

## 10. Traditionelle Medizin als strategische Ressource in Ecuador. Indianische Heilkunde im Kontext<sup>1</sup>

*Michael Knipper*

### Einleitung

Die traditionelle Medizin der indigenen Bevölkerungsgruppen von Ecuador erlebt seit gut einem Jahrzehnt einen bis dahin nicht gekannten Aufschwung. Selbst VertreterInnen der Ärzteschaft von Universitäten und internationalen Institutionen wie der Panamerikanischen Gesundheitsorganisation (Organización Panamericana de la Salud, OPS)<sup>2</sup> sprechen der traditionellen indianischen Medizin offizielle Anerkennung aus und bezeichnen sie mitunter sogar explizit als ecuadorianische Variante des global boomenden Bereichs der so genannten Komplementär- und Alternativmedizin (vgl. Mideros et al. 2002). Der ecuadorianische Staat wiederum ist mit der reformierten Verfassung von 1998 die Verpflichtung eingegangen, die „traditionelle Medizin“ der indigenen und afroamerikanischen „Völker und Nationen“ des Landes zu schützen und nach Möglichkeiten zu fördern (Constitución 1998).<sup>3</sup> Dabei ist Ecuador im internationalen Vergleich keinesfalls ein Sonderfall, wie nicht zuletzt der im November 2007 in der peruanischen Hauptstadt Lima zelebrierte „Weltgipfel“ (*Cumbre Mundial*) der „traditionellen, Alternativ- und Komplementärmedizin“ demonstrierte (vgl. Gonzales et al. 2008). Veranstalter waren u. a. die Nationale Peruanische Ärztekammer – die auch als Gastgeberin in ihren repräsentativen Räumlichkeiten fungierte – und die Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Ein anderes Bild zeigt sich auf der Ebene der alltäglichen Krankenbehandlung. Hier scheint die Bedeutung traditioneller Heilerinnen und Heiler gerade in indigenen Gruppen eher ab- als zuzunehmen. Wie eigene Feldforschungen im Tiefland von Ecuador sowie andere Untersuchungen z. B. im andinen Hochland übereinstimmend zeigen, tendieren Angehörige indigener Gruppen bei akuten Beschwerden – im Anschluss an die Selbsthilfe durch „Hausmedizin“ – zunächst dazu, ins Krankenhaus zu gehen oder andere biomedizinische Angebote

- 
- 1 Ohne die Initiative von Bernhard Wörrle wären dieser Text und die gesamte Sektion nicht zustande gekommen. Herzlichen Dank dafür, sowie für diverse Anregungen und das kritisch-konstruktive Feedback zu diesem Aufsatz.
  - 2 Die OPS ist die regionale Untergliederung der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization) für Nord- und Südamerika; zu ihrer wechselvollen Geschichte vgl. Cueto 2007.
  - 3 Die Verpflichtung des Staats auf die Anerkennung und Förderung von „traditioneller“ und Alternativ- sowie Komplementärmedizin wurde bei der jüngsten Verfassungsreform (2008) übernommen (s. u.).

in Anspruch zu nehmen (Knipper 2003a; Wörrle 2002).<sup>4</sup> Untersuchungen aus anderen lateinamerikanischen Ländern wie Peru oder Bolivien zeigen ein ähnliches Bild (vgl. Abad González 2004; Calavia Sáez 2004; Flores 2005).

Die gegenwärtige Situation der traditionellen Medizin erscheint also in gewisser Weise paradox: Der großen offiziellen Aufmerksamkeit, Anerkennung und Förderung steht eine zumindest zweifelhafte Bedeutung für die medizinische Versorgung der indigenen Bevölkerung gegenüber. Zusätzlich kompliziert wird die Situation durch ein weiteres Paradox, und zwar in Hinblick auf das Aufgabenspektrum und den Tätigkeitsbereich derjenigen, die in der Regel als die wichtigsten RepräsentantInnen der „traditionellen indianischen Medizin“ angesehen werden (DNSPI 2000: 15; Vega 2007): Die oft auch als „Schamanen“ bezeichneten *yachak* (bei den Kichwa sprechenden Gruppen), *uwishines* (bei den Ethnien Shuar und Achuar) oder *yagé unjuki* und *inti paki* (Secoya) besitzen im Allgemeinen nur eine vergleichsweise geringe Kompetenz für die Behandlung kranker Menschen.<sup>5</sup> Zwar berührt der ausgesprochen vielfältige Tätigkeitsbereich dieser sowohl im innerethnischen als auch nationalen Vergleich sehr heterogenen Gruppe indigener Experten *auch* die Themen Krankheit und Gesundheit. Aber ihre zentrale und über alle Differenzen hinweg regelmäßig zu beobachtende Kompetenz liegt v. a. darin, mit den teilweise personifizierten Kräften des Jenseits (Geistern, Ahnen) in Kontakt zu treten, um diese in ihrem Sinne zu beeinflussen sowie um nach Erklärungen für z. B. rätselhafte Erkrankungsfälle oder -verläufe, Todesfälle oder andere Arten von Unglück zu suchen (vgl. Knipper 2003a; Wörrle 2002; Wörrle & Schweitzer de Palacios 2003). Krankheitsereignisse spielen hier durchaus eine wichtige Rolle, ebenso aber auch andere vom Individuum oder einem sozialen Kollektiv (Familie, Dorfgemeinschaft) als bedrohlich empfundene Krisensituationen. Eine im engeren Sinne „therapeutische“ Tätigkeit, die spezifisch auf die Behandlung der individuellen Erkrankung fokussiert wäre, ist dagegen nicht charakteristisch. So ist es wenig verwunderlich, dass AutorInnen ohne spezifisch medizinisches Interesse die Bedeutung zum Beispiel der *yachak* v. a. im sozialen oder spirituellen Bereich lokalisieren (vgl. z. B. Macdonald 1999; Uzendoski 2000; Whitten 1987). Das Thema „Krankheit“ spielt in den Beschreibungen und Analysen dieser AutorInnen eine eher marginale Rolle. Ähnliches ist aus dem andinen Hochland und von anderen ethnischen Gruppen bekannt.

