen genommen werden könnte: *„Die traditionelle Medizin ist unser Besitz und das ist wichtig, damit sie nicht fortgebracht wird.“*³⁵⁹ Auch ein anderer forderte in Bezug auf die Heilpflanzenlehre, *„dass sie hier bleibt, dass sie nicht weggeht [mit dem Buch].“*³⁶⁰

Ein Vertreter der FONAKIN parierte mit dem Beispiel *aya waska*, dessen bewusstseinsverändernde Wirkung noch immer beträchtliche Mengen von Touristen anzulocken vermag: *„Wir sagen: ahhh, sie werden uns das Geheimnis des aya waska rauben. Aber sie haben es schon vor langer Zeit geraubt. Sie haben bereits die Pflanze analysiert und etwas, das sich Alkaloide nennt klassifiziert. Das geschah bereits vor hundert Jahren, sie wissen bereits Bescheid.“*³⁶¹

Bei einem Workshop der *promotores*, dessen Thema ursprünglich der Gebrauch traditioneller Medizin war, zeigten einige der Gesundheitsarbeiter Unmut darüber, dass ein mestizischer Ethnologe aus dem Hochland ihnen etwas über ihre eigene

³⁵⁸ Span. Originalzitat: *„Para que nuestra parteras, nuestras mamasitas, que conozen y manejan las plantas medicinales, nuestro papasitos que manejan las plantas medicinales que puedan fortalecer, puedan desarrollar, puedan hacer su uso de que manera,.. que sea la primera atencion en la casa para buscar de que manera buscar otra solucion, de otro nivel, de otro conociemient oficial que es la medicina occidental.“*

³⁵⁹ Span. Originalzitat: *„La medicina tradicional es propia nuestra y eso es importante para que no vaya a otro lado.“* Aussage am 14.12.2006.

³⁶⁰ Span. Originalzitat: *„Que se queda aquí, que no se vaya.“* Aussage am 14.12.2006

³⁶¹ Span. Originalzitat: *„Nosotros decimos: ahhh, se van a robar el secreto de aya waska. Ya se robaron desde hace años. Ya hicieron el estudio y clasificaron lo que se llama alcaloides. Ya hace cien años, ya saben.“* [AL] am 14.12.2006.

traditionelle Medizin beibringen sollte.³⁶² „Sie [die Nicht- Kichwa] sollten uns, die wir von hier sind fragen; in dieser Weise sollen sie damit [mit der indianischen Heilpflanzenlehre] *umgehen*“,³⁶³ anstatt dass ein Fremder ihnen das Wissen aus dem Buche beibringe.

Andere waren da anderer Ansicht. Ein erfahrener *promotor* versuchte die Gruppe zu überzeugen, dass zwar die traditionelle Medizin natürlich von ihnen komme, aber „wir [die Kichwa] *kennen nicht die Technik der traditionellen Medizin*“.³⁶⁴ Deshalb benötigten sie dieses Buch um ihrem Dorf helfen zu können. Ein anderer, der ebenfalls aktiv am Buch mitgewirkt hatte, warf in die Runde: „Wir wollen das Buch *kennenlernen*“³⁶⁵ und drückt damit neben Neugierde vor allem auch die Distanz und Befremdung aus, die viele der Informanten zu dieser für sie ungewohnten Art der Systematisierung, Maximierung und Speicherung von Wissen in einem Buch fühlten.

5.4.5 Heilpflanzen, die typische traditionelle indianische Medizin?

Wie bereits zuvor erwähnt, werden Heilpflanzen von internationaler gesundheitspolitischer Seite bereits seit langem als die typische „traditionelle indianische Medizin“ erachtet. Doch was verstehen die *Kichwa* von Loreto selbst unter diesem Begriff?

Viele Informanten konnten mit diesem Terminus überhaupt nichts anfangen und wiesen mich mit einem schlichten „*das kenn ich nicht*“ darauf hin, dass Kategorien wie „traditionell“ versus „modern“, wie sie die westliche Welt nutzt, in der Kultur der *Kichwa* oft nicht greifen.

Ein junger Mann antwortet mir auf die Frage schlicht ganz pragmatisch: „Traditionelle Medizin?... Na das ist das, was wir benutzen“.³⁶⁶ Eine junge Frau behauptet in einer

³⁶² Das hatte der Ethnologe selbst gar nicht vor und schliesslich auch nicht gemacht, aber von den Verantwortlichen der FONAKIN Loreto war er ursprünglich als Lehrer für die Anwendung traditioneller Medizin eingeplant worden.

³⁶³ Span. Originalzitat: „*Preguntando a nosotros que somos de aqui, que lo llevan en esta forma.*“ Aussage am 14.12.2006.

³⁶⁴ Span. Originalzitat: „*No conocemos tecnicamente la medicina tradicional.*“ Aussage am 14.12.2006.

³⁶⁵ Span. Originalzitat: „*Queremos conocer el libro!*“ Aussage am 14.12.2006.

³⁶⁶ Span. Originalzitat: „*Medicina tradicional? ... Pues, es lo que utilizamos.*“ [MU] am 15.11.2006.

öffentlichen Rede vor Publikum: „*Die traditionelle Medizin ist das wichtigste*“³⁶⁷, eine weitere Definition, was sich dahinter verberge, lieferte sie jedoch nicht.

Der spanische Begriff „*medicina tradicional*“ („*traditionelle Medizin*“) wurde vielen *Kichwa* gerade im Zusammenhang mit Pflanzenheilkunde von fremden Besuchern erst gelehrt. In Loreto trägt auch die Leitung der FONAKIN dazu bei, wenn es, um das bereits beschriebene Beispiel noch einmal aufzugreifen, bei einer Fortbildungsveranstaltung für die indianischen Gesundheitsarbeiter zum Thema „*traditionelle Medizin*“ letztlich ausschließlich um Heilpflanzen geht. So erstaunt auch nicht, dass auf die Frage „Was ist für dich die traditionelle Medizin?“ siebzehn der zwanzig anwesenden *promotores* bei einem anderen Workshop in ihrer schriftlichen Antwort indianische Heilpflanzen erwähnten.³⁶⁸

5.4.6 Zusammenfassung und Bewertung des Themas für eine interkulturelle Medizin

Es wurde gezeigt, dass indigene Heilpflanzenkunde für die unterschiedlichsten Gruppen aus verschiedenen Gründen von höchstem Interesse ist.

So stehen Heilpflanzen bereits seit den 1970er Jahren im Mittelpunkt der von der WHO geförderten Promotion der traditionellen Medizin und gelten in unseren Breiten zu Unrecht meist als die typische indianische Medizin.

Große Teile der Bevölkerung von Loreto wissen um die Anwendungsmöglichkeiten zumindest einiger Pflanzen, daneben besitzen z.B. spezielle Kräuterkundige und Hebammen profunde Kenntnisse darin.

Die Pflanzenkunde ist als Teil traditionellen indigenen Wissens besonders durch Änderungen der Familienstrukturen, bzw. deren Auflösung, durch Klimawandel, Umweltverschmutzung und zunehmender Besiedlungsdichte gefährdet. Zum Teil ersetzt die Biomedizin mit ihren Tabletten und Injektionen traditionelle pflanzliche Anwendungen.

Für eine erfolgreiche Anwendung von Heilpflanzen muss man zusätzlich oft spezielle individuelle Fähigkeiten wie einen *paju* besitzen. Somit kann nicht jeder, auch wenn

³⁶⁷ Span. Originalzitat: „*La medicina tradicional es lo mas importante*“ [RL] am 22.12.2006.

³⁶⁸ Workshop am 26.09.2006 in Loreto

er vielleicht die Pflanze und Zubereitungsart kennt, mit indianischen Heilkräutern erfolgreich therapieren.

Die Wahrnehmung der Pflanzenmedizin in der indianischen Gesellschaft ist ambivalent, neben ausgesprochenen Befürwortern und Anwendern gibt es auch einige, die die zum Teil schweren Nebenwirkungen der Pflanzen fürchten.

Der Versuch, Heilpflanzen gezielt bei ihren Gesundheitsaktionen einzugliedern, wird von der FONAKIN nach einschlägiger Erfahrung nicht mehr unternommen. Dafür wird versucht, mit dem neuen Buch über die Heilpflanzen der *Kichwa* das Wissen auf diesem Gebiet zu konservieren und wieder stärker in der Bevölkerung zu verankern.

Ob diese Strategie Erfolg hat, oder ob das Wissen dadurch eher systematisiert und als Buch gebunden in den Regalen westlicher Ethnologen und naturwissenschaftlicher Forscher konserviert wird, kann sich erst im Laufe der Jahre zeigen.

Projekte wie das Buch über den Gebrauch von Heilpflanzen der FONAKIN sammeln versprengte Teile und fügen sie zu einem System zusammen, das vielleicht komplexer und kompletter ist, als das Wissen um Heilpflanzen einer Person, einer indianischen Familie oder gar eines ganzen Dorfes jemals war. Gleichzeitig signalisiert dieses Projekt Wertschätzung dieses alten, traditionellen Wissens und die Sorge um das Weiterbestehen dieser Praktiken, auch wenn es gerade von Seiten der *promotores* mit einigem Misstrauen und sogar Unmut aufgenommen wird. Der Großteil der Bevölkerung von Loreto wird dieses Buch, zumindest in nächster Zeit, nicht zu Gesicht bekommen, und selbst wenn: die Analphabetenrate ist noch immer hoch und selbst jenen, die Lesen und Schreiben einmal gelernt haben, fehlt oft die Übung darin, denn Lesestoff ist im Urwald Mangelware und es gibt in Loreto weder Zeitungen noch Bücher zu kaufen. Außerdem erscheint der Weg, sich durch Bücher Wissen über Pflanzen anzueignen und sie anhand von Fotos daraus im Urwald wiederzufinden vielen *Kichwa* fremd; ob sie ihn annehmen und sich das Wissen um Heilpflanzen so weiter in der Bevölkerung verbreitet, wird sich erst mit den Jahren zeigen.

Ganz klar herausgestellt haben sich auf jeden Fall die starken Differenzen in der Bedeutung und Anwendung von Heilpflanzen zwischen der indigenen Sichtweise in Loreto und einer eher westlich geprägten. Einmal mehr bewahrheitete sich, dass

biomedizinisches Verständnis und westliche Kategorien nicht auf indigene Gesundheitsstrukturen übertragen werden können. In vielen Fällen stellen die indigenen „Heilpflanzen“ eher ein Medium dar, durch das die Kraft des Anwenders wirkt. Somit ist der Effekt nicht von einem biologischen Wirkstoff der Pflanze, sondern von einer individuellen Fähigkeit z.B. eines *paju* einer Person abhängig. Auch umfasst das indigene Spektrum der durch Heilpflanzen ermöglichten Effekte Optionen, wie den Schutz vor Schlangenbissen, Glück auf der Jagd oder in der Liebe und somit Eigenschaften, die von biomedizinischer Seite wohl kaum einer Pflanze zugeschrieben werden. Und andere Pflanzen, wie das ausschließlich von den *yachak* verwendete *surupanka* sind wegen ihrer „musischen“ Blätter von sehr hoher Bedeutung bei schamanischen Ritualen, ohne dass diese Pflanze dabei überhaupt als „Heilmittel“ angesehen wird.

Im Sinne einer interkulturellen Medizin ist es deswegen wichtig, solche Unterschiede zunächst zu begreifen und zu akzeptieren. Es kann nicht das Ziel sein, indigene Heilpflanzen in einer Weise zu fördern, die sie unserer Pflanzenmedizin immer ähnlicher machen würde, indem man nämlich von aktiven biologischen Wirkstoffen ausgeht und danach die zu verwendende Pflanze aussucht. Dabei muss zunächst klar zwischen einem wahren Interesse an der Verbesserung der Gesundheitsstrukturen vor Ort und den bioprospektiven, touristischen und politischen Bestrebungen und ihren Zielsetzungen unterschieden werden.

5.5 Gesundheitsversorgung in Loreto: Die verschiedenen Sichtweisen der lokalen Akteure

Im Zentrum meiner Feldforschung in Loreto stand die Frage nach den Möglichkeiten und Bedingungen für die Entwicklung kulturell angepasster, medizinischer Versorgungsstrukturen. Ein zentraler Punkt meiner Arbeit war es deshalb, die Leute vor Ort konkret zu ihren Vorstellungen, Ideen und Wünschen in Bezug auf eine Verbesserung der Gesundheit der indianischen Bevölkerung der Region zu befragen. Auf den folgenden Seiten sollen nun die zum Teil äußerst unterschiedlichen Antworten des medizinischen Personals, der Mitarbeiter staatlicher und humanitärer Institutionen sowie der indianischen Bevölkerung zusammenfassend dargestellt werden.

Medizinisches Personal

Die Position des medizinischen Personals vor Ort stellte sich als ausgesprochen homogen heraus, sowohl Ärzte als auch Krankenschwestern verknüpften ihre Klage über die in ihren Augen hohe Arbeitsbelastung mit dem Wunsch nach mehr Personal. Neben mehr Arbeitskräften wurden auch eine bessere Versorgung in der Region mit Medikamenten und medizinischem Geräten als unabdingbar für eine bessere Gesundheitsversorgung erachtet. Als wichtig, dabei jedoch äußerst unangenehm, wertete das medizinische Personal die Fahrten in die indianischen Dörfer mit den Gesundheitsbrigaden. Diese seien anstrengend, war einheitlich zu vernehmen und einer der Ärzte weigerte sich sogar grundsätzlich daran überhaupt teilzunehmen und blieb stattdessen stets im Gesundheitszentrum von Loreto zurück. In den Dörfern übernachten, wie es der weite Weg, technische Pannen oder ein Unwetter manchmal erforderten, wurde sowohl von den Krankenschwestern als auch von den meisten Ärzten grundsätzlich abgelehnt, was auch den häufig geäußerten Wunsch erklärt, man bräuchte einen Krankenwagen, der Verletzte und Kranke aus den Dörfern zum Gesundheitszentrum von Loreto bringen könnte.

In der Zusammenschau der Aussagen zeigte sich somit neben dem auch von anderen lokalen Akteuren (lokale Bevölkerung, Mitarbeiter von Nichtregierungsorganisationen) beklagten Mangel an Ressourcen (Personal,

Medikamente etc.) das grundsätzliche Problem einer sehr geringen Bereitschaft von Ärzten und Pflegepersonal außerhalb der urbanen Zentren tätig zu werden.

Die Organisationen

Von Seiten der verschiedenen Nichtregierungsorganisationen wie der FONAKIN oder RIOS, die sich in Loreto an der Gesundheitsversorgung beteiligten, wurde besonders die Arbeitsmoral der Ärzte beklagt. Diese seien während der Sprechstunden des Öfteren nicht im Gesundheitszentrum sondern badend im Fluss angetroffen worden, erklärte einer der Informanten und behauptete, dies sogar mit Fotos belegen zu können. Auch an der Ausbildung der *promotores* mitzuhelfen, lehnten die meisten Ärzte ab, mehr als einmal erlebte ich persönlich, dass zu den Fortbildungen der Gesundheitsarbeiter entgegen der Abmachung keiner der Ärzte erschien. Eine mestizische Ecuadorianerin, die von der FONAKIN zur Ausbildung der *promotores* angestellt war, beschwerte sich: *„Die Leute vom MSP [hier: die Ärzte] sind nur an Geld interessiert und helfen nur, wenn man sie bezahlt und zwar mit mindestens 50 \$ pro Stunde. Früher war das nicht so. Die [Ärzte], die wir davor hatten, waren hochofrennt wenn sie uns helfen konnten, aber die [Ärzte] jetzt ...“*.³⁶⁹ Gleichzeitig kritisierten viele die unzuverlässige und mangelhafte Versorgung mit Medikamenten und Verhütungsmitteln von Seiten des Staates. Eine der staatlichen Hebammen des *casa del parto* berichtete, dass seit Monaten keine antikonzeptiven Spritzen mehr geliefert wurden, und das gerade jetzt, wo mehr und mehr indianischen Frauen begannen, sich von einer Familienplanung mit dieser Methode überzeugen zu lassen.³⁷⁰

Viel Kritik wurde auch am Verhalten der indianischen Bevölkerung geübt, die in den Augen einiger Organisationsmitarbeiter ihre Beschwerden beim Thema Gesundheitsversorgung selbst nach Aufforderung nicht vorzubringen wüssten. *„Sie sprechen es nicht laut aus“*, bemängelte ein Angestellter von RIOS. Nur innerhalb der Verwandtschaft oder des Dorfes würden sie sich beklagen.