Wie sind vor dem hier skizzierten Hintergrund nun der gegenwärtige Aufschwung und die breite Anerkennung der v. a. mit den *yachak* identifizierten traditionellen indianischen Medizin in Ecuador zu verstehen? Allein mit Blick auf die krankheitsbezogenen Wissensbestände und Praktiken, auf indigene Krank-

---

4 Als „Biomedizin“ bezeichne ich hier die an den Naturwissenschaften und insbesondere an der Biologie orientierte „Schulmedizin westlicher“ Herkunft.

5 Diese Aufzählung indigener medizinischer „ExpertInnen“ folgt einer Broschüre der Nationalen Direktion für Gesundheit der Indigenen Völker (Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas/DNSPI) im Gesundheitsministerium von Ecuador (DNSPI 2000: 15).

heitskonzepte, Heilpflanzen und rituelle Praktiken sind diese Widersprüche nicht aufzulösen. Ganz im Sinne der grundlegenden thematischen Ausrichtung des vorliegenden Bands ist es notwendig, die traditionelle Medizin im heutigen Ecuador *im Kontext* weiterer soziokultureller Prozesse zu analysieren. Dabei sind v. a. zwei Entwicklungen im gesellschaftlichen und politischen Umfeld der traditionellen Medizin in Betracht zu ziehen: Zum einen ist dies der seit einigen Jahren zu beobachtende, weltweite Aufschwung der Komplementär- und Alternativmedizin, der in seiner globalen Dynamik auch Ecuador erfasst hat. Zum anderen betrifft das die gesellschaftlichen Bewegungen zur Emanzipation der indianischen Bevölkerung, die in Ecuador und anderen (wenngleich nicht allen) Ländern Lateinamerikas seit den 1990er Jahren zu substantziellen Veränderungen der politischen Landschaft geführt haben (vgl. Büschges & Pfaff-Czarnecka 2007; Grey Postero & Zamosc 2006; Smith 2007).<sup>6</sup> Kaum ein offizielles Dokument, welches in den vergangenen Jahren zur traditionellen Medizin in Ecuador veröffentlicht wurde, verzichtet auf einen Hinweis auf zumindest einen dieser Aspekte, um die Legitimation der traditionellen Medizin und die Notwendigkeit ihrer offiziellen Anerkennung und Förderung zu begründen (vgl. Knipper 2007). Es erscheint daher sinnvoll, die derzeitige Situation des medizinischen Pluralismus in Ecuador im Geflecht der verschiedenen, hier relevanten Einflussfaktoren zu analysieren, womit gleichzeitig auch eine perspektivische Öffnung in Richtung (medizin)historischer und politologischer Forschungsansätze verbunden ist.

### **Traditionelle Medizin als „strategische Ressource“**

Um die Dynamik der politischen, sozialen und kulturellen sowie wirtschaftlichen Einflussfaktoren auf die Entwicklung der traditionellen Medizin indianischer Gruppen im heutigen Ecuador erfassen zu können, soll diese Form der Medizin im vorliegenden Beitrag als „Ressource“ betrachtet werden, die von verschiedenen AkteurInnen genutzt wird, um Ziele zu erreichen, die nicht in den Bereich des Medizinischen fallen, die also nicht unmittelbar mit der Behandlung kranker Menschen in Verbindung stehen.

Bereits in den 1970er Jahren hat Paul U. Unschuld (1975) zur vergleichenden Analyse „medizinischer Systeme“ in Asien einen derartigen Ansatz formuliert, wobei er „medizinische Wissensbestände, Fähigkeiten, Drogen“ etc. als „primäre Ressourcen“ definierte, über die Menschen Zugang zu materiellen oder nicht materiellen Gütern – wie z. B. Geld oder Sozialprestige – erhielten. Letztere bezeichnete er wiederum als „sekundäre Ressourcen“. Libbet Crandon-Malamud (1991) hat diesen Ansatz später bei Forschungen zum Patientenverhalten im medizinischen Pluralismus in Bolivien angewendet. Sie zeigte, dass die

---

6 Die Situation in Peru, wo indigene Bewegungen bis auf einige Ausnahmen im Amazonastiefland weitgehend unbekannt sind, unterscheidet sich beispielsweise deutlich von der in den Nachbarländern Ecuador und Bolivien (vgl. dazu García 2005; Mücke 2007).

Präferenz für eine spezifische therapeutische Option – z. B. indianische Aymara-Medizin oder eine konventionelle Krankenhausbehandlung – im Kontext der von ihr untersuchten pluriethnischen Siedlung am Titicacasee in soziokulturelle Aushandlungsprozesse um ethnische Identität und soziale Gruppenzugehörigkeit eingebunden war. Im ebenso komplexen wie dynamischen Geflecht sozialer und ethnischer Abgrenzungen und Hierarchien im bolivianischen Andenhochland vermittelte die Auswahl einer der verschiedenen in Kachitu (so der fiktive Name der von Crandon-Malamud untersuchten Stadt) im Krankheitsfall verfügbaren Interpretationsmuster und Handlungsoptionen den Zugang zur „sekundären Ressource“ Identität.<sup>7</sup> Die Bedeutung unterschiedlicher Arten der Interpretation und Behandlung von Erkrankungen als Medium in kulturellen Identifikationsprozessen wurde anschließend auch in Ländern wie Peru und Ecuador beschrieben (vgl. Greenway 2003; Price 2003).

Im hier vorliegenden Text soll der Blick nun jedoch nicht auf PatientInnen und ihre Angehörigen im therapeutischen Prozess gerichtet werden, sondern v. a. auf die AnbieterInnen (HeilerInnen, SchamanInnen etc.) und alle anderen AkteurInnen (z. B. im politischen Bereich), die außerhalb konkreter Erkrankungssituationen ein wie immer geartetes Interesse an traditioneller Medizin entwickeln und diese nutzen, um Ziele jenseits der Bewältigung konkreter Krankheitssituationen zu erreichen. Die hier zugrunde liegende These ist, dass – parallel zu Crandon-Malamud (1991: ix) – die zunehmende Anerkennung von traditioneller Medizin indianischer Gruppen (nicht nur) in Ecuador, und die sich daraus für die diversen AkteurInnen (HeilerInnen, Staat, PatientInnen etc.) ergebenden Handlungsspielräume, auf anderen als medizinischen Gründen beruhen, und zwar insbesondere auf ihrem gegenwärtig großen Potenzial als „primäre Ressource“ zur Erlangung von Zielen politischer und ökonomischer Art. Dieses Potenzial erklärt sich weitgehend aus dem *Kontext* und nicht aus der traditionellen Medizin *an sich* bzw. dem, was von unterschiedlichen AkteurInnen derzeit mit diesem Ausdruck bezeichnet wird. Denn weder „Heil“-Pflanzen und andere im Krankheitsfall angewendete Substanzen noch die von *yachak* oder anderen „HeilerInnen“ ausgeübten rituellen Handlungen oder die mit Erkrankungen assoziierten Begriffe entsprechen ja notwendigerweise der Kategorie „Medizin“.<sup>8</sup> Diese Deutung und ihre Bewertung hängen vielmehr von den Vorannahmen, dem Vorverständnis und den Interessen der beteiligten AkteurInnen und eventuell BeobachterInnen ab, die einem kontinuierlichen Wandel unterworfen sind. So bemerkte bereits in den 1960er Jahren der Bonner Ethnologe Udo Oberem (1980: 273) in seiner Arbeit über die Quijos am Ostabhang der ecuadorianischen Anden, dass die Frage, ob man diejenigen, die Zerries (1961: 369) als „Zentrum

---

7 Zum spezifischen Kontext Boliviens und der wechselvollen Geschichte indianischer Bewegungen und Identität dort vgl. z. B. Ströbele-Gregor 1994; Grey Postero 2006.

8 Vgl. Knipper 2003b sowie die im afrikanischen Kontext formulierte Kritik an „medizinischen“ Deutungsmustern gegenüber indigenen Wissensbeständen und Praktiken bei Whyte 1989; Pool 1994; zur Notwendigkeit der Historisierung medizinischer Grenzbeziehungen vgl. Roelcke 1998.

des religiösen Lebens im weitesten Sinne des Wortes“ bezeichnet hat, nun „Hexe/Hexer“, „HeilerInnen“ oder „SchamanInnen“ nannte, von den „Kriterien oder der affektiven Haltung“ des Beobachters abhängen. Und genau in diesen Punkten, bei den Beurteilungskriterien und der „affektiven Haltung“ weiter und einflussreicher Kreise bezüglich der *yachak*, *uwishines* und anderen indigenen ExpertInnen sowie Praktiken und Wissensbeständen, ist in den vergangenen Jahren ein substanzieller Wandel zu verzeichnen, der interessierten AkteurInnen eine Vielzahl neuer, strategischer Handlungsoptionen eröffnet.

Im Falle der traditionellen Medizin indianischer Gruppen in Ecuador sollen im Folgenden drei Formen einer strategischen Nutzung für Ziele jenseits konkreter Therapie und Krankenbetreuung unterschieden und diskutiert werden, die allerdings in der sozialen Wirklichkeit eng miteinander verwoben sind: erstens als *ökonomische Ressource* zur Erzielung von Einkünften. Zweitens als *politische Ressource* im Kontext der „Ethnisierung des Politischen“ (Büschges & Pfaff-Czarnecka 2007) infolge der bereits angesprochenen indianischen Emanzipationsbewegungen. Die dritte Form ist schließlich die einer strategischen Nutzung von traditioneller Medizin als *gesellschaftlich-administrative Ressource* zur Legitimation z. B. von indigenen Praktiken und sozialen Institutionen, die anders als über die Kategorie „Medizin“ offenbar keine (oder geringere) staatliche bzw. gesellschaftliche Anerkennung erhalten (z. B. die *yachak*). Den AnbieterInnen von komplementär- und alternativmedizinischen Verfahren bietet sich dagegen die Chance, im Kielwasser der traditionellen indianischen Medizin ihr institutionelles Nischendasein im Schatten der Biomedizin zu beenden. Weshalb suchen und erhalten SchamanInnen heute eine Arbeitserlaubnis von den Gesundheitsbehörden und nicht z. B. vom Kulturministerium? Weshalb bieten Gesundheitsprojekte, die explizit mit dem Ziel einer Verbesserung der medizinischen Versorgung indianischer Gruppen initiiert und gefördert werden, Bachblütentherapie, Osteopathie und Biomagnetismus an?