³⁶⁹ [JA] am 24.9.2006.

³⁷⁰ [JR] am 22.9.2006.

Die Indígenas: Promotores und indigene Bevölkerung

Ein zentrales Thema in den Aussagen der indianischen Gesundheitsarbeiter war der Wunsch nach mehr Aus - bzw. Fortbildung sowie einer besseren Organisation des bestehenden Angebots. Mehr als einmal waren auch in der Zeit meines Aufenthaltes in Loreto Weiterbildungen für die *promotores* abgesagt worden oder die Einladungen zu spät, bzw. gar nicht in den Dörfern verteilt worden. Teilweise fanden diese Workshops ohne kompetente Dozenten statt oder behandelten abstrakte Themen wie Arzneimittelchemie, wobei es dabei auch immer wieder um Medikamente ging, die vor Ort gar nicht erhältlich waren. Da ein Lehrplan für die Ausbildung der *promotores* weitgehend fehlte, nahmen manche der *promotores* schon zum vierten Mal an einer Weiterbildung zum gleichen Thema teil. Viele wünschten sich auch eine praktischere Ausbildung und die wenigen Praktikumsplätze im *centro de salud* waren sehr begehrt. Auch ein praktisch orientierter Kurs in Anatomie, körperlicher Untersuchung und adäquater Medikamentengabe wurde von mehreren *promotores* gewünscht, wobei einige der Gesundheitshelfer sich gerne auf ein bestimmtes Gebiet wie Odontologie, Pharmazie oder Ophthalmologie spezialisiert hätten.

Zusätzlich besaßen nur wenige der Gesundheitsarbeiter ein medizinisches Handbuch,³⁷¹ das meist auch noch aus eigener Tasche bezahlt werden musste. Viele Gesundheitsarbeiter bedauerten, in ihren Dörfern keinen *botiquin*³⁷² zu besitzen bzw. nicht zumindest über die wichtigsten Medikamente zur Versorgung der Dorfbewohner zu verfügen. Aktive Hilfeleistung bei akuten Beschwerden sei ihnen somit leider oft verwehrt.

Viele dieser Aussagen in Bezug auf eine verbesserte Gesundheitsversorgung fanden sich auch in der Dorfbevölkerung wieder und die Leute verblüfften oft mit erstaunlich konkreten Ideen. Grundsätzlich bestand ein ausgeprägtes Interesse an einem Mehr an westlicher Medizin, wozu mehr Medikamente, wie z.B. ein Anti - Schlangenserum genauso wie regelmäßigere und häufigere Besuche von biomedizinischem Personal, insbesondere Ärzten, gehörten. Auch mehr Aufklärung über Themen wie Hygiene und Ernährung durch die dorfeigenen Gesundheitsarbeiter erschien vielen Indianern sinnvoll.

³⁷¹ Z. B.: Ara u. Machand (1993).

³⁷² Als *botiquin* werden kleine Hütten in den einzelnen Dörfern bezeichnet, die von den *promotores* verwaltet werden und in denen Medikamente und medizinische Geräte gelagert werden.

Besonderer Wert wurde auch auf eine bessere Organisation und Kontrolle der Gesundheitsversorgung gelegt, denn bei gesetzlich festgelegten Gratisleistungen wie bestimmten Untersuchungen oder Medikamenten, dürfe nicht willkürlich vom medizinischen Personal immer wieder Geld verlangt werden. Auch wurden die offiziellen Öffnungszeiten des *centro de salud* und des *casa del parto* beklagt, die leider nur auf dem Papier eine 24 - Stundenversorgung anböten. In jedem Dorf gab es Menschen, die auch für rechtlich zugesicherte, kostenlose Medikamente und Behandlungen Geld hatten bezahlen müssen, andere standen nach einem halben Tag Fußmarsch vor verschlossenen Türen, obwohl sie innerhalb der Öffnungszeiten eintrafen, andere warteten stundenlang, weil der zuständige Arzt eine „verlängerte Mittagspause“ machte. Auch Fahrtkosten stellten für die zum größten Teil in Armut lebende Bevölkerung oft ein unüberwindbares Hindernis dar. In einem kleinen Dorf erklärte mir der *promotor*, dass ein Großteil der Bewohner seines Dorfes nicht über die nötigen 2\$ für eine Fahrt ins Gesundheitszentrum verfügte.

Als wichtiges Projekt wurde auch das Bauen von Unterkünften für Angehörige von Patienten und Schwangeren erachtet bzw. die Erlaubnis für Kranke, sich ganz im Hospital auskurieren zu dürfen.

Immer wieder wurde besonders von Seiten der *promotores* die Forderung laut, auch Schamanen und *pajuyuk* in die Brigaden einzuschließen. Obgleich auf die damit einhergehenden Probleme, wie die ungeklärte Frage nach der Integration von Schamanen, die bevorzugt nachts „arbeiten“, keine Lösungsvorschläge genannt werden konnten, blieben viele Interviewpartner hartnäckige Verfechter einer personellen Verstärkung der Brigade in diesem Sinne.³⁷³ Ein Informant war auch der Meinung, es sei grundsätzlich besser, zu einem fremden Schamanen zu gehen, da diese sähen, wo die Krankheit „wirklich“ herkomme und er nannte als Beispiel die dorfeigenen Schamanen, die zum Teil Menschen gezielt krank machen würden um diese dann behandeln zu können. Durch eine interkulturelle Brigade würde sich in solchen Fällen die Option bieten, einen anderen Schamanen, als den des Dorfes, aufzusuchen. In derartigen Aussagen wird neben dem unmittelbaren Interesse an einer Integration der Schamanen als weiterer beachtenswerter Aspekt das hohe Konfliktpotential derartiger Ansätze deutlich.

³⁷³ Brigaden in diesem Sinne scheinen in anderen Teilen Ecuadors laut Aussage eines Informanten [MU] bereits zu existieren, genauere Angaben dazu ließen sich leider nicht finden.

In eine ähnliche Richtung ging auch der Ruf nach einem interkulturellen Krankenhaus, in dem Schamanen, *pajuyuk* und traditionelle Hebammen Tür an Tür mit westlichen Mediziner*innen Patienten behandeln. Es solle auch traditionelle pflanzliche Medizin dort geben und alles Personal *Kichwa* und Spanisch sprechen, wurde mir erklärt. Außerdem sollten sich die Dorfbewohner dort vollständig auskurieren dürfen, d.h. sie sollten die Möglichkeit bekommen, so lange im Krankenhaus zu bleiben, bis sie beschwerdefrei sind und genügend Kraft haben für den oftmals langen Marsch nach Hause und das beschwerliche Leben mit Ackerbau und Jagd, das sie dort erwartet. Interessanterweise hatte keiner der Informanten, die hier zu Wort kommen, bereits persönliche Erfahrungen mit diesem Typ von „Gesundheitshaus“ gemacht, von dem bereits seit Jahren einige Modellprojekte³⁷⁴ in Ecuador existieren. Und keiner der Befragten gab an, jemanden zu kennen, der bereits dort gewesen sei; trotzdem wurde mir mehrfach versichert, dass nur so eine wirklich gute Versorgung möglich sei. Bei wichtigen Vertretern der Indianerorganisation fanden diese Ideen zur interkulturellen medizinischen Versorgung dagegen keine Unterstützung.

Als besonders wichtig erachteten viele Indianer ferner den Schutz ihrer Lebensräume vor der Ölindustrie, die für viele Krankheiten wie verschiedene Tumorleiden oder Schwangerschaftsabbrüche bzw. Missbildungen bei Kindern verantwortlich gemacht wurde. Hierbei spielt besonders die Verschmutzung der Flüsse eine große Rolle und mehr als ein Informant war der Ansicht, sauberes Wasser sei für eine Verbesserung der Dorfgesundheit unabdingbar und auch das Nichtentsorgen von Abfällen sei ein krankmachendes Problem. Erstaunlicherweise wurde auch besonders viel Wert auf eine „Ernährung ohne chemische Stoffe“³⁷⁵ gelegt, wobei auch erst vor wenigen Jahren eingeführte Obst und Gemüsesorten wie Tomaten und Zwiebeln, neben ausländischen Produkten wie Cola oder Bonbons, dazu gehörten. Überhaupt wurde die Küche der *colonos* als ungesund und viel zu fett dargestellt, während die indianischen Hauptnahrungsmittel der Region, wie Yuca, Chili und Fisch als wertvoll und natürlich erachtet wurden.

Insgesamt müsse es die Möglichkeit geben, ein „*Leben in Harmonie*“ zu führen, erklärte mir ein *promotor*, denn nur so könne der Mensch gesund sein und bleiben.³⁷⁶

³⁷⁴ Das „Jambi Huasi“ gilt als das bekannteste derartige Projekt, es liegt in Otavalo, im ecuadorianischen Hochland.

³⁷⁵ Span. Originalzitat: „*alimentación sin químicos*“ [J] am 10.11.2006.

³⁷⁶ [J] am 14.11. 2006.

6 Resümee: „Interkulturelle Medizin“ in Loreto und darüber hinaus

6.1 „Interkulturelle Medizin“ aus der Sicht der indianischen Bevölkerung

In meiner ersten größeren Umfrage im Rahmen der Feldforschung besuchte ich einige Bewohner des Dorfes Chontacocha in ihren Hütten und stellte Ihnen unter anderem die konkrete Frage: „Was verstehen Sie unter interkultureller Medizin?“³⁷⁷ Die Antworten der Informanten auf meine Frage waren an diesen Tag sehr ähnlich, jedoch in einer anderen Weise als ich es erwartet hatte: Ich bekam von allen Befragten nur ein Schulterzucken und Aussagen wie „*das kenne ich nicht*“ zu hören. Auch in den folgenden Monaten, in anderen Dörfern und trotz Variation des Wortlautes, bekam ich von der indigenen Bevölkerung nie eine konkrete Antwort auf diese Frage. Selbst die biomedizinisch geschulten *promotores* schüttelten bei diesem Thema meist nur den Kopf oder gaben die Frage mit der Gegenfrage „*Ja, was ist das denn?*“ an mich zurück. So blieb mir am Ende nur die Schlussfolgerung, dass bisher sowohl der Terminus „interkulturelle Medizin“, als auch ein Konzept hiervon bei der indigenen Bevölkerung weitgehend unbekannt sind und wenig bzw. keine Assoziationen hervorrufen. Offensichtlich war keines der bisher in Loreto implementierten Gesundheitsprogramme offiziell unter dem Schlagwort interkulturelle Medizin verbreitet worden,³⁷⁸ denn sonst hätten die Bewohner, wenn auch kein theoretisches Konzept, so doch zumindest eine konkrete Maßnahme oder ein Projekt damit assoziiert. Das *casa del parto* etwa, dessen vollständiger Name von den Verantwortlichen mit „*ganzheitliches*“ bzw. „*interkulturelles Geburtshaus*“ („*casa del parto integral*“ oder „*casa del parto intercultural*“) angegeben wurde, ist in der Bevölkerung nur unter dem schlichten Name „*casa del parto*“ („*Geburtshaus*“) bekannt. Von den theoretischen und gesundheitspolitischen Debatten zur „interkulturellen Medizin“ auf nationaler und internationaler Ebene scheint bisher kaum etwas bis zur indianischen Bevölkerung von Loreto durchgedrungen zu sein

³⁷⁷ Umfrage am 23.9.2006.

³⁷⁸ Das *casa del parto*, dessen vollständiger Name mir von einigen Verantwortlichen mit „*ganzheitliches* bzw. *interkulturelles Geburtshaus*“ (original: „*casa del parto integral*“ oder „*casa del parto intercultural*“) angegeben wurde, ist in der Bevölkerung nur unter dem Namen „*casa del parto*“ („*Geburtshaus*“) bekannt.

Selbst innerhalb der Organisation gab es bei den meisten indianischen Mitarbeitern kaum konkrete Vorstellung zu diesem Thema. Bei einer der ersten Versammlungen der FONAKIN, zu denen ich eingeladen wurde und bei der die Arbeit der Organisation in den nächsten Monaten diskutiert wurde, gab einer der mestizischen Vorgesetzten als Ziel für die nächsten Wochen an: *„Das Modell der Interkulturalität konstruieren, das wir bis jetzt noch nicht besonders klar sehen.“*³⁷⁹ Leider blieb es bei diesem eher vagen Vorschlag zur „Konstruktion“ und die dafür lose zugeteilten Verantwortlichen engagierten sich letztlich eher in anderen Bereichen. Eine wirkliche Konkretisierung dieses Begriffs bzw. eine Entwicklung von Projekten explizit zu diesem Thema, gab es zumindest während des Zeitraums meiner Feldforschung vor Ort nicht.

Interkulturelle Medizin stellte sich also für die Bevölkerung und selbst für einen Großteil der Mitarbeiter der FONAKIN letztlich als avitaler Begriff heraus, der nur mit wenigen bzw. keinen Ideen verbunden wurde und bei den befragten Personen kaum Assoziationen hervorzurufen vermochte!

6.2 Interkulturelle Elemente in der Gesundheitsversorgung in der Region Loreto: Der Status quo.

Auch ohne ein explizites Modell von interkultureller Medizin ließen sich im Rahmen der Feldforschung bei einigen Projekten der FONAKIN bzw. des *red de salud de Loreto*, interkulturelle Ansätze identifizieren. Dies erfolgte entweder auf der Basis einer lokalen Benennung von Einrichtungen oder Strategien als „interkulturell“, wie etwa im Fall des bereits mehrfach behandelten Geburtshauses (*„casa del parto intercultural“*), oder im Sinne des eingangs der vorliegenden Arbeit genannten Kriteriums einer Anpassung der Gesundheitsversorgung an die reale Lebenswirklichkeit der indigenen Bevölkerung. Dabei stellt sich stets die Frage, ob diese interkulturellen Ansätze ausreichen bzw. im jeweils gegebenen Kontext sinnvoll sind.

³⁷⁹ Span. Originalzitat: *“Construir el modelo de interculturalidad, que ya no tenemos muy claro.”* [AM] am 4.9 2006.

Die im Ergebnissteil (Kapitel 5) vorgestellten Schwerpunkte wurden bereits auf ihre Bedeutung für die Entwicklung einer interkulturellen Medizin kommentiert. Von zentralem Interesse war dabei stets der Aspekt, ob sich die Gesundheitsversorgung der einheimischen Bevölkerung letztlich durch diese Maßnahmen verbessert hat bzw. eine Verbesserung hierdurch in Zukunft angenommen werden könnte. Dies soll im Folgenden noch einmal zusammengefasst und weitergehend erläutert werden.

Das ***casa del parto intercultural***, in dem indianische Frauen unter ärztlicher Aufsicht der indigenen Geburtstradition folgend und begleitet von einer traditionellen Hebamme gebären können, verkörpert durch den Versuch einer Integration indigener Traditionen in die offizielle staatliche Gesundheitsversorgung beinahe idealtypisch das auf politischer Ebene diskutierte Model von interkultureller Medizin. Doch wie sich im Laufe der Forschung herausstellte und auch bereits zuvor in dieser Arbeit beschrieben wurde, entspricht das diesem Projekt zugrunde liegende Konzept zur „sicheren Geburt“ bisher keinem Bedürfnis in der indigenen Bevölkerung. Bei der Planung des Geburtshauses war man letztlich offenbar von dem Sicherheitsbedürfnis nicht - indigener, also z.B. westlicher, schwangerer Frauen ausgegangen. Basierend auf dieser Fehlannahme wurde das Konzept des Geburtshauses konstruiert.