## **Traditionelle Medizin und Politik in Ecuador**

Bevor genauer auf die verschiedenen Arten der Nutzung von traditioneller Medizin als „strategische Ressource“ eingegangen werden kann, ist der Kontext zu klären, in dem diese überhaupt derartige Wirksamkeiten entfalten kann. In kurzen Zügen sollen daher zunächst die für die indigene Bevölkerung relevanten Aspekte der politischen Entwicklung Ecuadors seit den 1990er Jahren skizziert werden. Dabei soll der Fokus nicht allein auf den Verhältnissen in dem kleinen, aber sowohl in geographischer als auch soziokultureller Hinsicht außerordentlich heterogenen Land zwischen Kolumbien im Norden und Peru im Süden und Osten verharren, sondern ebenso auf relevante Zusammenhänge auf globaler Ebene gerichtet werden. Denn internationale Institutionen (wie im medizinischen Bereich die WHO) und transnationale Verflechtungen z. B. zwischen indigenen

Organisationen verschiedener Länder Lateinamerikas spielen für die gegenwärtig in Ecuador zu beobachtenden Wandlungsprozesse eine maßgebliche Rolle.

Ein Wendepunkt der jüngeren Geschichte Ecuadors war die mit einer Verfassungsreform von 1996 erfolgte, offizielle Anerkennung Ecuadors als „plurikultureller“ und „multiethnischer“ Staat (Constitución 1996: Art. 1). Inhaltlich erschöpfte sich dieses Bekenntnis allerdings zunächst in der bereits vorher bestehenden Anerkennung der indigenen Sprachen als „nationales Erbe“.<sup>9</sup> In der nur zwei Jahre später verabschiedeten und substantiell neu ausgearbeiteten Verfassung von 1998 wurde der multiethnische Charakter des Landes jedoch wesentlich konkreter gefasst, u. a. indem den verschiedenen indigenen „Nationen und Völkern“ und der afroamerikanischen Bevölkerung kollektive Rechte zugestanden wurden (ebd.: Art. 84), etwa in Hinblick auf die Bewahrung und Förderung ihrer kulturellen Identität und Traditionen, einschließlich der traditionellen Medizin (ebd.: Art. 84,12). Außerdem schreibt der zur „Sektion 4, Gesundheit“ zugehörige Artikel 44 die „Anerkennung, Respektierung und Förderung der traditionellen und alternativen Medizinformen“ fest (im Original: „reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa“; ebd.). In der ansonsten grundlegend revidierten Verfassung von 2008 sind diese Punkte mit nur leichten Änderungen im Vokabular übernommen worden (Constitución 2008: Art. 57,12 bzw. zum Gesundheitsbereich die Art. 360, 362 und 363), ergänzt um „Interkulturalität“ als einem ansonsten nicht näher definierten Grundprinzip für die Gesundheitsversorgung (ebd.: Art. 358).

Die Verfassungsreformen von 1996 und 1998 waren ohne Zweifel Erfolge der indigenen Emanzipationsbewegungen (*movimiento indígena*), deren massive Proteste Anfang der 1990er Jahre eine nachhaltige „Ethnisierung“ des politischen und gesellschaftlichen Lebens des Landes einleiteten: Nachdem die indigene und afroamerikanische Bevölkerung im politischen Diskurs lange Zeit unsichtbar und von gesellschaftlicher Partizipation weitgehend ausgeschlossen war, wurde Ethnizität innerhalb weniger Jahre zu einer positiv besetzten Kategorie von erheblichem politischem Gewicht. Erstmals in der Geschichte galten *indígenas* nicht mehr – wie bis weit ins 20. Jahrhundert hinein – als Fremde im eigenen Land, die allenfalls als passives Objekt staatlicher Politik und Verwaltung wahrgenommen und entsprechend behandelt wurden. Plötzlich führten indigene Organisationen den landesweiten Protest gegen neoliberale Wirtschaftsreformen an. Nicht selten marschierten SchamanInnen an der Spitze der Demonstrationzüge und zelebrierten auf offener Straße ihre Rituale (vgl. Schweitzer de Palacios 2003; Wörrle & Schweitzer de Palacios 2003: 14 f.). In den Jahren 1997 bis 2003 waren die indigenen Organisationen maßgeblich am Sturz diverser Regierungen beteiligt und artikulierten den Protest wesentlich

---

9 Die verschiedenen, im heutigen Staatsgebiet Ecuadors sukzessive gültigen Verfassungen von der Kolonialzeit bis 1998 finden sich auf der Website der Bibliothek des spanischen Instituto Cervantes: <http://www.cervantesvirtual.com/portal/constituciones>, Abruf: 8.5.2009.

breiter Bevölkerungsschichten (vgl. de la Torre 2003; Zamosc 2006). Die 1986 gegründete Föderation der indigenen Organisationen des Landes CONAIE<sup>10</sup> wurde zu einer der machtvollsten und einflussreichsten indigenen Organisationen Lateinamerikas und mit Nina Pakari als Außenministerin und Luis Macas als Landwirtschaftsminister übernahmen 2003 schließlich zwei der wichtigsten Köpfe des *movimiento indígena* für kurze Zeit sogar bedeutende Regierungsämter (Regierung unter Präsident L. Gutierrez, 2003–2005). Aus Indio als Synonym für (oft rassistisch definierte) Andersartigkeit, Rückständigkeit und Armut war in den 1990er Jahren somit aus dem sprachlich leicht modifizierten Begriff *indígena* eine wichtige, politisch und gesellschaftlich bedeutungsvolle Ressource geworden. „*Yo soy mas indio que tu*“ (zu Deutsch: „Ich bin mehr Indio als du“), dieser Titel einer Studie zur Redefinition indigener Identität in der ecuadorianischen Küstenregion, bringt die plötzliche Attraktivität indianischer Ethnizität treffend zum Ausdruck (Bazurco Osorio 2006).