Zum einen wird mit dem *casa del parto* also versucht, ein Bedürfnis zu befriedigen, das so in der indigenen Bevölkerung (noch) gar nicht existiert. Zum zweiten erfüllt das Geburtshaus in der Praxis allerdings nicht einmal biomedizinische Grundvoraussetzungen an geschultem Personal und Ausstattung. Das Projekt medikalisiert also die Schwangerschaft der indigenen Frau, ohne jedoch nach biomedizinisch definierten Maßstäben „Standardsicherheiten“, wie beispielsweise die Ausrüstung zum Notkaiserschnitt bei Geburtskomplikationen, bieten zu können. Es entspricht also weder den Qualitätsanforderungen aus der Perspektive der indigenen Nutzer, noch jenen der Schulmedizin und ist nicht in der Lage, das Potential moderner medizinischer Verfahren vor Ort nutzbar zu machen.

Am Ende zieht die lokale Bevölkerung also kaum Nutzen aus diesem Projekt, eine wirkliche Verbesserung der gesundheitlichen Situation vor Ort wird dadurch nicht erzielt. So bleibt nur wenig von der Idee kulturell angepasster Versorgungsstrategien. Das Projekt setzt nicht weit genug bei den indianischen Frauen und ihrem Bedürfnissen an und es orientiert sich nicht an der lokalen Situation und bereits vorhandenen, lokalen Experten, wie den Hebammen, vor Ort. Die Sorgen und

Unsicherheiten westlicher Schwangerer waren der Maßstab gewesen, ein Perspektivenwechsel war von den Verantwortlichen nicht erfolgt. Diese Art von Problematik wird wohl zukünftig nur durch mehr Partizipation der *Indígenas* und stärkere Berücksichtigung ihrer kulturellen Traditionen zu vermeiden sein sowie durch genaue Reflektion eigener Erwartungen und Vorannahmen von Seiten der nicht - indigenen Verantwortlichen. Interkulturelle Medizin darf zudem nicht eine Medikalisierung natürlicher Prozesse, wie sie Schwangerschaft und Geburt ohne Zweifel sind, zur Folge haben; auch wenn bzw. obwohl diese Prozesse in der westlichen Kultur schon seit Jahren in medizinische Kategorien eingeordnet werden.³⁸⁰ Das Beispiel des vermeintlich „interkulturellen“ Geburtshauses verweist somit in großer Deutlichkeit auch auf die Notwendigkeit, neben der indianischen Kultur ebenfalls die denk - und handlungsleitenden Vorstellungen, Normen und Werte auf Seiten externer, nicht - indianischer Experten zu berücksichtigen.

Wie stark westliche Vorstellungen die lokale Umsetzung von Interkulturalität in der Medizin dominieren, zeigt sich auch beim Thema *paju*. Wie sich in dieser Arbeit herausgestellt hat und von einigen Autoren in der einschlägigen Literatur bestätigt wird, erfüllen *paju* - Träger zum Teil wichtige medizinische Funktionen in der indigenen Gesellschaft von Loreto. Bisher werden sie jedoch weder regional noch international als wichtiger Teil der indianischen Medizin wahrgenommen. Diese „Missachtung“ gründet unter anderem darin, dass das Wirken der *pajuyuk* weder in die Kategorien der westlichen Medizinformen übertragbar ist, noch mit den hier gültigen Begriffen erfasst werden kann.³⁸¹ Mit anderen Worten: Die Träger medizinischer *paju* wurden bzw. werden zum Teil einfach übersehen. Ziel einer Interkulturalisierung der Medizin muss daher sein, in Zukunft die Existenz solcher Spezialisten nicht länger zu ignorieren, sondern die wichtige Arbeit, die sie unter anderem im gesundheitlichen Bereich leisten, anzuerkennen. Dabei darf es hier jedoch ähnlich wie im Falle der traditionellen Hebammen nicht das Ziel sein oder in Kauf genommen werden, diese lokalen Experten für offizielle Programme zu vereinnahmen und ihre traditionelle Rolle für die Dorfgemeinschaft zu verändern.

³⁸⁰ Die Zahl medizinischer Untersuchungen in der Schwangerschaft ist von 1977 bis 1997 um 500 % gestiegen. Die Hälfte aller Schwangerschaften in Deutschland werden der Kategorie „Risikoschwangerschaft“ zugeordnet (vgl. z.B. Brockmann u. Reichard, 2000), zur Diskussion pränataler Diagnostik im Zuge der Medikalisierung vgl. Honnfelder (2000).

³⁸¹ Vgl. Wimmer (2002) und Knipper (2006b).

Entsprechende Strategien können dabei nur auf Basis differenzierter, auf qualitativer Forschung beruhender Kenntnisse über die lokale Situation erfolgreich umgesetzt werden.

Bei der Entwicklung kulturell angepasster gesundheitlicher Versorgungsstrukturen in Loreto sind die *pajuyuk* unbedingt zu berücksichtigen, auch wenn es für ihre Funktion kein entsprechendes Pendant im „westlichen“ Medizinverständnis gibt. Das Thema *paju* verdeutlicht demnach sowohl die Problematik als auch das Potential interkulturellen Verstehens: Die *pajuyuk* sind in ihrer medizinischen Funktion und somit in ihrer Rolle bei der Gesundheitsversorgung vor Ort aus einer lokalen fremden Perspektive leicht zu übersehen. Wird ihre wichtige Position jedoch „entdeckt“ und anerkannt, könnten sie bei der Entwicklung kulturell angepasster Gesundheitskonzepte berücksichtigt werden und zum Beispiel in therapeutische Prozesse integriert werden, wenn die Patienten oder ihre Angehörigen dies wünschen. Ein derartiger Wunsch kann jedoch erst dann artikuliert und zum Beispiel von Ärzten berücksichtigt werden, wenn diese eine fundierte und vorurteilsfreie Kenntnis über diese Art traditioneller Experten besitzen und mit derartigen Situationen umzugehen wissen. Auch potentiell immer mögliche Konflikte zwischen Handlungszielen oder Verfahrensweisen von Ärzten und *pajuyuk* können nur unter dieser Voraussetzung sinnvoll vermittelt und gelöst werden.

Eine im Vergleich mit den *pajuyuk* gegenteilige Situation zeigt sich in Bezug auf die ***yachak***. Schamanen werden bereits seit Jahren als Bestandteil der traditionellen indianischen Medizin offiziell gefördert. In dieser Arbeit wird in Bezug auf die Rolle, die die Schamanen von Loreto in der indigenen Gesellschaft besitzen, ein differenziertes Verständnis der *yachak* als grundlegende Voraussetzung für eine interkulturelle Medizin erörtert. Denn trotz teilweise ausgeprägten medizinischen Kompetenzen entsprechen die *yachak* nicht der Rolle eines „traditionelle indigenen Heilers“ und weisen eindeutig Kompetenzen auf, die von medizinischen Kategorien üblicherweise nicht erfasst werden. Denn die *Indígenas* attribuieren ihnen ja z.B. das Versenden tödlicher magischer Pfeile und/oder schreiben ihnen erklärende Kompetenzen in Bezug auf die spirituelle Ursache einer Erkrankung zu.

Respekt und Anerkennung gegenüber den *yachak* ist bei der Suche nach kulturell angepassten Gesundheitsversorgungsstrategien unerlässlich, sollte aber auch hier auf empirisch begründeten Kenntnissen beruhen und nicht auf vorgefassten

Denkmustern über „Schamanen“ im Allgemeinen. Für die Situation in Loreto bedeutet das unter anderem, die Schamanen nicht auf eine therapeutische Funktion zu reduzieren, die nur einem einzelnen Teil ihrer Bedeutung für die lokale Bevölkerung entspricht. Eine Medikalisierung der Schamanen würde sich nicht positiv auf die Gesundheitssituation im Dorf auswirken, genauso wenig darf aber angenommen werden, ein Arzt könne Funktionen der *yachak* übernehmen und z.B. Fälle von Schadenszauber, die ja keine biomedizinische Krankheitskategorie darstellen, heilen. Ein klares und differenziertes Verständnis der sozialen Rollen, Kompetenzen und Aufgaben von Schamanen sowie der Erwartungen der Bevölkerung an die biomedizinische Gesundheitsversorgung geben hier die notwendige Orientierung.

Im Hinblick auf die Situation in Loreto ist dabei konkret folgendes festzuhalten: Die FONAKIN plant momentan nicht, Schamanen in ihre Projekte zur Förderung indigener Gesundheit einzubeziehen. Wie im Kapitel 5.5 gezeigt wurde, gab es in der Bevölkerung jedoch zum Teil tatsächlich den Wunsch nach einer Integration der Schamanen in solche Aktionen, man denke z.B. an die von mehreren Informanten geforderten „interkulturellen Brigaden“. Die FOANKIN jedoch zeigte sich hier sehr von ihrer ablehnenden Position überzeugt, und nimmt dabei einen regelrecht paternalistische Haltung gegenüber der Bevölkerung ein, wie das Zitat eines wichtigen Vertreters illustrierte: „Sie [die Dorfbewohner] wissen noch nicht, dass sie es [gemeint ist die interkulturelle Brigaden] *eigentlich nicht wollen*.“³⁸² Ein mestizischer Projektleiter erzählte mir, dass es vor vielen Jahren einmal ein solches Projekt gegeben habe, wobei letztlich der Schamane irgendwann dazu übergegangen sei, hauptsächlich biomedizinische Medikamente zu verordnen bzw. jene vom Arzt verordneten Medikamente umzusetzen. Das mag ein Einzelfall sein, bedenkt man wie umstritten jedoch die Verwendung westlicher Medikamente in der Hand von Schamanen nicht nur von manchen *Indígenas* gewertet wird, sondern auch von biomedizinischer Seite ist, so sollte man zurecht vorsichtig sein mit solchen, unter Umständen einen medizinischen „Synkretismus“ fördernden, Projekten.³⁸³

³⁸² [ML] am 21.12.2006.

³⁸³ Vgl. auch Greifeld (2003, S. 20) die den medizinischen Synkretismus als „Zusammenwirken verschiedener medizinischer Systeme“ definiert und behauptet: „Während Entwicklungsorganisationen und Ärzte [...] gerne davon ausgehen, dass bei zur Verfügung stellen guter schulmedizinischer Versorgung andere medizinische Systeme verschwinden, zeigt die Realität, dass sich HeilerInnen bestimmter Praktiken der Biomedizin bedienen und sie in ihre Heilkunst einbauen.“

Die ablehnende Haltung der FONAKIN gegenüber einer Integration der Schamanen in die Brigaden erscheint nach dieser einschlägigen Erfahrung verständlich, besonders da sich auch in ähnlichen Projekten im Hochland wenige Erfolge im Bezug auf die gesundheitliche Situation abzeichnen.³⁸⁴ Es ist jedoch fraglich, ob sich eine radikal ablehnende Haltung mit dem Anspruch an „Interkulturalität“ vereinbaren lässt. Denn darf man den Wunsch eines Teils der Bevölkerung nach der Integration von Schamanen in Brigaden und Krankenhäuser einfach verwerfen? Vielmehr sollte dieser Wunsch Anlass geben zur Erforschung der Motivation solcher Äußerungen und ggf. zur Öffnung der medizinischen Strukturen (vgl. Knipper 2003, S. 271f). Ohne eine offene Diskussion mit allen Beteiligten über die Motivation solcher Gedanken und die konkrete Durchführbarkeit solcher Projekte sowie über lokal angepasste Alternativen, bleiben diese Wünsche weiter im Raum stehen. Da diese Gedanken vor allem von einzelnen *promotores* geäußert wurden, die sich als einzige Vertreter der indigene Bevölkerung bei den Brigaden gegen eine Überzahl an mestizischen westlichem Personal behaupten mussten, hatte ich das Gefühl, dass sich dahinter vielleicht eher politische Motivationen und Ziele verbargen und dass die *Indígenas* sich davon eine Stärkung indigener Elemente erhofften. Leider arbeiteten *promotores* und biomedizinisches Personal keinesfalls als gleichberechtigte Partner während der Brigaden. Besonders deutlich wurde mir dies, als mich ein langjähriger und sehr erfahrener *promotor* auf einer gemeinsamen Fahrt auf der Ladefläche eines Jeeps im Rahmen der Gesundheitsbrigaden einmal fragte, wie es denn sei, im Inneren eines Autos zu fahren. Auf meinen erstaunte Rückfrage, ob er denn noch nie vorne im Auto gesessen habe, antwortete er, nein, denn die Plätze dort würden ja immer von den Ärzten und Krankenschwestern belegt. Und auch wenn wir einmal mit dem Kanu stecken blieben, so standen nur die *promotores* bis zur Brust im Wasser und versuchten das Boot wieder in Fahrt zu bringen, die Ärzte hingegen blieben im Trockenen.

³⁸⁴Dazu gehört zum Beispiel auch das „*Jambi Huasi*“, eine besondere Art von Krankenhaus in Otavalo im Andenhochland, in welchem Schamanen und westliche Mediziner Tür an Tür nebeneinander praktizieren. Mehrere Arbeiten deuten jedoch an, dass der Krankenhausschamane eher von westlichen Besuchern, bzw. mestizischen Quiteños aufgesucht wird, während die indigenen Patienten eher in die biomedizinische Sprechstunde gehen. Vgl. Wörrle (2002, S. 297 - 298), bzw. Knipper (2006b, S.9). Vgl. dazu auch die Erfahrungen mit der Einrichtung interkultureller Gesundheitszentren für Touristen in Bolivien von Flores (2005).

Dass solche Erlebnisse zumindest einen Teil zur Motivation solcher Wünsche nach einer Integration von Schamanen in die Brigaden beitragen, kann letztlich nur vermutet werden, aber stellt sich als durchaus plausibel dar. Ziel einer Interkulturalisierung in der Medizin muss es letztlich sein, auf die Wünsche und Bedürfnisse der lokalen Bevölkerung einzugehen anstatt, wie hier die FONAKIN, sich einfach darüber hinweg zu setzen, im Glauben, die Situation „klarer“ zu sehen, als die Betroffenen selbst. Auch wenn solche Wünsche ggf. stärker durch andere Gründe als den Glauben an eine gesundheitliche Verbesserung dadurch motiviert sind, besteht keine Berechtigung, sie zu „übergehen“. Dies sollte im Gegenteil vielmehr dazu Anlass geben, diese Thematik mit der lokalen Bevölkerung eingehend zu erörtern. Allgemein gültige Konzepte in Bezug auf die Rolle der Schamanen in der Gesundheitsversorgung kann es im Sinne einer interkulturellen Medizin nicht geben und somit muss eine Lösung sich immer auf die aktuelle Situation und die individuellen Bedürfnisse der Bevölkerung von Loreto beziehen.

Es wurde in der vorliegenden Arbeit ferner aufgezeigt, dass die **indigene Pflanzenmedizin** sich in vielen Punkten deutlich von westlicher „Kräutermedizin“ unterscheidet. So kommt es in Loreto oft nicht allein auf die richtige Wahl der Pflanze an, sondern auch auf gewisse individuelle Fähigkeiten des Nutzers. Und auch das indigene Spektrum möglicher Effekte durch Heilpflanzen differiert deutlich. Im Sinne einer interkulturellen Medizin ist es wichtig solche Unterschiede zu erkennen und zu akzeptieren. Es darf nicht erklärtes Ziel sein indigene Heilpflanzen in einer Weise zu fördern, die sie westlicher Pflanzenmedizin mit ihrem Konzept aktiver biologischer Inhaltsstoffe angleicht. Außerdem muss klar zwischen einem ernsthaften Interesse an der Verbesserung der Gesundheitsstrukturen vor Ort und bioprospektiven, touristischen oder politischen Bestrebungen und ihren Zielsetzungen unterschieden werden.

Auch das von der FONAKIN veröffentlichte Buch über die indigenen Heilpflanzen und ihre Anwendung wird wohl zunächst wenig zur Verbesserung der Gesundheit vor Ort beitragen. Eine Tatsache, die auch darin gründet, dass es nur wenige Personen in Loreto überhaupt erhalten werden und das Buch somit in vielen Dörfern nicht verfügbar sein wird. Außerdem sind selbst junge Indianer in vielen Fällen kaum des Lesens mächtig und so wird die Zahl jener, die dieses Buch schließlich nutzen, gering bleiben. Das limitiert natürlich auch stark den medizinischen Nutzen, den die

Bevölkerung von Loreto daraus ziehen kann und es bleibt anzunehmen, dass sich an der Gesundheitssituation vor Ort dadurch nur wenig ändern wird.

Doch für die FONAKIN geht dieses Werk wohl weit über ein medizinisches Handbuch hinaus. Es symbolisiert vielmehr Einheit und Eigenheit der Kichwa, ermöglicht ihnen die Abgrenzung gegenüber anderen Einflüssen und erlangt somit politische Bedeutung, wie die folgende Aussage der Präsidentin der FONAKIN deutlich macht: *„Wenn wir uns dem Gesundheitsminister gegenübersetzten, wenn wir uns dem Direktor für Gesundheit der Provinz gegenübersetzten, wenn wir uns dem Direktor der „Nationale Direktion für Gesundheit der indianischen Völker“ gegenübersetzen, dann sagen wir: Das ist die Antwort der FONAKIN. Wir reden nicht nur so daher! Wir reden mit Vorschlägen, Projekten, mit Resultaten!“*³⁸⁵

Für die indianische Bewegung bzw. ihre politischen Repräsentanten bietet sich das Thema „Heilpflanzen“ als politisch brauchbares Symbol an, nach „außen“, zur Interaktion mit der nicht - indianischen Mehrheitsgesellschaft genauso wie nach „innen“, als Instrument zur „sozialen Schließung“ (Wimmer 1996, S. 401) der eigenen Reihen.

Die indianische Bevölkerung in Loreto jedoch beäugte dieses Projekt mit einigem Misstrauen und äußerte Besorgnis, man könnte ihnen ihr Wissen und ein Stück ihrer Kultur mit diesem Buch rauben. Diese Gefühle und somit die aktuelle Situation vor Ort wurde jedoch weitgehend ignoriert. Solche Aktionen benutzen indigenen Heilpflanzen offenbar vor allem als ethnisches Symbol. Zu einer Verbesserung der Gesundheitssituation tragen sie jedoch nur wenig bei.

Schließlich führt die Analyse der mir gegenüber geäußerten Wünsche und Erwartungen der lokalen Bevölkerung im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung zu folgendem Bild: Eine gute biomedizinische Versorgung und häufigere Besuche der Ärzte in den Dörfern finden durchaus Anklang bei den Indianern und wurde vielfach gefordert. Von einer Ablehnung der westlichen Medizin oder von Ärzten kann also nicht die Rede sein. Auch die relativ gute Durchimpfung der (kindlichen) Bevölkerung auch in weit abgelegenen Dörfern zeugt von der Akzeptanz der westlichen Medizin; und wo immer wir mit den Impfbrigaden hinkamen, warteten bereits Mütter mit ihren

³⁸⁵ Span. Originalzitat: *„Cuando nosotros nos sentamos frente del ministro de salud, cuando nos sentamos frente del director provincial de salud, cuando nos sentamos frente al director de la Direccion de Salud Indigena, decimos esta es la respuesta de la FONAKIN. No estamos hablando en el aire! Estamos hablando con propuesto, con proyectos, con resultados.“* Rosa Alvarado am 22.12.2006.

Kindern bzw. ganze Schulklassen samt Lehrer auf eine Auffrischung der Impfdosis. Ein interkultureller Ansatz muss in Loreto somit auch das Bedürfnis der Bevölkerung nach einer guten biomedizinischen Versorgung berücksichtigen.

6.3 Perspektiven für eine „interkulturelle Medizin“ in Loreto und darüber hinaus

Eine allgemeingültige Lösung kann es bei der Frage nach einer Interkulturalisierung der Medizin nicht geben. Am Ende bedeutet Interkulturalität immer, auf die Menschen und ihre Lebensverhältnisse vor Ort ernsthaft zuzugehen, die eigenen Erwartungen und Vorannahmen zu reflektieren und so ihre lokale Anwendbarkeit jeweils aufs Neue zu prüfen. Somit ist „Interkulturalität“ allgemein, aber auch in der Medizin, am Ende ein Thema von Haltung, Methoden und Perspektiven sowie der Fähigkeit zum Perspektivenwechsel und zur Reflexion über die eigenen Vorstellungen, Denkmuster Werte und Normen bezüglich Medizin und bezüglich der lokalen Bevölkerung bzw. der Zielgruppe medizinischer Aktivitäten. Der lokale Bezug auf die konkrete Situation an einem spezifischen Ort schließt die Möglichkeit von universell einsetzbaren Maßnahmen weitgehend aus. So beziehen sich auch die im Folgenden aufgeführten Punkte primär auf die Situation in Loreto. Die den einzelnen Maßnahmen zugrunde liegenden, allgemeinen Prinzipien sind allerdings übertragbar auf andere lokale Kontexte.

Vor dem Hintergrund der bisher dargelegten Beobachtungen und Analysen kam ich zu dem Schluss, dass der wichtigste Punkt für eine interkulturelle Ausrichtung der medizinischen Versorgung in der Region von Loreto zunächst in einer Besinnung auf das primäre Ziel medizinischen Handelns ist: Die auch in den grundlegenden Dokumenten der ärztlichen Ethik kodifizierte Verpflichtung medizinischen Handelns auf das Wohl des individuellen Patienten, unabhängig unter anderem von Nationalität, Ethnizität und sozialem Status (Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes von 1948) sowie auf den höchsten Standard professionellen Handelns und Respekt vor Entscheidungen mündiger Patienten (Internationaler Ethik - Kodex des

Weltärztebundes von 1949). Das bedeutet in der Praxis, dass der Mensch mit seinen (im weitesten Sinne medizinischen) Bedürfnissen im Mittelpunkt stehen sollte, auch in einer von Armut und medizinischem Pluralismus geprägten Region wie Loreto. Interkulturelle Medizin könnte in diesem Sinne etwa bedeuten, dass der Patient aus dem Angebot an biomedizinischen und indigenen Experten frei wählen kann und diese zu einer auf Wissen um die Fähigkeiten und Kompetenzen des jeweils anderen basierenden, respektvollen Kooperation im Sinne des Patienten fähig und bereit sind. Konzentriert man sich auf das Wohl des Patienten, so ist es am Ende irrelevant, wer schließlich die Heilung erzielte, folglich sollten sowohl biomedizinische als auch indigene Spezialisten die Grenzen ihres Könnens eingestehen und den leidenden Menschen, sofern nötig und vor allem von diesem gewünscht, zu einem anderen Experten „überweisen“. Damit wird von allen Experten, von denen sich dieser Patient Hilfe verspricht, seien es *pajuyuk*, Schamanen oder eben doch Ärzte erwartet, dass sie sich selbst „zurücknehmen“ und dem Patienten die freie Wahl ermöglichen, wen er in welchem speziellen (Krankheits -) Fall konsultieren möchte. Dabei muss ihm auch gestattet sein, nach eigenen Kriterien die Therapie zu wechseln, bzw. bei verschiedenen Experten gleichzeitig um Hilfe zu bitten. Dies ist eine Vorgehensweise, die nicht nur in Loreto unter den Indianern auch jetzt schon sehr ausgeprägt ist, von den Experten selber, besonders den Ärzten, jedoch kaum Akzeptanz, geschweige denn Unterstützung, erfährt. Therapiewechsel und Therapiekombinationen finden daher in der Regel heimlich und ohne ärztlich-medizinische Beratung oder gar Kontrolle statt.

Die Grundlage interkultureller Ansätze in der Medizin ist folglich eine ernsthafte, in das tägliche Alltagshandeln integrierte ethisch - moralische Reflexion über die Grundwerte medizinischen Handelns und die Möglichkeiten, diesen auch unter den vergleichsweise schwierigen Bedingungen wie etwa im Kanton Loreto gerecht zu werden.

Daneben gibt es weitere Ansätze zur Verbesserung der medizinischen Versorgung der indigenen Bevölkerung von Loreto, die im Folgenden auch noch dargestellt werden. Grundbedingung ist jedoch immer, sich auf den Patienten, der im Mittelpunkt stehen sollte, zu konzentrieren und ihm sein freies Wahlrecht zwischen verschiedenen Behandlungsoptionen zuzugestehen. Letztlich müssen im Fall von Loreto besonders die momentan bzw. in Zukunft tätigen Ärzte und Ärztinnen lernen, dass er/sie nur eine der Säulen des Gesundheitsnetzes ist und dass auch andere

Personen wichtige Funktionen hierbei übernehmen; so z.B. die *promotores*, die entgegen dem Arzt in den Dörfern leben und damit das ganze Jahr über Ansprechpartner und in gewisser Weise „Vorbild“ für die Bevölkerung sind.³⁸⁶

Des Weiteren gilt es zu akzeptieren, dass das Wohlbefinden eines Menschen niemals alleine von definierten medizinischen Problemen abhängt und einer wahren interkulturellen Medizin somit auch nie durch einzelne, begrenzte Projekte in der Krankenversorgung genüge getan wird. Ein interkultureller Ansatz wird immer den Mensch als Ganzes betrachten und muss deshalb unbedingt den Schutz der Lebensräume, der sich in der Arbeit als enorm wichtig herausgestellt hat, beinhalten. Der Bevölkerung muss genügend Land zum Anbau von Nahrungsmitteln zur Verfügung stehen, deshalb gilt es die Landrechte der *Indígenas* zu schützen und sie muss vor den Toxinen der Erdölindustrie und ihrer Abwässer bewahrt werden. Durch Schutz der Regenwaldflüsse vor Verunreinigung, Anleitung zu Bau und Nutzung von Latrinen und einer adäquater Trinkwasserversorgung können viele der häufigsten Erkrankungen vermieden werden. Offensichtlich konnte jahrzehntelange so genannte „Hygieneaufklärung“, die stets auch das Abkochen jeglichen Trinkwassers und das regelmäßige Händewaschen beinhaltet, die Inzidenz von Wurmerkrankungen in der Region nicht wirklich senken.

Bei meinen Besuchen in den Dörfern stellte ich fest, dass kaum eine *Kichwa* - Familie ihr Trinkwasser abkochte. Dies ist verständlich wenn man die konkrete Lebenssituation der Menschen bedenkt: Kochen wird zu einer durchaus aufwändigen Prozedur, wenn jegliches Feuerholz noch immer von Hand geschlagen und in die Hütte gebracht werden muss. Zusätzlich animiert das stets schwül - heiße Wetter nicht zum Trinken warmer Flüssigkeit. Übertragen auf die westliche Welt mit ihren elektrischen Wasserkochern und ihrem gemäßigten Klima stellt sich die Frage, wie lange würde selbst unter diesen (Luxus -)Umständen eine z.B. deutsche Familie es wohl durchhalten, jeden Schluck Wasser zunächst abzukochen?

Die aufgeschwollenen Bäuche der Dorfkinder, „voll mit Würmern“ wie ein *promotor* sich ausdrückte und die unzähligen kleinen Patienten mit Durchfallerkrankungen bei den Brigaden bezeugten, dass dieser Ansatz von Hygiene wohl für viele Indianer so

³⁸⁶ In einem Gespräch mit einem Mitarbeiter der FONAKIN kam sogar die Frage auf, ob es denn zur Verbesserung der Gesundheitssituation vor Ort überhaupt Ärzte brauche oder ob eine wesentliche Verbesserung nicht vielmehr durch mehr Prävention und Aufklärung sowie durch besser geschulte *promotores* zu erzielen sei.

nicht durchführbar ist; zumal die Kinder natürlich auch viel alleine im Urwald spielen und dabei mit Sicherheit unbemerkt die ein oder andere Hand voll Wasser aus den Flüssen trinken. Bestärkt wurden diese Beobachtungen durch die Aussage eines jungen Arztes, der sein *año rural* in einem Nachbarkanton von Loreto ableistete: „Man darf nicht die Bräuche ändern wollen, sondern man sollte versuchen das Umfeld so zu verändern, dass die Bräuche beibehalten werden können“.³⁸⁷ Die Entwicklung kulturell angepasster Gesundheitsstrategien kann letztlich nicht ohne Engagement für den Schutz der Lebensräume und unter realistischer Anerkennung der lokalen Bräuche und Gewohnheiten sein, denn dies besitzt enorme Bedeutung für die Gesundheit der Menschen von Loreto. Jede Intervention, die Verhaltensänderungen auf Seiten der Bevölkerung einschließt, muss die realen Lebensverhältnisse, Interessen und Handlungsmöglichkeiten der betroffenen Menschen berücksichtigen.

Zugleich sollte für die Region Loreto, wie bereits erwähnt, eine Verbesserung der biomedizinischen Versorgung in Zukunft einen der Hauptschwerpunkte der Bemühungen im gesundheitlichen Bereich darstellen. Dazu gehört neben einer adäquaten kulturellen Schulung des biomedizinischen Personals, die besonders auch Respekt vor der besonderen Lebensform der *Kichwa* vermitteln sollte, auch der Einsatz von Dolmetschern zur adäquaten Anamneseerhebung und zum Ermöglichen eines vertrauensvollen, aufklärenden Gesprächs zwischen Arzt und Patient. Auch *Kichwa* - Sprachkurse für das nicht - indigene medizinische Personal wären sinnvoll. Eine wirklich respektvolle und einfühlsame biomedizinische Behandlung kann durch jene Ärzte, die ihr Pflichtjahr auf dem Land (Spanisch: *año rural*) absolvieren und dabei die Tage zählen, bis sie zurück zu Freunden und Familie nach Quito dürfen, wohl niemals gewährleistet werden.³⁸⁸

Neben einer besseren Auswahl und Ausbildung des biomedizinischen Personals, also Ärzten, Hebammen und Krankenschwestern, müssten auch die den Ärzten zur Verfügung stehenden Mittel erweitert werden. Das bedeutet konkret ein größeres Spektrum zuverlässig verfügbarer Medikamente und medizinischer Geräte (z.B. Ultraschallgerät), um eine den Bedürfnissen und finanziellen Möglichkeiten der Patienten gerecht werdenden Therapie zu ermöglichen. Mir war aufgefallen, dass z.B. einige der vorhandenen Medikamente vom Patienten mit einigen Millilitern

³⁸⁷ [A] am 4.11.2006.

³⁸⁸ Zur Problematik des „*año rural*“ vgl. Juárez (2004, S.11) sowie Martos Flores (2004).

Wasser angerührt werden mussten. Allerdings hatten diese in der Regel keine Messbecher und zweitens wohl nur im seltensten Fall abgekochtes Wasser. Was also bleibt vom Nutzen eines Antibiotikums, wenn zu wenig Wirkstoff durch ein falsches Mischverhältnis aufgenommen wird und es noch dazu mit potentiell kontaminiertem Wasser zubereitet wird?

Ein weiterer extrem wichtiger Punkt, der schließlich auch zur Verbesserung der Gesundheit beitragen wird, wäre die Einführung besserer Programme zur Bewahrung und Vermittlung der Kultur der *Kichwa*. Anstatt (einzelne) traditionelle medizinische Praktiken international und national sowie auf regionaler Ebene als ethnisches Symbol und/oder kommerziellen Zwecken zu benutzen, sollte Respekt vor der Vielfalt der *Kichwa* - Kultur mit ihrer Geschichte, ihrer Sprache, ihren Traditionen und Bräuchen im Zentrum der Bemühungen stehen, sowie der Schutz der natürlichen Lebensgrundlagen. Traditionelle Medizin bzw. jener Bereich, den westliche Experten darunter verstehen, also besonders Heilpflanzen und Schamanen, stellt nur einen Teil des reichen kulturellen Erbes der *Kichwa* dar, aber durch Promotion und Verstaatlichung der traditionellen Medizin bzw. ihrer Agenten besteht deutlich die Gefahr, diese Medizin auf Dauer nach fremden Maßstäben zu verändern und auf wenige Aspekte, die dann besonders „ausgeleuchtet“ werden, zu reduzieren. Die indianische Medizin in unsere westlichen Kategorien zu zwängen und sie dabei auf einzelne Teilaspekte zu verringern steht in klarem Widerspruch zu einer interkulturellen Medizin, die von sich in Anspruch nimmt, auf die lokale Situation und Kultur Rücksicht zu nehmen.

Nur wenn die gesamte Kultur der *Kichwa* respektiert und das noch vorhandene Wissen auch unter den jungen Menschen verbreitet wird, darf man hoffen, dass sich auch die traditionelle Medizin, was immer sich dann auch letztlich für die indigene Bevölkerung von Loreto selbst darunter verbergen mag, „natürlich“ und frei entfalten kann.