Auch vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Aufwertung des Indianischen stellt sich jedoch die Frage, wie diese ethnische Kategorie überhaupt zu definieren ist und wer sich als *indígena* identifiziert bzw. auf diese Weise identifiziert oder – im Rahmen einer statistischen Erhebung – gezählt wird. Das nationale Institut für Statistik von Ecuador nennt allein für den Zeitraum zwischen 1990 und 2004 sieben unterschiedliche Erhebungen, in denen der Anteil der indianischen Bevölkerung zwischen 3,8% und 43% schwankt (INEC 2006: 19). In der gegenwärtigen Situation Ecuadors zeigt sich in beinahe überraschender Deutlichkeit der soziale Charakter ethnischer Identität: Selbst- wie Fremdentifikation als *indígena* sind instabile Ergebnisse sozialer Aushandlungsprozesse (vgl. Jenkins 1997; Wimmer 1996), deren Dynamik zusätzlich verschärft wird in Zeiten, wo indianische Kultur und Identität eine v. a. politisch und ökonomisch wertvolle Ressource darstellen (zur ökonomischen Dimension vgl. z. B. Wilson 2003). Selbst auf lokaler Ebene ist umstritten, wer „Indianer“ ist und die „indianische Welt“ repräsentieren kann oder darf, und wer dies letztendlich zu entscheiden hat. Neben Aspekten wie Sprache oder Herkunft kommt dabei auch der traditionellen Medizin eine bemerkenswerte Bedeutung als Symbol indianischer Ethnizität zu, die durch ein zweites Phänomen zusätzlich verstärkt wird: den ebenfalls in den vergangenen Dekaden erfolgten globalen Aufschwung der so genannten Komplementär- und Alternativmedizin.

---

10 Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (Konföderation der indigenen Nationen von Ecuador), vgl. offizielle Website: <http://www.conaie.org>. Zu ihrer politisch-gesellschaftlichen Bedeutung vgl. v. a. Zamosc 2006.

## Der globale Boom der Komplementär- und Alternativmedizin

Neben dem politischen hat sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten auch der medizinische Kontext für traditionelle Medizin indigener Gruppen substantiell verändert. Die Akzeptanz für medizinische Theorien und Behandlungsformen jenseits der Biomedizin ist heute eine andere als noch in den 1980er oder 1990er Jahren. Von einer generellen Anerkennung so genannter alternativ- oder komplementärmedizinischer Therapieformen v. a. innerhalb der institutionell etablierten Schulmedizin kann zwar auch heute noch nicht die Rede sein.<sup>11</sup> Seit den 1990er Jahren zeigt sich jedoch auf globaler Ebene eine stark angewachsene Aufmerksamkeit und Anerkennung „nichtwestlicher“ Medizinformen auch im ärztlichen Bereich und in formal etablierten medizinischen Institutionen und konventionellen Universitäten. So verfolgt die Weltgesundheitsorganisation inzwischen eine systematische Strategie zur Förderung von Komplementär- und Alternativmedizin, die auch alle global verfügbaren Formen traditioneller Medizin einschließt (WHO 2002a; 2002b). Entgegen früheren Initiativen etwa aus den 1970er und 1980er Jahren steht das Interesse an traditionellen Medizinformen dabei allerdings nicht mehr im Zusammenhang mit *Primary Health Care* und dem expliziten Ziel einer nachhaltigen, lokal angepassten Gesundheitsversorgung in den „Entwicklungsländern“ (vgl. Bannerman 1983; WHO 1978; sowie kritisch Maier 1987; Sommerfeld 1985). Heute geht es der Weltorganisation eher um eine Regulierung des wachsenden globalen Markts nach den Prinzipien „Sicherheit, Qualität und Effizienz“ (WHO 2002a: 2). Auf der Basis naturwissenschaftlich fundierter Methoden und Bewertungsmaßstäbe soll der Zugang zu „sicheren und effektiven TM-Therapien“ gefördert werden, sowie ihr „rationaler Gebrauch“ (ebd.). Eine ähnliche Politik verfolgen Institutionen wie die US-amerikanischen National Institutes of Health (NIH), die u. a. die weltweit wichtigste biomedizinische Datenbank PubMed/Medline unterhalten und in den 1990er Jahren institutionelle Bereiche für Komplementär- und Alternativmedizin eröffneten. Auch namhafte medizinische Fakultäten der USA haben bereits entsprechende Ausbildungsmodule eingerichtet (vgl. Gaster et al. 2007) und renommierte Wissenschaftsverlage gründeten Fachzeitschriften für diesen Sektor, die von den Impactfaktoren her inzwischen sogar für AutorInnen aus dem medizinischen Mainstream interessant geworden sind.<sup>12</sup>

Auch in Ecuador und den Andenländern hat sich die Sammelkategorie „traditionelle, Komplementär- und Alternativmedizin“ (TCAM) inzwischen breit durchgesetzt. Aktuelle Programme z. B. des Gesundheitsministeriums sowie Projekte und Publikationen diverser Institutionen vermitteln heute den Ein-

---

11 Zur Geschichte des medizinischen Pluralismus sowie zur Herkunft und den vielfältigen Bedeutungen von Schlüsselbegriffen wie „Schulmedizin“ oder „Alternativmedizin“ vgl. z. B. Bivins 2007; Cant & Sharma 1999; Jütte 1996; Whorton 2002.