7 Zusammenfassung

Deutsch

International wird die Entwicklung von Strategien zur Verbesserung des desolaten Gesundheitszustandes, in dem sich viele indigene Völker weltweit befinden, als eine zentrale Herausforderung der Medizin gewertet. Eine interkulturelle Öffnung der Medizin wird als mögliche Lösung diskutiert, die Ansätze hierbei differieren jedoch erheblich.

Diese Thematik aufgreifend, wird in dieser Arbeit exemplarisch die gesundheitliche Situation einer bestimmten indigenen Gruppe, nämlich der *Kichwa* - Bevölkerung im Kanton Loreto im Amazonasgebiet des lateinamerikanischen Landes Ecuador, untersucht. Im Zentrum der Untersuchung stand dabei erstens die Frage nach dem lokalen Verständnis von interkultureller Gesundheitsversorgung aus der Sicht sowohl der indigenen Bevölkerung als auch der Vertreter der in der Region tätigen Organisationen sowie des medizinischen Personals. Die zweite Leitfrage der Studie befasste sich mit den konkreten Möglichkeiten und Bedingungen zur Entwicklung kulturell angepasster medizinischer Versorgungsstrukturen in der Region Loreto.

Methodisch basiert die Arbeit auf einer fünfmonatigen medizinethnologischen Feldforschung im Kanton Loreto, wobei verschiedene qualitative Untersuchungsmethoden (teilnehmende Beobachtung speziell in der Gesundheitsversorgung und verschiedene Interviewtechniken) zur Anwendung kamen. Im Rahmen der Feldforschung konnten vier thematische Schwerpunkte für eine interkulturelle Gesundheitsversorgung in Loreto identifiziert werden:

Der erste Punkt ist das Thema „Gesundheit der Frau“, besonders in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt, wobei auch Risikostrukturen identifiziert werden. Außerdem wird die fehlende Resonanz in der indigenen Bevölkerung auf ein kürzlich erbautes Geburtshaus, dem einzigen, explizit als interkulturell klassifizierten Projekt vor Ort, mit Hilfe des lokalen Verständnisses von Schwangerschaft und Geburt analysiert. Dabei spielen auch die Funktionen, die den traditionellen indigenen Hebammen in den Dörfern zukommen, eine entscheidende Rolle.

Einen weiteren thematischen Schwerpunkt stellt *paju* dar. Dieser *Kichwa* -Begriff bezeichnet eine besondere Fähigkeit seines Besitzers bzw. Trägers, welche von den *Kichwa* - Indianern in den Händen lokalisiert wird. Obgleich *paju* im Forschungsgebiet unter anderem ein vielfach genutztes „Hausmittel“ bei den unterschiedlichsten Beschwerden war, erfahren seine Träger in den lokalen Gesundheitsprojekten bzw. auf nationaler und internationaler gesundheitspolitischer Ebene bisher kaum Anerkennung als wichtige Ressource der Gesundheitsversorgung.

Ein dritter Schwerpunkt ist die Rolle und Bedeutung des lokalen Schamanismus, bzw. seiner Vertreter, die von den *Kichwa yachak* genannt werden, was soviel wie „Wissender“ bedeutet. Auf nationaler und internationaler Ebene werden Schamanen, im Sinne der „Förderung“ traditioneller Medizin, oft als Heiler bzw. sogar als indigener Arzt klassifiziert. Betrachtet man jedoch die spezifischen Funktionen und Fähigkeiten der *yachak* im Forschungsgebiet, so ergibt sich ein von dieser Einteilung durchaus abweichendes Bild.

Die Kenntnisse der indianischen Bevölkerung in Bezug auf Heilpflanzen und jüngste Initiativen der lokalen indianischen Organisation FONAKIN, diese systematisch zu erfassen und zu klassifizieren, stellt den vierten thematische Schwerpunkt dar. International gilt die Anwendung von Pflanzen zur Heilung und Linderung von Beschwerden seit Jahrzehnten als typische „traditionelle indigene Medizin“. Im Rahmen der Feldforschung zeigte sich jedoch, dass sich das indigene Verständnis von Heilpflanzen, ihren Wirkprinzipien und Anwendungsformen nur zum Teil mit westlichen Vorstellungen auf diesem Gebiet deckt.

Im Ergebnis konnten mit dieser Studie zum einen gezeigt werden, dass der Begriff „interkulturelle Gesundheitsversorgung“ für die indigene Bevölkerung bisher weitgehend bedeutungslos ist, und selbst die professionell im Gesundheitsbereich Tätigen haben bisher, und trotz erster konkret so identifizierter Initiativen vor Ort, nur eine sehr vage Vorstellung dazu. Darüber hinaus zeigte sich, dass das Schlagwort der „kulturellen Öffnung“ mit Blick auf die Bedürfnisse der Indigenen vor allem mit zwei Aspekten identifiziert werden kann: Erstens, dem Wunsch nach einer qualitativ möglichst hochwertigen und zuverlässig verfügbaren medizinischen Basisversorgung

(einschließlich Geburtshilfe). Zweitens, der Notwendigkeit eines respektvollen Umgangs mit der indigenen Bevölkerung, was die Möglichkeit einer zumindest basalen sprachlichen Kommunikation auf *Kichwa* ebenso einschließt wie den Respekt vor einheimischen medizinischen Ressourcen („Heiler“ wie solche mit *paju*, Schamanen, Heilpflanzen) und regelmäßige Präsenz von medizinischem Personal selbst in abgelegenen Gebieten. Grundsätzlich sind derartige Überlegungen nicht neu und wurden auch im Kontext der WHO - Strategie „*Primary Health Care*“ bereits diskutiert. Die ausdrückliche Betonung der interkulturellen Dimension von Medizin beinhaltet jedoch die Aufforderung, neben der indianischen auch die Seite der medizinischen Institutionen und die darin handelnden Akteure in den Blick zu nehmen. Gerade in deren Bereitschaft und Fähigkeit zur differenzierten Wahrnehmung der komplexen soziokulturellen Aspekte von Medizin und Gesundheitsversorgung in einer Region wie Loreto entscheidet sich, ob eine interkulturelle Öffnung mehr ist als ein neuer, wohlklingender Begriff.

Englisch

Internationally, the development of strategies to improve the desolate state of health in which many indigenous people are worldwide, is considered as one of the central challenges of medicine. An intercultural opening of medical structures is discussed as a potential solution, the ways of approaching this though, vary widely. Raising this topic, this survey investigates the health situation of a definite indigenous group, namely the *Kichwa* - population living in the canton of Loreto in the Amazon Basin of the Latin - American country of Ecuador.

The center of this investigation was firstly the subject of local comprehension of what intercultural health care means from the point of view of the indigenous population as well as the representatives of organisations working in that area and also from the point of view of the medical staff.

Another central question concerns with considering specific possibilities and conditions for developing culturally adapted patterns of medical care in the region of Loreto.

Methodically, this survey is based on a five – month - long medical - antropological field study in the canton of Loreto, during which different methods of investigation

(participant observation especially in health care and different kinds of interview - techniques) had been used.

Within the field study four key aspects of an intercultural health care in Loreto could be identified:

The first core theme is the issue of „woman´s health“ especially in reference to pregnancy and birth, where also risk structures can be identified. Furthermore, the lack of response in the indigenous population to a recently built birth center, which is the only explicitly as intercultural classified project in the area, is analysed, taking the local comprehension of pregnancy and delivery into consideration. Thereby, also the work of the traditional indigenous midwives of the villages plays a crucial part.

An other key aspect is the topic of *paju*. This *Kichwa* - term describes a special skill of it´s „owner“ or „bearer“, which to the *Kichwa* is localised in the hands of a person. Although *paju* is a frequently used as a domestic remedy for all sorts of different discomforts, it´s bearers are not accepted as an important ressource of health care, neither in local health care projects, nor on national and international levels of health policy.

A third focus is on the importance and the meaning of local shamanism, respectively it´s agents, who are called *yachak* by the *Kichwa*, wich translates into „person who knows“. In national an international settings shamans, in terms of „promoting“ traditional medicine, are often considered as healers or even as indigenous physicians. But looking at the specific functions and skills of the *yachak* in the area of investigation, a picture is revealed that quite differs from this classification.

The knowledge of the indigenous population in terms of medical plants and recent initiatives of the local indigenous organisation FONAKIN to systematically list and classify this knowledge, is the fourth key aspect of this survey. In an international context the use of plants to heal and soothe discomforts has been considered as the typical traditional indigenous medicine for decades. However, during the field study it was shown, that the indigenous understanding of medical plants, their active principle and their form of usage only partly coincide with western perceptions of this topic.

As a result this study proofed that the term „intercultural health care“ doesn't have a meaning to the indigenous population so far, and even the people working professionally in the health care sector have, despite some specific local initiatives, only vague ideas concerning this topic exist. Moreover it was shown, that the catchphrase of an „intercultural opening“ by looking at the needs of the Indigenous can above all be identified with two aspects:

First of all, the desire for basic health care (including obstetrics) of high quality that is also reliably available.

Second of all, the necessity of treating the indigenous people with respect, which does include the possibility of at least basic communication in *Kichwa* as well as respecting local medical resources („healers“ such as those with *paju*, shamans, medical plants) and frequent attendance of medical staff even in isolated areas.

In general, considerations of this kind are not new and have been discussed already in the context of the WHO - strategy of „*Primary Health Care*“.

The explicit emphasis of an intercultural dimension of medicine though includes the request to consider not only the indigenous point of view, but also that of the medical institutions and their acting agents

Especially in their willingness and ability to sophisticatedly comprehend the complex socio – cultural aspects of medicine and health care in a region such as Loreto, it will be determined if an intercultural opening will finally be more than a merely new and harmonious sounding term.

8 Literaturverzeichnis

Albán A., Alvarado R.: *Caracterización del Sistema médico indígena: La Medicina Indígena en Archidona*. Unveröffentlichte Studie, Archidona 2004.

Almeida Vinuesa, J. (Hrsg.): *Identidades Indias en el Ecuador contemporaneo*. Pueblos del Ecuador Bd. 4, Cayambe (Ecuador) 1994, Abya - Yala.

Albó Corrons, X.: *Interculturalidad y salud*. In: *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Hrsg. v. G. Fernández Juárez, Quito 2004, Abya - Yala, S. 65 - 75.

Amores, A.: *Descripción y analisis del SCS de Loreto*. Unveröffentlichtes Dokument, Loreto 2004a.

Amores, A.: *Informe de investigación para la Implementación de un Modelo Intercultural de Salud en el Cantón Loreto de la Provincia de Orellana – Ecuador 2004*. Unveröffentlichtes Dokument, Loreto 2004b.

Amores, A.: *Estudio sobre la tuberculosis en el canton Loreto*. Unveröffentlichtes Dokument, Loreto 2006.

Anderson, B.: *Die Erfindung der Nation: Zur Karriere eines erfolgreichen Konzepts*. Frankfurt 2005, Campus.

Ara, A., Machand, B.: *Buscando remedio*. Matagalpa (Nicaragua) 1993.

Auswärtiges Amt (AA): www.auswaertiges-amt.de (letzter Zugriff: Nov. 2007).

Badura B., Feuerstein G.: *Gesundheit und Gesellschaft*. In: *Lehrbuch der Soziologie*. 3. erw. u. überarb. Auflage, Hrsg. v. H. Joas, Frankfurt am Main 2007, Campus, S. 395 – 419.

Baumann, F.: *Schamanismus und Tourismus*. In: *Heiler zwischen den Welten. Transkulturelle Austauschprozesse im Schamanismus Ecuadors*. Hrsg. v. B. Wörrle u. D. Schweitzer de Palacios, Förderverein "Völkerkunde in Marburg" e.V., Reihe Curupira Bd. 15, Marburg 2003, S.145-181.

Baumann, F.: *Veränderungen im Schamanismus des ecuadorianischen Tieflandes. Der Einstieg der Schamanen in das Tourismusgeschäft unter besonderer Berücksichtigung der yachac bei den Quichua*. Magisterarbeit im Fach Völkerkunde, München 1998, Ludwig – Maximilians - Universität.

Bazurco Osorio, M.: *Yo soy más indio que tú. Resignificando la etnicidad*. Bd. 2, Quito 2006, Abya - Yala.

Beer, B., Fischer H.: *Wissenschaftliche Arbeitstechniken in der Ethnologie*. Berlin 2000, Reimer.

Beer, B. (Hrsg.): *Methoden und Techniken der Feldforschung*. Berlin 2003, Reimer.

Benítez, L., Garcés, A.: *Culturas Ecuatorianas. Ayer y hoy*. Quito 1997, Abya - Yala.

Bernard, R. H.: *Research Methods in Anthropology. Qualitative and Quantitative Approaches*. Oxford 2006, Altamira.

Bichmann, W.: *Thesen zur Bedeutung der traditionellen Medizin im Rahmen der Primary Health-Care“-Strategien in Afrika*. Curare 2 (1978), S.11 - 106.

Bichmann, W., Pfeleiderer, B.: *Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethnomedizin*. Berlin 1985, Reimer.

Bichmann, W.: *Traditionelle Medizin und Basisgesundheitsversorgung- eine ethnomedizinische Perspektive*. In: *Krank heilen. Medizinische Entwicklungshilfe und Verdrängung der traditionellen Heilkunde*. Hrsg v. B. Bös und A. Wörthmüller, ASA-Programm der Carl – Duisburg - Gesellschaft e.V., Studien 10, Saarbrücken 1987, Breitenbach, S.63 - 73.

Bös, B., Wörthmüller A. (Hrsg.): *Krank heilen. Medizinische Entwicklungshilfe und Verdrängung der traditionellen Heilkunde*. ASA - Programm der Carl – Duisburg - Gesellschaft e.V., Studien 10, Saarbrücken 1987a, Breitenbach.

Bös, B., Wörthmüller, A.: *Krank heilen - die „dritte Welt“ zum Patienten gemacht. Eine Hinleitung*. In: *Krank heilen. Medizinische Entwicklungshilfe und Verdrängung der traditionellen Heilkunde*. Hrsg v. B. Bös u. A. Wörthmüller, ASA - Programm der Carl – Duisburg - Gesellschaft e.V., Studien 10, Saarbrücken 1987b, Breitenbach, S.11- 37.

Boris, D.: *Soziale Bewegungen in Lateinamerika*. Hamburg 1998, VSA.

Bowen, J.: *Should we have a universal concept of 'indigenous peoples' rights'? Ethnicity and essentialism in the twenty - first century*. *Anthropology Today* 16 (2000), S. 12 - 16.

Bristow F. u. a.: *Health and wellbeing among Indigenous peoples*. London 2003, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Brockmann, A., Reichard, D.: *Schwangerschaft und Geburt im „Zangengriff“ der Medizin*. In: *Weiblichkeit ist keine Krankheit*. Hrsg. v. P. Kolip, Weinheim u. München 2000, S. 58 - 87.

Büschges, C., Pfaff - Czarnecka, J. (Hrsg.): *Die Ethnisierung des Politischen. Identitätspolitik in Lateinamerika, Asien und den USA*. Frankfurt u. New York 2007a, Campus.

Büschges, C., Pfaff - Czarnecka, J.: *Einleitung. Ethnizität als politische Ressource*. In: *Die Ethnisierung des Politischen. Identitätspolitik in Lateinamerika, Asien und den USA*. Hrsg. v. J. Pfaff - Czarnecka, C. Büschges , Frankfurt u. New York 2007, Campus, S.7-19.

Cabodevilla, M. A.: *Coca. La Región y sus Historias*. Pompeya (Ecuador) 1996, Ediciones CICAME.

Calle, R.: *Juridical and sociocultural problems on the definition of a law concerning property, usage and access to genetic resources in Colombia*. J Ethnopharmacol 51 (1996), S 127 – 146.

Cant, S., Sharma, U.: *A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the state*, London 1999, UCL Press.

Cerón, M. C.: *Etnobotánica del Ecuador: estudios regionales*. Quito 1993, Abya – Yala.

Consejo Nacional de Mujeres: *Ley Reformativa de Maternidad Gratuita*. Informationsbroschüre, Quito 1999, Delta.

Constitución Política de la República del Ecuador de 1998. Quelle: <http://pdpa.georgetown.edu/Constitutions/Ecuador/ecuador98.html> (letzter Zugriff: März 2006).

Cropp W. U.: *Im Herzen des Regenwaldes. Bei den Indianern Ecuadors*. München 1989, Frederkin und Thaler.

Crosby, A.: *Ecological Imperialism*. Cambridge 1986, Cambridge University Press.

Cunningham, M.: *Etnia, cultura y salud: La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua*, 2002 <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDD/ETN/MCunninghamConf.pdf> (letzter Zugriff Aug. 2007).

Declaration of Alma Ata. Curare 2 (1978), S. 97 - 99.

Derosé, P. K.: *Network of care: "How latina Immigrants find their way to and through a county hospital"*. Journal of Immigrant Health 2 (2000), S. 79 - 87.

DeWalt K., DeWalt B.: *Participant Observation: A Guide for Fieldworkers*. Lanham (USA) 2001, Altamira.

Diesfeld, H.J. (Hrsg.): *Medizin in Entwicklungsländern. Handbuch zur praxisorientierten Vorbereitung für medizinische Entwicklungshelfer*. Frankfurt am Main 1989, Lang.

Diesfeld, H. J. u. a.: *Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern. Medizinisches Handeln aus bevölkerungsbezogener Perspektive*. Berlin 2001, Springer.

Diesfeld, H. J.: *Gesundheitsproblematik der dritten Welt*. Darmstadt 1989, Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

DINEIB/P.EBI : *Kuri Shimi. Kichwa funcional para hispano hablantes*. Quito 1999, GTZ.

Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (DNSPI): *Equinoccio de septiembre del 2.000*. Quito 2000.

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW): *Datenreport 2007*: <http://www.weltbevoelkerung.de/publikationen/dsw-datenreport.shtml> (letzter Zugriff: April 2007).

Dudziak, R.: *Geschichte der Entdeckung von Curare*. <http://www.regenwaldmenschen.de/deutsch/download/curare.pdf> (letzter Zugriff: Okt. 2007).

Eliade, M.: *Schamanismus und archaische Ekstasetechnik*. Frankfurt am Main 1980, Suhrkamp.

Elwert, G., Alber, E.: *Ethnizität und Nation*. In: *Lehrbuch der Soziologie*. 3. erw. u. überarb. Auflage, Hrsg. v. H. Joas, Frankfurt am Main 2007, Campus S. 267 - 278.

Estrella, E.: *Medicina aborígen. La práctica médica aborígen de la Sierra Ecuatoriana*. Quito 1978, Epoca.

Fierro, B., u. a. (Hrsg.): *El cóndor, la serpiente y el colibrí. La OPS/OMS y la salud pública en el Ecuador del Siglo XX*. Cuenca 2002, OPS/OMS.

Fischer, H. (Hrsg.): *Ethnologie. Einführung und Überblick*. 3. Auflage, Berlin 1992, Reimer.

Fischer, H. : Feldforschung. In: *Ethnologie. Einführung und Überblick*. Hrsg. v. H. Fischer, 3. Auflage, Berlin 1992, Reimer S. 73 – 92.

Flores, J. A.: *Una etnografía crítica de la Medicina Kallawaya como patrimonio integral de la humanidad: procesos de hibridación, turismo étnico y recursos intercultuales en salud en el área de Apolobamba (Bolivia)*. In: *Etnicidad en Latinoamérica: movimientos sociales, cuestión indígena y diásporas migratorias*. Hrsg. v. J. Pujadas u. G. Dietz, Sevilla 2005, El Monte, S. 173 -19.

FONAKIN: *Red de Salud de Loreto*. Tena 2005, Imprimax.

FONAKIN/FONAKISE: *Manual de plantas medicinales y baños de vapor de los kichwas de la Amazonia Ecuatoriana*. Quito 2006, Mariscal.

Franco, J.C.: *Taquinas y cantos de poder. La música de los Kichwas del Alto Napo*. Quito 2005, AH.

Fraser, N.: *Die halbierte Gerechtigkeit*. Frankfurt am Main 2001, Suhrkamp.

Gabriel, L.: *Die Indianisierung der Volksbewegungen in Lateinamerika*. In: *Tierra - indigene Völker, Umwelt und Recht* . Hrsg. v. E. Cech, E. Mader u. S. Reinberg, Wien 1994, S. 65 - 72.

Galeano, E.: *Die offenen Adern Lateinamerikas. Die Geschichte eines Kontinents*. 16. erw. Aufl., Ulm 2002, Peter Hammer.

Gattringer, J: *Community Based Tourism und Ethnotourismus als Entwicklungs - strategien am Beispiel des Tourismusprojektes der OCKIL und des HCPO "Red de turismo comunitario de Huataraco - Suno" in Loreto, Amazonien, Ecuador.* Diplomarbeit im Fach Geographie, Wien 2006.

Geertz, C.: *Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme.* Frankfurt 1983, Suhrkamp.

Greifeld, K. (Hrsg.): *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie.* 3. erw. Aufl., Berlin 2003, Reimer.

Greifeld, K.: *Einführung in die Medizinethnologie.* In: *Rituale und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin.* Hrsg. v. B. Pfeleiderer, K. Greifeld, W. Bichmann, Berlin 1995, Reimer. S.11- 31.

Greifeld, K.: *Susto; Kulturspezifisches Syndrom oder ethnologisches Konstrukt?* In: *Curare* 8 (1985), S. 273 – 288

Gonzales, A., Ortiz de Villalba, J.: *Rio Napo. Realidad amazónica ecuatoriana.* Pompeya (Ecuador)1985, Ediciones CICAME.

Gonzalez, A. u. a.: *Ecologia. Enseñanzas de los Quichuas del Napo.* Quito 1992, Abya - Yala.

González Abad, L.: *Salud intercultural y pueblos indígenas: la experiencia de un programa de salud de atención primaria con comunidades Aguarunas de la selva amazónica es Perú.* In: *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas.* Hrsg. v. G. Fernández Juárez, Quito 2004b, Abya - Yala, S. 75 - 93.

Gordon, R. Jr.: *Ethnologue: Languages of the World.* Dallas 2005, SIL International. <http://www.ethnologue.com> (letzter Zugriff: April 2008).

Guzmán, M. A.: *Para que la yuca beba nuestra sangre. Trabajo, género y parentesco en una comunidad quichua de la Amazonia Ecuatoriana*. Quito 1997, Abya - Yala.

Hauschild, T.: *Krankheit*. In: *Wörterbuch der Ethnologie*. Hrsg. v. B. Streck, Köln 2000, Du Mont, S. 133 - 137.

Hall, G., Patrinos, H: *Indigenous peoples, poverty and human development in Latin America: 1994 - 2004*. <http://web.worldbank.org> (letzter Zugriff: Aug. 2008)

Hoffmann, K. - D.: *Militärherrschaft und Entwicklung in der dritten Welt. Der Fall Ecuador unter besonderer Berücksichtigung des Militärregimes 1972-1979*. In: *Forschungen zu Lateinamerika*. Hrsg. v. P. Waldmann u. a., Saarbrücken 1985, Breitenbach.

Honnefelder, L.: *Screening in der Schwangerschaft: Ethische Aspekte*. Dtsch Arztebl 9 (2000), S. 97.

Honigmann, G.: *Die Krise der Medizin in der literarischen Beleuchtung der letzten Jahre*. In: *Hippokrates* 1 (1928), S. 170 - 180.

Horton, R.: *Indigenous peoples: time to act now for equity and health*. The Lancet 367 (2006), S.1705 - 1707.

Hörbst V.: *Kulturgebundene Syndrome - ein überholtes Modell der Medizin-ethnologie?* Curare 20 (1997), S. 29 - 41.

Hudelson, J. E.: *La cultura quichua de transicion. Su expansión y desarrollo en el Alto Amazonas*. Quito 1987, Abya - Yala.

Humboldt, A. v.: *Reise in die Äquinoktialgegend des Neuen Kontinents*. Hrsg. v. O. Ette, Frankfurt am Main u. Leipzig 1999, Insel Verlag.

Hsu, H. J.: *Incidence of tuberculosis in the hunting tribe E-Lun-Chun in Northeast China*. Pneumologie 44 (1990), S. 453 – 454.

Hsu, E.: *Medical Pluralism*. International Enzyklopedia of Public Health 4 (2008), S.316-32.

Icaza, J.: *Huasipungo*. Madrid 2003, Cátedra.

Iglesias, G.: *Sacha Jambi. El uso de las plantas en la medicina tradicional de los Quichuas del Napo*. Quito 1989, Abya - Yala.

Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC): *La Población Indígena del Ecuador*. Quito 2006, INEC.

Jenkins, R.: *Rethinking ethnicity. Arguments and explorations*, London 1977, SAGE.

Joas, H. (Hrsg.): *Lehrbuch der Soziologie*. 3. erw. u. überarb. Aufl., Frankfurt am Main 2007, Campus.

Juárez Fernández, G. (Hrsg.): *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito 2004a, Abya - Yala.

Juárez Fernández, G.: *Presentación. La llama de Tintín*. In: *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Hrsg. v. G. Fernández Juárez, Quito 2004b, Abya - Yala, S. 9-15.

Juárez Fernández, G. (Hrsg.): *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito 2006a, Abya-Yala.

Juárez Fernández, G.: *Un teléfono de urgencias y... casi perder la fe*. In : *Antropología de la salud y crítica intercultural*. Hrsg. v. G. Fernández Juárez, Quito 2006b, Abya - Yala, S. 9 - 17.

Kaltmeier, O.: *Politische Gemeinschaften und indigener Protest: Anmerkungen zu Ethnizität und Politik in Lateinamerika*. In: *Die Ethnisierung des Politischen. Identitäts-politiken in Lateinamerika, Asien und den USA*. Hrsg. v. J. Pfaff – Czarnecka u. C. Büschges, Frankfurt u. New York 2007, Campus, S. 192 -216.

Kestler, E.: *Maternal mortality in Guatemala: assessing the gap, beginning to bridge it*. World Health Stat Q 48 (1995), S. 28 – 33.

Kimmerling, J.: *Crudo Amazónico*. 2. Auflage, Quito 1993, Abya -Yala.

Kimmerling, J.: *EL derecho del tambor*. Quito 1993, Abya -Yala.

King, S. R., Carlson, T. J., Moran, K.: *Biological diversity, indigenous knowledge, drug discovery and intellectual property rights: creating reciprocity and maintaining relationships*. J Ethnopharmacol 51 (1996), S. 45 – 57.

Klasen, E.M.: *Die Diskussion über eine „Krise“ der Medizin in Deutschland zwischen 1925 und 1935*. Med. Dissertation. Mainz 1984, Universität Mainz.

Kleinmann, A.: *Writing at the Margin: Discourses between Anthropology and Medicine*. Los Angeles 1995, University of California Press.

Knipper, M. u. a.: *Mal aire entre los Naporuna. Enfermedades por viento entre la gente que vivimos a la orilla del río Napo*. Coca 1999, CICAME, FCUNAE, Sandi Yura.

Knipper, M.: Krankheit, Kultur und medizinische Praxis. Eine medizinethnologische Untersuchung zu „mal aire“ im Amazonastiefland von Ecuador. Medizin und Kulturwissenschaft. Bonner Beiträge zur Geschichte, Anthropologie und Ethik der Medizin Bd. 2, Münster 2003a, LIT.

Knipper, M.: *Der „Kollege yachac“*. In: Heiler zwischen den Welten. Transkulturelle Austauschprozesse im Schamanismus Ecuadors. Hrsg. v. B. Wörrle u. D. Schweitzer de Palacios, Förderverein "Völkerkunde in Marburg" e.V., Reihe Curupira Bd. 15. Marburg 2003b, S.129 - 145.

Knipper, M., Wolf, A.: *Methoden und Methodologie medizinethnologischer Forschung*. Curare 27 (2004), S. 61 - 72.

Knipper, M.: *Salud y Etnicidad: La medicina tradicional indigena en la Amazonia ecuatoriana*. Unveröffentlichtes Manuskript, Gießen 2005a.

Knipper, M.: *Self, soul and intravenous infusion: medical pluralism and the concept of samay among the Naporuna in Ecuador*. In: *Multiple medical realities. Patients and healers in biomedical, alternative and traditional medicine*. Hrsg. v. H. Johannessen u. I. Lazar. Oxford u. New York 2005b, Berghahn, S. 238 - 261.

Knipper, M.: *El reto de la "medicina intercultural" y la historia de la "medicina tradicional" indígena contemporánea*. In: *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Hrsg. v. G. Fernández Juárez, Quito 2006a, Abya - Yala, S. 413 - 433.

Knipper, M.: *Indianische Heilkunde im politischen Raum: Die Entwicklung der „traditionellen Medizin“ in Ecuador um die Wende zum 21. Jahrhundert*. In: *Die Ethnisierung des Politischen. Identitätspolitiken in Lateinamerika, Asien und den USA*. Hrsg. v. J. Pfaff - Czarnecka, C. Büschges, Frankfurt u. New York 2007, Campus, S.216 - 284.

Kohl, K. H.: *Ethnologie, die Wissenschaft vom kulturell Fremden*. 2. erw. Auflage, München 2000, C.H. Beck.

Kohn, E.: *La cultura médica de los Runas de la Región Amazónica Ecuatoriana*. Quito 1992, Abya - Yala.

Korneffel, P.: *Von Galapagos nach Amazonien*. Streifzüge durch Ecuador. 2. erw. Auflage, Bad Honnef 2005, Horlemann.

Kroeger, A., Babira - Freedmann, F.: *La lucha por la salud en el alto amazonas y en los andes*. Quito, 1992, Abya - Yala.

Kroeger, A.: *Kranksein in fremden Kulturen: Aufgabe und Dilemma der ethnologischen und sozialmedizinischen Forschung*. Curare 5 (1982), S. 167 - 176.

Köhler, U.: *Schamanismus in Mesoamerika?* In: *Circumpacifica*. Hrsg. v. B. Illius u. M. Laubscher, Frankfurt am Main, New York u. Paris 1990, Peter Lang, S. 257 - 275.

Lacaze, D.: *Experiencias en medicina tradicional y salud intercultural en la Amazonia Ecuatoriana*. www.hum.gu.se (letzter Zugriff: März 2007).

Lachenmann, G.: *Primary Health Care: erster oder zweitbesten Weg zur Gesundheit? Probleme und Widersprüche bei der Umsetzung des Basisgesundheitskonzepts in Entwicklungsländern*. In: *Krank heilen. Medizinische Entwicklungshilfe und Verdrängung der traditionellen Heilkunde*. Hrsg v. B. Bös u. A. Wörthmüller. ASA-Programm der Carl-Duisburg-Gesellschaft e.V., Studien 10, Saarbrücken 1987, Breitenbach, S. 91 - 109.

Licuy, F. P.: *Hierbas Medicinales de la Selva*. Quito 1994, Abya - Yala, ECORAE.

Lunnebach, S.: *Neuere Entwicklung indigener Interessensvertretungen in Ecuador anhand ausgewählter Beispiele*. Magisterarbeit im Fach Völkerkunde, Marburg 2004, Philipps - Universität.

Lux, Th.: *Kulturelle Dimensionen der Medizin*. Berlin 2003, VWB.

Lux, Th. (Hrsg.): *Krankheit als semantisches Netzwerk. Ein Modell zur Analyse der Kulturabhängigkeit von Krankheit*. Berlin 1999, VWB.

Lovecchio, J. L., Glaser, K.: *Amazonia Ecuatoriana. Quichuas del Río Napo*. Quito 2006, Instituto Ecuatoriano de la Propiedad Intelectual.

MacDonald, T.: *Rethinking Health Promotion. A global approach*. London 1998, Routledge.

MacDonald, T.: *Ethnicity and Culture amidst New Neighbors. The Runa of Ecuador's Amazon Region*. Boston 1999, Allyn and Bacon.

Maier, B.: *Gesundheit für Alle, Kolonialisierung für Wenige - Das Dilemma der traditionellen Medizin?* Curare 11 (1988), S. 16 - 206.