12 Vgl. Oxford University Press: eCam (evidence-based Complementary and Alternative Medicine); Mary Ann Liebert Inc.: The Journal of Alternative and Complementary Medicine; BMC: BMC Complementary and Alternative Medicine.

druck einer beinahe natürlichen, wie selbstverständlich erscheinenden Assoziation von traditioneller Medizin indianischer Gruppen mit jeder Art von Komplementär- und Alternativmedizin (vgl. Gonzales et al. 2008; Mideros et al. 2002; Mignone et al. 2007). Organisierte man im Jahr 2000 noch „Begegnungen“ zwischen beiden Bereichen (vgl. Wörrle 2002: 350), hat sich daraus mit den Jahren eine fest institutionalisierte Beziehung von Verfassungsrang entwickelt: Diverse Gesundheitsprojekte und Krankenhäuser bieten heute „traditionelle“ oder „andine Medizin“ gemeinsam mit Homöopathie, Osteopathie und anderen alternativmedizinischen Verfahren an, in Kursen und Kongressen zur TCAM findet sich diese Konstellation ebenso wie im Zuständigkeitsbereich der Nationalen Direktion für die Gesundheit der indigenen Völker im Gesundheitsministerium (DNSPI): Neben der „überlieferten Medizin der Nationalitäten und Völker“ von Ecuador befasst sich die DNSPI auch mit allen „anderen“ Medizinformen außerhalb der Biomedizin,<sup>13</sup> namentlich „Homöopathie, chinesische Akupunktur, Naturheilkunde, Synergetiktherapie,<sup>14</sup> Biomagnetismus und Bachblütentherapie“ (DNSPI 2009).

Die Auffassung von einem quasi natürlichen Monopol der naturwissenschaftlichen Medizin, die weltweit alle anderen Formen und Wissensbestände zum Umgang mit Krankheit verdrängen oder ersetzen würde, stellt sich heute eher als eine der vielen Utopien und Fehleinschätzungen aus den mittleren Jahrzehnten des gerade vergangenen Jahrhunderts dar. Der aktuelle Aufbruch beinhaltet dabei vielfältige Perspektiven für AnbieterInnen all jener Leistungen, die einerseits in die breiter werdende Kategorie „Medizin“ passen und sich andererseits explizit von der jetzt „traditionell modern“ erscheinenden, naturwissenschaftlich orientierten Schulmedizin abgrenzen. Dabei stellen sich jedoch mindestens zwei analytische Fragen: erstens nach den in diesen Dynamiken sich entwickelnden Veränderungen von Begriffsbedeutungen, Wahrnehmungsweisen, Wissensbeständen und Praktiken; und zweitens nach den kulturellen, konzeptionellen und substanziellen Austauschbeziehungen und Wechselwirkungen zwischen den ja allein auf einer rhetorischen Ebene klar voneinander getrennten Medizinbereichen, die außerdem einen gemeinsamem historischen Kontext teilen – und einen gemeinsamen Markt.

---

13 Die Schlüsselbegriffe lauten im spanischen Original: „*Medicinas Ancestrales de Nacionalidades y Pueblos*“ sowie „*Otras Medicinas: Alternativa, Complementaria y Tradicional*“. Die zentrale von der DNSPI angegebene Referenz in diesem Bereich ist WHO 2002a (mit direktem Link).

14 Die „Synergetiktherapie“ wurde in den 1990er Jahren von dem deutschen Physikingenieur und ehemaligen BKA-Mitarbeiter Bernd Joschko (geb. 1951) kreiert und propagiert Selbstheilung durch „Innenweltsurfen“; vgl. einschlägige Websites und Utsch 2004.

## **Traditionelle Medizin als ökonomische Ressource**

Der Begriff Ressource wird in der Regel in ökonomischen Zusammenhängen genutzt und auch für die Medizin macht diese Verwendungsweise Sinn: Medizinisches Handeln dient oft – wenn auch nicht stets und meist wohl auch nicht ausschließlich – ökonomischen Zielen. Für die AnbieterInnen diagnostischer und therapeutischer Leistungen ist Medizin oft ein Broterwerb und dient mehr oder weniger unmittelbar der Erzielung von Einkünften. Die verschiedenen Arten von Medizin unterscheiden sich darin nicht grundsätzlich, insbesondere wenn der Begriff Ökonomie nicht allein mit Geldwirtschaft und kapitalistischer Wirtschaftsweise in Verbindung gebracht wird, sondern in einem breiteren Sinne mit Subsistenz und dem sozialen Austausch von Werten, Gütern und Dienstleistungen. Auch in Gesellschaften ohne oder mit nur schwach ausgeprägter Geldwirtschaft haben Heilbehandlungen im weitesten Sinne eine ökonomische Bedeutung und werden im Sinne reziproker Sozial- und Austauschbeziehungen entlohnt. HeilerInnen erhalten eine Gegenleistung und diese ist sogar oft für die Bewertung (und „therapeutische Wirkung“?) der durchgeführten Handlungen von essenzieller Bedeutung. Ökonomische, soziale und kulturelle Aspekte sind dabei untrennbar und auf vielfältige Arten miteinander verbunden.

Die Bedeutung von traditioneller Medizin als ökonomische Ressource ist also weder neu noch ungewöhnlich. Die gegenwärtige Situation in Ecuador ist daher nur graduell anders als bisher, aber auch graduelle Unterschiede können mit wachsendem Ausmaß erhebliche Konsequenzen haben. Mit dem gestiegenen Interesse an „indianischer Medizin“ als Teil der multikulturell-globalen Komplementärmedizin ist das ökonomische Potenzial von traditioneller Medizin in Ecuador erheblich gewachsen. In der Tourismusindustrie lässt sich bereits seit längerer Zeit eine starke Instrumentalisierung des Schamanismus beobachten, wobei neben der „spirituellen“ stets auch die alternativmedizinische Dimension der entsprechenden Angebote betont wird. Skurriler Höhepunkt war die vom Tourismusministerium finanzierte Reise eines Tieflandschamanen zur Fußballweltmeisterschaft 2006 in Deutschland, der mit Jaguarfellen und Papageienfedern geschmückt u. a. die Stadien „segnete“ und von schlechten Einflüssen „reinigte“, in denen die ecuadorianische Nationalmannschaft schließlich mit überraschendem Erfolg ihre Spiele absolvierte (vgl. Schweitzer de Palacios 2008).

Wesentlich stärkere ökonomische Impulse als die Tourismusindustrie setzt inzwischen jedoch der Gesundheitsbereich. Mit der zunehmenden Anerkennung von traditioneller Medizin durch die Gesundheitsbehörden und die Einbindung von traditionellen HeilerInnen in Gesundheitsprojekte entsteht derzeit ein regelrechter Arbeitsmarkt für entsprechend qualifizierte SchamanInnen und andere traditionelle SpezialistInnen. Die Dynamik und die Folgen dieser noch relativ jungen Entwicklungen sind im Detail noch offen und hängen von den konkreten Bedingungen und den handelnden Personen ab. Es gibt jedoch deutliche Hinweise, dass sich auch hier das Angebot an der Nachfrage orientiert und sich die

AkteurInnen an die Erwartungen und Interessen von ArbeitgeberInnen und KundInnen (bzw. PatientInnen) anpassen. Die traditionelle Medizin ist je nach Kontext eine andere, in einer medizinischen Institution oder auf dem freien Markt mit weitgehend anonymen KundInnen eine andere als im ursprünglichen sozialen Umfeld des Heilers/der Heilerin.

Ein Beispiel ist der indianische „Heiler“ Don Iturbídez<sup>15</sup> aus einer weit abgelegenen indianischen Siedlung im Amazonastiefland, mit dem ich Ende der 1990er Jahre für einige Zeit in engem Kontakt stand (vgl. Knipper 2007: 220–222): Don Iturbídez war in seiner Heimat, einer abgelegenen indianischen Siedlung im Amazonastiefland, als machtvoller *yachak* bekannt und gefürchtet. Ihm eilte der Ruf voraus, über große Fähigkeiten zur Erklärung von schweren Krankheitsfällen, unerwarteten Todesfällen und Unglücken anderer Art zu verfügen. Er war wiederholt mit Hexereivorwürfen konfrontiert und hatte dafür auch bereits einige Zeit in Polizeigewahrsam verbracht. In einigen Situationen war er allerdings auch in der Lage, Kranke in einem engeren Sinne „medizinisch“ zu behandeln und zu „heilen“, denn er besaß die entsprechende Gabe (*paju*), was nicht bei allen *yachak* der Fall ist (vgl. Knipper 2003a: 202–213). Für ausgewiesene Heilpflanzenkenntnisse war er in seiner Heimatregion jedoch nicht bekannt. Dennoch reiste er – ausgestattet mit einem offiziellen Zertifikat als *hierbatero* („Pflanzenheilkundiger“) – in unregelmäßigen Abständen in eine Stadt im Hochland, um dort seine Dienste als „traditioneller Heiler“ anzubieten und Heilpflanzen aus dem Tiefland zu verkaufen. Zwar führte er auch im Hochland *Aya-waska*-Rituale durch, dies war in jener Zeit allerdings noch illegal und allein unter dem Label „Heilpflanzenkundiger“ konnte er seine Tätigkeit im Hochland legal ausführen (vgl. auch Wörrle 2004: 121 ff.). Nur fern der Heimat war Don Iturbídez also ein „traditioneller Heiler“ im Sinne offizieller Definitionen wie etwa von der WHO (2002a; 2002b), die primär an Kräuterkundige denken als an lokale ExpertInnen zur Kommunikation mit – und Manipulation von – Geistern und Totenseelen.

### **Traditionelle Medizin als politische Ressource**

Auch im politischen Bereich kann schließlich eine Nutzung von traditioneller Medizin als „strategische Ressource“ beschrieben werden für Ziele jenseits – im engeren Sinne – gesundheitsbezogener Fragen. Denn im Kontext des Aufstiegs der indigenen Bewegungen in Ecuador und einigen Nachbarländern wurde traditionelle Medizin zu einem wichtigen Zeichen indianischer Ethnizität, welches als identitätsstiftendes Symbol sowohl nach innen wirkte, in die heterogene indigene Bewegung hinein, als auch nach außen, also auf die nichtindianische Mehrheitsbevölkerung (vgl. Knipper 2007).

---

15 Name geändert.

Ähnlich der Situation in Asien, wo die politische Bedeutung ethnisch oder national definierter Medizinformen seit Mitte des vergangenen Jahrhunderts bekannt ist,<sup>16</sup> lässt sich auch in Ecuador v. a. in den Jahren um die Jahrtausendwende eine stark politisch eingefärbte Rhetorik in den Stellungnahmen und Publikationen zur traditionellen Medizin nachweisen. Die Anerkennung der indianischen Medizin wird dabei zugleich als Folge und Illustration der politischen Emanzipation dargestellt: Dank der indigenen Bewegungen sei die traditionelle Medizin aus dem Schatten der „westlichen“ Medizin getreten. Nicht zu Unrecht werden etwa die Aufnahme der traditionellen Medizin in die Reihe der den indigenen Völkern und Nationen verfassungsmäßig garantierten Rechte von 1998 sowie die Einrichtung der Nationalen Direktion für Gesundheit der Indigenen Völker im Gesundheitsministerium 1999 als Erfolge der indigenen Bewegungen dargestellt. Selbst in Dokumenten der Pan American Health Organisation (z. B. PAHO 1996) finden sich entsprechende Stellungnahmen. Gleichzeitig dient die traditionelle Medizin als greifbarer Beleg für die Ebenbürtigkeit der „indianischen Kultur“ und als sichtbares Zeichen für die in der „Überlieferung“ verankerten „Errungenschaften“ der indianischen Nationen in den Bereichen „Wissenschaft, Technologie und Organisation“ (DNSPI 2000: 12).