Martos Flores, J.: *Una etnografía del „año de provincias“ y de „cuandó no hay doctor“*. *Perspectivas de salud intercultural en Bolivia desde la biomedicina convencional*. In: *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Hrsg. v. G. Fernández Juárez, Quito 2004, Abya - Yala, S. 181 - 213.

Martino E.: *Katholizismus, Magie, Aufklärung: religionswissenschaftliche Studie am Beispiel Südtaliens*. München 1982. Trikont - Dianus.

Mercier, J.: *Nosotros los Napo -Runas. Napu runapa rimay. Mitos e historia*. Iquitos 1979, CETA.

Merson, J.: *Bio - prospecting or bio - piracy: intellectual property rights and biodiversity in a colonial and postcolonial context*. Osiris 15 (2000), S. 282 – 96.

Métraux, A.: *Religion and Shamanism*. In: *Handbook of South American Indians*. Bd 5, Hrsg. v. J.H. Steward, Washington 1949, S. 559 – 599.

Michaux, J.: *Hacia un sistema intercultural de salud en Bolivia. De la tolerancia a la necesidad sentida.* In: *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Hrsg. v. G. Fernández Juárez, Quito 2004, Abya-Yala, S. 107-129.

Micozzi, M. S.: *Culture, anthropology, and the return of "Complementary medicine*. In: *Medical Anthropology Quarterly* 16 (2002), S. 398- 403.

Mideros, R. u. a.: *Las medicinas alternativas a finales del Siglo XX*. In: *El cóndor, la serpiente y el colibrí. La OPS/OMS y la salud pública en el Ecuador del Siglo XX*. Hrsg. v. R. Fierro Benítez u.a., Quito 2002, S. 384 - 389.

Minkner - Bünjer, M.: *Die "Buca(ram)-Demokratie" oder Ekuadors langwieriger Weg aus Legitimitäts- und Wirtschaftskrise*. In: *Lateinamerika. Analysen-Daten-Dokumentation Nr. 37*. Hrsg. v. Institut für Iberoamerikakunde, <http://www1.uni-hamburg.de/IIK/publikat/zeitschr.htm> (letzter Zugriff: März 2006) .

Minkner -Bünjer, M.: *120 Tage Regierung Lucio Gutiérrez. Wende in der Dauerkrise Ekuadors?* In: *Brennpunkt Lateinamerika Nr. 9*. Hrsg. v. Institut für Iberoamerika-Kunde. <http://www1.uni-hamburg.de/IIK/brennpkt/jg2003/bpk0309.pdf> (letzter Zugriff: Jan. 2009).

Moreta, C., Vásquez, M., Zurita, F.: *Causas de la baja cobertura en la atención del parto institucional en el cantón Loreto, Provincia de Orellana en el año 2.003*. Unveröffentlichtes Dokument, Ibarra 2004.

Ministerio de Salud Publica (MSP), ecuadorianisches Gesundheitsministerium, www.msp.gov.ec.

Moya, R. A.: *A decade of bilingual education and indigenous participation in Ecuador*. *Prospects* 20 (1990), S. 331 - 343.

Mücke, U.: *Die unsichtbaren Indios: Ethnizität und Politik in Peru seit der Unabhängigkeit*. In: *Die Ethnisierung des Politischen. Identitätspolitik in Lateinamerika, Asien und den USA*. Hrsg. v. J. Pfaff - Czarnecka, C. Büschges, Frankfurt u. New York 2007, Campus, S. 81 - 105.

Müller, K. E.: *Geschichte der Ethnologie*. In: *Ethnologie, Einführung und Überblick*. Hrsg. v. H. Fischer, 3. Auflage, Berlin 1992, Reimer.

Müller, W.: *Die Indianer Amazoniens. Völker und Kulturen im Regenwald*. München 1995, Beck.

Münzel, M.: *Mittel und Südamerika*. In: *Die Indianer*. Hrsg. v. W. Lindig u. M. Münzel. München 1976, Wilhelm Fink Verlag, S.167- 335.

Münzel, M.: *Die Indianer Mittel und Südamerikas*. München 1985, dtv.

Muñoz Bernand, C.: *Enfermedad, daño e ideología. Antropología médica de los renacientes de Pindilig*. Quito 1986, Abya - Yala.

Muratorio, B.: *Rucuyaya Alonso y la historia social y económica del Alto Napo 1850 - 1950*. 2. Auflage. Quito 1998, Abya - Yala.

Newsletter Ecuador Mai 2006: <http://www.ecuadorline.de/ecuador/newsletter/deutsch/Newsletter200605.htm#a2374> (letzter Zugriff: Mai 2007).

Navarro Campos, R.: *Experiencias sobre salud intercultural en América Latina*. In: *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Hrsg. v. G. Fernández Juárez, Quito 2004b, Abya - Yala, S. 129 - 153.

Oyarce, A. M.: *Política intercultural en salud: elementos de una propuesta*. In: *Memoria del primer encuentro nacional salud y pueblos indígenas: Hacia una política nacional intercultural en salud*. Hrsg. v. WHO, Washington D. C. 1998, S. 56 – 58.
http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/indi_7esp.pdf (letzter Zugriff: Jan. 2009).

Oberem, U.: *Los Quijos. Historia de la transculturación de un grupo indígena en el Oriente Ecuatoriano*. Otavalo 1980, Instituto Otavaleño de Antropología.

Oberem, U.: *Gesellschaftlicher und kultureller Wandel der Gegenwart*. In: *Lehrbuch der Völkerkunde*. Hrsg. v. H. Trimborn, 4. neubearb. Aufl., Stuttgart 1971, S. 385 – 428.

OPS: *Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Interculturalen Salud*. Washington D. C. 1998.

http://www.ops-oms.org/Spanish/AD/THS/OS/indi_7esp.pdf (letzter Zugriff: Aug. 2008).

Pachano, S.: *Politische Parteien und Klientelismus in Ecuador*. In: *Politische Führung in Lateinamerika*. Hrsg. v. W. Hofmeister. Frankfurt am Main 2002, Vervuert.

PAHO: <http://www.paho.org/English/AD/THS/OS/Indig-home.htm> (letzter Zugriff: Feb. 2006).

PAHO: *Traditional, Complementary and Alternative Medicine and Therapies in the Americas: Policies, Plans and Programs. Division of Health Systems and Services Development*. Washington D. C. 2002: www.paho.org/English/AD/THS/OS/INDI43eng.doc (letzter Zugriff: Aug. 2008).

PAHO: *Social determinants and Indigenous health. The International experience and its policy implications*. Adelaide 2007.

Palacio, J. L.: *Los Omaguas en el río Napo*. Pompeya, 1989a, CICAME.

Palacio, J. L.: *Ñucanchic huñai huiñai causai- Nustro pasado. Bajo río Napo ecuatoriano*. Quito, 1989b, FCUNAE.

Palmerlee, D., Grosberg, M., McCarthy, C.: *Ecuador and the Galápagos Islands*. 7. Auflage, London 2006, Lonely Planet Publications.

Patzelt, E.: *Letzte Hoffnung Regenwald*. Augsburg 1996, Bechtermünz.

Peñaherrera de Costales, P., Costales, A.: *Los Quichuas del Coca y el río Napo*. Quito 1969, Universidad Central del Ecuador.

Perreault, T. A.: *Mobilización política e identidad indígena en el alto Napo*. Quito 2002, Abya - Yala.

Pfaff - Czarnecka, J.: *Demokratisierung und Nation - Building in „geteilten Gesellschaften“*. In: *Nation - Building: Ein Schlüsselkonzept für friedliche Konfliktbearbeitung?* Hrsg. v. J. Hippler, Bonn 2004, S.49 – 68.

Pfaffenholz, J., Jarrín, R.: *Kulturschock Ecuador*. 1 Aufl., Fulda 2006, Reise Know - How.

Pfleiderer, B., Greifeld, K., Bichmann W. (Hrsg.): *Rituale und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin*. Berlin 1995, Reimer.

Ramón, G. (Hrsg.): *Actores de una Década Ganada: Tribus, Comunidades y Campesinos en la Modernidad*. Quito 1992, Comunidec.

Rattay, B.: *Susto und Curanderismo - ein holistisches und anpassungsfähiges Medizinmodell*. Curare 24 (2001), S.65 - 79.

Ratzel, F.: *Johann Baptist von Spix*. In: *Allgemeine Deutsche Biographie*. Hrsg. v. der Historischen Kommission der Bayrischen Akademie der Wissenschaften, Bd 35, Leipzig 1893, Duncker & Humblot, S. 231 - 233.

Rehberg, K. - S.: *Kultur*. In: *Lehrbuch der Soziologie*. 3. erw. u. überarb. Auflage. Hrsg. v. H. Joas, Frankfurt am Main 2007, Campus, S. 73 - 107.

Reynolds Whyte, S., Van Der Geest, S., Hardon, A.: *Social Lives of Medicines*. Cambridge 2003, Cambridge University Press.

Roelcke, V.: *Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000? Die Grenzen der Medizin und die Herausforderung durch die Ethnomedizin*. In: *Meilensteine der Medizin*. Hrsg. v. H. Schott, Dortmund 1996, Harenberg, S. 585 - 591.

Roelcke, V.: *„Die Bedeutung der Kulturwissenschaften für die Medizin.“* Universitas. Zeitschrift für interdisziplinäre Wissenschaft. 53 (1998a), S. 881 - 893.

Roelcke, V.: „Medikale Kultur: Möglichkeiten und Grenzen der Anwendung eines Kulturwissenschaftlichen Konzepts in der Medizingeschichte.“ In: *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven*. Hrsg. v. N. Paul u. T. Schlich, Frankfurt am Main u. New York 1998b, Campus, S. 45 – 68.

Roelcke, V.: Kulturen des Todes. Beobachtungen und Theorieansätze aus Ethnologie und Ethnomedizin. In: *Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*. Hrsg. v. T. Schlich u. C. Wiesemann, Frankfurt am Main 2001, Suhrkamp, S. 66 - 81.

Rohr, E.: *Die Zerstörung kultureller Symbolgefüge. Über den Einfluß protestantisch-fundamentalistischer Sekten in Lateinamerika und die Zukunft des indianischen Lebensentwurfs*. München 1991, Eberhardt.

Rohrbach, C.: *Der weite Himmel über den Anden: zu Fuß zu den Indios in Ecuador*. 4. Aufl., München 1996, Frederking und Thaler.

Rosbach de Olmos, L.: *Die Bedeutung traditionellen Wissens indigener Völker über die biologische Vielfalt*. http://www.regenwaldmenschen.de/deutsch/download/trad_wissen_lioba.pdf (letzter Zugriff: Juli 2008).

Rudolph, W.: *Ethnos und Kultur*. In: *Ethnologie. Einführung und Überblick*. Hrsg. v. H. Fischer, 3. Auflage, Berlin 1992, Reimer, S. 57 – 77.

Russel Bernard, H.: *Research Methods in Cultural Anthropology*. Newbury Park (USA) 1988, Sage.

Sáez Calavia, O.: *La barca que sube y la barca que baja. Sobre el encuentro de tradiciones médicas*. In: *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Hrsg. v. G. Fernández Juárez, Quito 2004b, Abya - Yala, S. 169 - 181.

Salomon, F.: *Weavers of Otavalo*. In: *Cultural Transformations and Ethnicity in Modern Ecuador*. Hrsg. v. N. E. Jr. Whitten, Chicago 1981, University of Illinois Press, S. 463 – 492.

Schmall, S.: *Das Ökotourismusprogramm der Organización de Pueblos Indígenas de Pastaza (OPIP) im Amazonastiefland Ecuadors. Ansätze selbstbestimmter Entwicklung einer indigenen Basisorganisation*. <http://dochohost.rz.hu-berlin.de/dissertationen/geographie/schmall-susanne/PDF/Schmall.pdf> (letzter Zugriff: Sept. 2008).

Schmidt - Häuer, C.: *Auf dem Kriegspfad gegen das Öl*. Die Zeit 30 (2007), S. 13.

Schott, Heinz (Hrsg.): *Meilensteine der Medizin*. Dortmund 1996, Harenberg.

Schweitzer de Palacios, D.: *Cambiashun. Las Prácticas médicas tradicionales y sus expertos en San Miguel del Común. Una comuna indígena en los alrededores de Quito*. Bonn 1994, Holos.

Schweitzer de Palacios, D.: *Schamanismus und Globalisierung. Ein ecuadorianischer Schamane bei der Fußballweltmeisterschaft*. <http://journal-ethnologie.inm.de/portal/WebObjects/PortalJE.woa/wa/select?id=180005884&entity=Artikel> (letzter Zugriff: Juli 2008).

Schweitzer de Palacios, D.: *Von Heilern und Fernsehstars. Die yachak von Cotacachi zwischen gestern und heute*. In: *Heiler zwischen den Welten. Transkulturelle Austauschprozesse im Schamanismus Ecuadors*. Hrsg. v. B. Wörrle u. D. Schweitzer de Palacios, Förderverein "Völkerkunde in Marburg" e.V., Reihe Curupira Bd. 15, Marburg 2003, S. 181 - 229.

Schweizer, Th., Schweizer, M., Kokot W. (Hrsg.): *Handbuch der Ethnologie*. Berlin 2003, Reimer.

Silverston - Scher, M.: *Ethnopolitics in Ecuador: Indigenous Rights and the Strengthening of Democracy*. Miami 2002, North South Center Press.

Sevilla, R., Acosta, A.: *Ecuador - Welt der Vielfalt*. Bad Honnef 2005, Horlemann.

Spittler, G.: *Teilnehmende Beobachtung als Dichte Teilnahme*. Zeitschrift für Ethnologie 126 (2001), S. 1 - 25.

Stavenhagen, R.: *Ethnic Conflicts and the Nation-State*. London 1996, Macmillan Press.

Stephens, C.: *Indigenous peoples' health - why are they behind everyone, everywhere?* The Lancet 366 (2005), S.10 - 13.

Stephens, C. u.a.: *Disappearing, displaced, and undervalued: a call to action for Indigenous health worldwide*. The Lancet 367 (2006), S.2019 - 2028.

Steward, J. (Hrsg.): *Handbook of South American Indians*. Washington 1948, Bureau of American Ethnology.

Sterly, J.: *Medizinanthropologie, eine Wissenschaft konstituiert sich*. Mitteilungen der Anthropologischen Gesellschaft in Wien 155 (1985), S. 53 - 64.

Streck, B. (Hrsg.): *Wörterbuch der Ethnologie*. Köln 2000, Du Mont.

Ströh, C.: *Die indigene Bewegung in der Politik Ecuadors: neue Akteure und neuer politischer Stil*. In: *Ecuador - Welt der Vielfalt*. Hrsg. v. R. Sevilla u. A. Acosta, Bad Honnef 2005, Horlemann, S. 81 - 100.

Sylvain, R.: *Land, Water and Truth*. Am Anthropol 104 (2002), S. 1074 – 1085.

Szasz, T.: *The manufacturer of madness*. New York 1970. SUP

Torre, C. de la: *Movimientos étnicos y cultura política en Ecuador*. Iconos 15 (2003), S.62 - 74.

Torre, C. de la: *Ethnic movements and citizenship in Ecuador*. Latin American Research Review 41 (2006), S. 247 - 259.

Treffer, U.: *Weine nicht um den Amazonas, du tankst Texaco*. SZ vom 24.8.2005.

Transparency International: <http://www.transparency.de/Tabellarisches-Ranking.954.0.html> (letzter Zugriff: Juli 2007).

Trotti, J. L.: *Compensation versus colonization: a common heritage approach to the use of indigenous medicine in developing Western pharmaceuticals*. Food Drug Law Journal 56 (2001), S. 367 – 83.

Tylor, E. B.: *Primitive Culture: Research into the Development of Mythology, Philosophy, Language, Art and Custom*. London 1871, J. Murray.

United Nations (UN): *The concept of Indigenous*. In: *Affairs DoEaS. Workshop on Data Collection and Disaggregation for Indigenous Peoples*. Hrsg. v. Secretariat of the Permanent Forum on Indigenous Issues, New York 2004a, UN, S. 1 - 4.

United Nations (UN): *Advanced Unedited Draft Programme of Action for the Second International Decade of the World's Indigenous People*. Genf 2005, UN.

United Nations (UN): *Coordinator of the International Decade of the World's Indigenous People. On the activities of the United Nations system in relation to the Decade*. Genf 2004b. <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N04/405/51/PDF/N0440551.pdf> (letzter Zugriff: Juli 2005).

Uzendoski, M. A.: *The Articulation of Value among the Napo Runa of the upper Ecuadorian Amazonas*. Dissertation, University of Virginia, Virginia 2004.

Uzendoski, M. A.: *El regreso de Jumandy: historicidad, parentesco y lenguaje en Napo*. ÍCONOS 26 (2006), S. 161 - 172.

Vajda, L.: *Zur phaseologischen Stellung des Schamanismus*. In: *Religionsethnologie*. Hrsg. v. C. A. Schmitz. Frankfurt am Main 1964, Akademische Verlagsgesellschaft, S. 265 - 295.

Velimirovic, H., Velimirovic, B.: *The role of Traditional Birth Attendants in Health Services*. Curare 2 (1978), S. 85 - 97.

Velimirovic, B.: *Traditional medicine is not Primary Health Care: A Polemic*. Curare 7 (1984), S. 61 - 79.

Vickers, W. T.: *Cultural Adaptation to Amazonian Habitats: The Siona- Secoya of Eastern Ecuador*. Dissertation, University of Florida, Florida 1976.

Villacrés, V. (Hrsg.): *Bioactividad de las Plantas amazónicas*. Quito 1995, Abya - Yala.

Warren, P. u. a.: *Salud y antropología*. Quito 1994, Abya - Yala.

Wellstein A.: *Kräuter oder Penicillin - eine Alternative? Thesen zum problemorientierten Arzneimitteleinsatz in der Dritten Welt*. Curare 2 (1979), S. 29 - 34.

Whitten, N. E.: *Etnicidad y adaptación de los Quichua Hablantes de la Amazonia Ecuatoriana*. Quito 1987, Abya - Yala.

Whitten, N. E.: *Sacha Runa. Ethnicity and Adaption of Ecuadorian Jungle Quichua*. Chicago u.a. 1976, Illinois Press.

Whitten, N.E.: *Introduction*. In: *Cultural Transformations and Ethnicity in Modern Ecuador*. Hrsg. v. N. E. Whitten, Chicago 1981, Illinois Press.

World Health Organisation (WHO): *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. Health for All Series No.3, Geneva 1981, WHO.

World Health Organisation (WHO): <http://www.who.int/gender/en/> (letzter Zugriff: Okt. 2007).

World Health Organisation (WHO): <http://www.who.int/features/factfiles/women/en/index.html> (letzter Zugriff: Okt. 2007).

World Health Organisation (WHO): *Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6 - 12 Sept. 1987*. Genf 1987, WHO.

World Health Organisation (WHO): *Traditional medicine – growing needs and potential*. In: *WHO Policy Perspectives on Medicine N° 2*, May 2002. Genf 2002a, WHO.

World Health Organisation (WHO): *Traditional Medicine Strategy 2002 - 2005*. Genf 2002b. WHO.

World Health Organisation (WHO): *Traditional Medicine, Fact Sheet N° 134*. Genf 2003, WHO.

World Health Organisation (WHO): *Making a difference in countries. Strategic Approach to Improving Maternal and Newborn Survival and Health*. Genf 2006. http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/StrategicApproach2006.pdf (letzter Zugriff: Okt. 2008).

Wilzeck, C.: *ASA - Abschlussbericht: Bürgerradio und Klimabündnis Ecuador*. Münster 2001. <http://www.asa-programm.de/index.php?lnk=173&sbl=174&prjSuch=1&IndCode=311> (letzter Zugriff: Okt. 2008).

Wimmer, A.: *Kultur, zur Reformulierung eines sozialanthropologischen Grundbegriffs*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 48 (1996), S. 401 - 425.

Wimmer, A.: *Ethnizität*. In: *Wörterbuch der Ethnologie*. Hrsg. v. B. Streck, Köln 2000, Du Mont, S. 53-55

Wolf, E. R.: *Die Völker ohne Geschichte. Europa und die andere Welt seit 1400*. Frankfurt am Main 1986, Campus.

Wobbe, Th., Nummer - Winkler, G.: *Geschlecht und Gesellschaft*. In: *Lehrbuch der Soziologie*. 3. erw. u. überarb. Auflage, Hrsg. v. H. Joas, Frankfurt am Main 2007, Campus, S. 287 - 313.

Wörrle, B.: *Vom Kochen bis zum Schadenszauber. Das Salz bei den Indianern und Mestizen Lateinamerikas*. In: *Münchener Amerikanistik Beiträge Bd. 31*. Hrsg. v. M. Laubscher, I. Gareis u. F. Faust, München 1996, Akademischer Verlag.

Wörrle, B.: *Heiler, Rituale und Patienten*. Berlin 2002, Reimer.

Wörrle, B. u. Schweitzer de Palacios, D. (Hrsg.): *Heiler zwischen den Welten. Transkulturelle Austauschprozesse im Schamanismus Ecuadors*. Reihe Curupira Bd. 15., Hrsg. v. Förderverein "Völkerkunde in Marburg" e.V., Marburg 2003a.

Wörrle, B. u. Schweitzer de Palacios, D.: *Einführung* In: *Heiler zwischen den Welten. Transkulturelle Austauschprozesse im Schamanismus Ecuadors*. Hrsg. v. B. Wörrle u. D. Schweitzer de Palacios, Förderverein "Völkerkunde in Marburg" e.V., Reihe Curupira Bd. 15, Marburg 2003b, S. 7 – 27.

Wörrle, B.: *Wissen, Macht und fremde Federn. Interethnische Heilerbeziehungen in Nordecuador*. In: *Heiler zwischen den Welten. Transkulturelle Austauschprozesse im Schamanismus Ecuadors*. Hrsg. v. B. Wörrle u. D. Schweitzer de Palacios, Förderverein "Völkerkunde in Marburg" e.V., Reihe Curupira Bd. 15, Marburg 2003c.

Wörrle, B.: *Zugang zu biologischen Ressourcen und indigene Partizipation in Ecuador*. Regensburg 2005. www.probenefit.de (letzter Zugriff: Sept. 2008).

Wunschmann, E.: *Carl Friedrich Philipp von Martius*. In: *Allgemeine Deutsche Biographie*. Hrsg. v. der Historischen Kommission der Bayrischen Akademie der Wissenschaften, Bd 20, Leipzig 1884, Duncker & Humblot, S. 517 – 527.

Zamosc, L.: *The Indian Movement in Ecuador: from Politics of Influence to Politics of Power*. In: *The Struggle for Indigenous Rights in Latin America*. Hrsg. v. L. Zamosc, u. N. Postero, Sussex 2004a, Academic Press, S. 131 - 158.

Zamosc, L., Postero, N. (Hrsg.): *The Struggle for Indigenous Rights in Latin America*. Sussex 2004b, Academic Press.

Zerries, O.: *Wild und Buschgeister in Südamerika. Eine Untersuchung jägerzeitlicher Phänomene im Kulturbild südamerikanischer Indianer*. Wiesbaden 1954, Steine.

9 Anhang

9.1 Glossar der Kichwa - Begriffe mit Bezug auf ihre lokale Bedeutung in Loreto

aya: Seele einer verstobenen Person

aya waska: Halluzinogener Trank aus der Lianenpflanze *Banisteriopsis caapi* der besonders von den Tiefland-Schamanen als rituelle Droge benutzt wird.

banco: besonders mächtiger *yachak*

chicha: Getränk aus fermentiertem Maniokbrei, eines der Grundnahrungsmittel der *Kichwa*.

chonta pala: Eine Bosheit, Krankheit oder der Tod, gesendet in Form eines „magischen Pfeils“ (*biruti*) durch einen Schamanen.

maki: Hand

makiyuk: „Derjenige, der die Hand hat.“

paju: Für diesen Begriff existieren verschiedenen Bedeutungen. Er bezeichnet „Fähigkeiten“, „Macht“ und „Kompetenzen“ einer Person, die sich auf die verschiedensten Lebensbereiche, auch auf den medizinischen beziehen können. Hier bezeichnet *paju* dann zugleich die Krankheit, als auch die „Kompetenz“, diese Erkrankung zu heilen.

runa: Mensch, eine Eigenbezeichnung der *Kichwa*

pajuyuk: „Derjenige, der *paju* besitzt.“

sagra: Schlechter, böser *yachak*

samay: Lebenskraft, Atem, Persönlichkeit, bzw. alles was den Menschen während seines Lebens ausmacht

supai: Geist, spirituelles Wesen, bzw. nicht sichtbares Wesen

yachana: wissen

yachak: Wissender, lokale Bezeichnung der *Kichwa* für Schamane

yana: schwarz

9.2 Identifikation der Informanten

Identifikation	Alter	Geschlecht	Heimatort	Quelle	Sonstiges
AM	~45	M	Hochland	Versch.Gesprächsnotizen und Interviews	Mitarbeiter d. FONAKIN
AV	25	M	Hochland	Versch. Gesprächsnotizen und Interviews	Arzt
AL	~50	M	Hochland	Vortrag, Versch. Gesprächsnotizen	Mitarbeiter v. RIOS
BH	~50	M	Verde Sumaco	Interview	Präsident d. Dorfgemeinschaft
C	56	W	Loreto	Versch.Gesprächsnotizen, Fragebogen, Interview	Gesundheitsarbeiterin
CH	~40	M	Cascabel 2	Versch.Gesprächsnotizen	Gesundheitsarbeiter
DO	26	M	Verde Sumaco	Versch.Gesprächsnotizen und Interview.	Gesundheitsarbeiter
DH	32	M	Yumandi	Versch.Gesprächsnotizen, Fragebogen und Interview	Gesundheitsarbeiter
EA	26	M	Hochland	Versch.Gesprächsnotizen,	Arzt
EA	40	W	El Rocio	Fragebogen und Interview	Lehrerin
EU	23	w	Cascabel2	Versch.Gesprächsnotizen, Fragebogen und Interview	Gesundheitsarbeiterin
F	24	m	Hochland	Versch.Gesprächsnotizen	Medizinstudent
FN	~55	m	Loreto	Versch.Gesprächsnotizen, Vortrag	Mitglied im Kantonsrat
FA	29	m	Alli Alpa	Interview	Gesundheitsarbeiter
GT	17	w	Cascabel 2	Versch.Gesprächsnotizen	Schülerin
GO	23	w	Hochland	Versch.Gesprächsnotizen	Krankenschwester
GU	28	m	24 de Mayo	Versch.Gesprächsnotizen und Interview.	Gesundheitsarbeiter

Identifikation	Alter	Geschlecht	Heimatort	Quelle	Sonstiges
J	~36	m	San Francisco	Versch.Gesprächsnotizen und Interviews.	Gesundheitsarbeiter
JA	36	w	Hochland	Versch.Gesprächsnotizen	Mitarbeirin d. FONAKIN
JH	~42	m	Chonta Cocha	Interview, Versch.Gesprächsnotizen	Mitarbeiter d. FONAKIN
JL	49	m	Jumandy Reserva	Interview,	Gesundheitsarbeiter
JR	28	w	Hochland	Versch.Gesprächsnotizen, Vorträge	Hebamme
JU	18	w	Huiruno	Versch.Gesprächsnotizen	Mujer lider
K	~24	m	Cascabel	Versch.Gesprächsnotizen	
M	23	w	Hochland	Versch.Gesprächsnotizen	Hebammenschülerin
MI	50	w	Yumandi	Versch.Gesprächsnotizen	Mujer lider
ML	28	m	Cascabel 2	Versch.Gesprächsnotizen	Mitarbeiter d. FONAKIN
MA	~ 45	m	Cascabel 2	Versch.Gesprächsnotizen	Gesundheitsarbeiter
ME	26	m	Hochland	Versch.Gesprächsnotizen	Arzt
MN	56	w	Huiruno	Versch.Gesprächsnotizen, Fragebogen	Mujer lider
MR	28	w	Huiruno	Versch.Gesprächsnotizen	Krankenschwester
MJ	35	m	San Juan Pio Montufar Centro	Interview	Präsident der Dorfgemeinschaft
MU	~30	m	Loreto	Versch.Gesprächsnotizen	Gesundheitsarbeiter
Mñ	~27	w	Archidona	Versch.Gesprächsnotizen, Vortrag	Mitarbeiter d. FONAKIN
NI	28	w	Hochland	Versch.Gesprächsnotizen	Krankenschwester
NO	29	w	Hochland	Versch.Gesprächsnotizen	MTA
R		m	Chonta Cocha	Versch.Gesprächsnotizen	Gesundheitsarbeiter
RA	~40	m	Coca	Versch.Gesprächsnotizen	Arzt
RL	~36	w	Cascabel 2	Versch.Gesprächsnotizen, Vortrag	Ärztin
RO	23	w	Hochland	Versch.Gesprächsnotizen	Hebammenschülerin

Identifikation	Alter	Geschlecht	Heimatort	Quelle	Sonstiges
RR	~23	m	Verde Sumaco	Interview, Versch.Gesprächsnotizen	Gesundheitsarbeiter
SU	~48	w	Huiruno	Interview, Versch.Gesprächsnotizen	Mujer lider
V	24	w	Hochland	Versch.Gesprächsnotizen	Mitarbeiter d. FONAKIN
WE	32	m	San Ramon	Interview	Gesundheitsarbeiter

**Der Lebenslauf wurde aus der elektronischen
Version der Arbeit entfernt.**

**The curriculum vitae was removed from the
electronic version of the paper.**

9.4 Danksagung

Im Zusammenhang mit dieser Arbeit bin ich vielen Personen zu großem Dank verpflichtet. Mein erster Gedanke gilt dabei Dr. Michael Knipper, Mitarbeiter des *Instituts für Geschichte der Medizin* der *Justus- Liebig- Universität* in Gießen, der dieses Dissertationsprojekt von Anfang an konsequent unterstützt und gefördert hat und auf dessen engagierte und freundschaftliche Betreuung der Arbeit ich in den vergangenen Jahren stets bauen durfte.

Mein Dank gilt auch Frau Prof. Dr. Dr. Juliane C. Wilmanns, ehemalige Direktorin des *Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin* der *Technischen Universität München*, die diese Dissertation im Jahr 2005 vergeben hat.

Ich danke sehr herzlich meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Volker Roelcke, Direktor des *Instituts für Geschichte der Medizin* der *Justus- Liebig- Universität* in Gießen, für die freundliche Unterstützung dieser Arbeit. Ohne die wohlwollende Bereitschaft von Herrn Prof. Roelcke, die Betreuung dieser Dissertation nach dem Tod von Frau Prof. Wilmanns zu übernehmen, hätte dieses Projekt nicht zu Ende geführt werden können.

Dem Deutschen Akademischen Austauschdienst danke ich für die Förderung der Feldforschung in Ecuador.

In Ecuador bin ich Dr. Rosa Alvarado, Ärztin und Präsidentin der FONAKIN, sehr dankbar für die Vermittlung der Kooperation mit der FONAKIN.

Mit großem Dank erinnere ich mich auch an die großzügige Gastfreundschaft und die fachliche Anleitung von Prof. Dr. Antonio Crespo, Direktor des „*Museo Nacional de Medicina Eduardo Estrella*“ und Lehrbeauftragter für Medizingeschichte und Ethik an der Katholischen Universität von Quito.

Für die konkrete Einführung ins Forschungsgebiet sowie für erfrischende Einblicke in die ecuadorianische Mentalität, danke ich Alfredo Amores, lokaler Koordinator und Mitarbeiter von RIOS.

Sehr dankbar bin ich den Menschen von Loreto, dass sie mich an ihrem Leben und ihrer Kultur teilnehmen ließen und für die freundschaftliche Hilfe und persönliche Fürsorge, die mir von vielen Seiten zuteil wurde. Dabei denke ich, stellvertretend für viele andere, auch ganz besonders an die *promotores* Delfin, José und Carmelita, die

auf unseren unzähligen gemeinsamen Fahrten in verschiedene Dörfer nicht müde wurden meine Fragen zu beantworten.

Ein ganz besonderer Dank gilt meinem Freund Alexander, der in Zusammenhang mit dieser Arbeit viel erdulden musste und mich doch stets unterstützte und meiner Familie.