Für die indianischen Bewegungen und ihre RepräsentantInnen eröffnet die traditionelle Medizin verschiedene politische Optionen: Zum einen ist sie ein brauchbares ethnisches Symbol zur „sozialen Schließung“ (Wimmer 1996) der eigenen Reihen. Denn außer in Zeiten von Massenprotesten und Aufständen ist die Autorität der politischen indianischen Organisationen und ihres Führungspersonals keineswegs unumstritten. Die traditionelle Medizin bietet positive Identifikation jenseits individueller Personen und politischer oder regionaler Gruppierungen, und gleichzeitig kann die Schaffung eigener administrativer Strukturen (z. B. die DNSPI) als Zeichen des Erfolgs politisch instrumentalisiert werden. Die Erfolge der indigenen Bewegung werden greifbar und ethnische Identität als politische Kategorie gewinnt an Plausibilität.

Zum anderen ist traditionelle Medizin ein besonders geeignetes Feld zur politisch-gesellschaftlichen Interaktion zwischen indigenen Bewegungen auf der einen, Staat und Gesellschaft auf der anderen Seite: Traditionelle Medizin ist – insbesondere in ihrer Wahrnehmung als Komplementär- und Alternativmedizin – für große Teile der nichtindianischen Gesellschaft Ecuadors attraktiv und oft sogar nützlich. Auch die Mitglieder der Mittel- und Oberschicht profitieren z. B. von der Legalisierung des Schamanismus und gehören nicht selten sogar zu deren wichtigsten KundInnen. Ferner ist die Förderung der traditionellen Medizin ein dankbares Handlungsfeld für den Staat: Im Gegensatz zu den ebenfalls verfassungsmäßig garantierten Landrechten geraten Staat und indigene Gruppen hier nicht in Konflikt, sondern können auf eine vergleichsweise harmonische Art

---

16 Der Medizinhistoriker Henry E. Sigerist wies bereits 1945 auf die politische Bedeutung etwa von Ayurveda und Unani-Medizin im Zusammenhang mit Unabhängigkeit und nationaler Identität bemühten Staat Indiens hin (Sigerist 1945); vgl. außerdem Alter 2005; Unschuld 2003.

und Weise aktiv werden und politische Zeichen setzen. Während die Landfrage dort, wo Bodenschätze im Spiel sind, weithin allein im Interesse des Staats behandelt wird, kann dieser durch Zertifikate für SchamanInnen und die Schaffung von Institutionen wie der DNSPI politisches Handeln „für die Indianer“ demonstrieren und sogar konkrete Ergebnisse vorweisen.

### **Traditionelle Medizin als gesellschaftlich-administrative Ressource**

Warum hatte Don Iturbidez es nötig, seine Aktivitäten im Hochland unter dem Label *hierbatero* zu verstecken? Weshalb bilden SchamanInnen im Hochland seit Ende der 1990er Jahre Berufsverbände und veranstalten gemeinsame, öffentliche Rituale, obgleich sie eigentlich sehr individuell arbeiten und im Alltag eher GegnerInnen und KonkurrentInnen sind als durch gemeinsame Interessen verbundene „KollegInnen“? Aus welchem Grund beantragt schließlich eine Gruppe sehr heterogener indianischer AkteurInnen, die sich mit Schadenszauber, Liebeskummer, Erkrankungen und ökonomischen Problemen ihrer KlientInnen befassen, ein Zertifikat vom Gesundheitsministerium, das sie als „medizinische“ ExpertInnen ausweist? Warum beantragen sie nicht im Justiz- oder Innenministerium eine offizielle Zulassung, weshalb nicht in den Ressorts Wirtschaft oder Kultur?

Für Don Iturbidez war das Zertifikat als Pflanzenheilkundiger die einfachste und wohl auch einzige Möglichkeit, seinen spezifischen Kompetenzbereich von der nichtindianischen Administration seiner Heimatprovinz im Amazonastiefland anerkennen zu lassen. Als *yachak* war ihm das gegen Ende der 1990er Jahre dort noch nicht möglich gewesen. Während im Hochland bereits die ersten *Yachak*-Verbände gegründet wurden und sich um eine legale Anerkennung ihrer Mitglieder als „traditionelle HeilerInnen“ bemühten (vgl. Wörrle 2002), galten Leute wie er im Osten des Landes noch als suspekt. Schamanismus wurde hier noch primär mit „Aberglaube“, „Hexerei“ und Schadenszauber in Verbindung gebracht. Verschiedene *yachak* – unter ihnen auch Don Iturbidez – wurden von der Polizei und/oder den Angehörigen vermeintlicher Opfer verfolgt, einige mussten fliehen, andere wurden sogar getötet.<sup>17</sup>

Vor dem Hintergrund, dass die spezifischen Kompetenzen und Handlungsweisen von indigenen AkteurInnen wie den *yachak* für Außenstehende kaum adäquat zu begreifen sind, war die Kategorie „traditioneller Heiler/traditionelle Heilerin“ (oder „Medizinmann“) stets ein vergleichsweise positiv bewertetes Deutungsmuster im interkulturellen Kontakt, seit den Zeiten der Conquista (vgl. Austin Alchon 1995; Quevedo et al. 2007). Auch ohne ein tieferes Verständnis für die Denk- und Handlungsweisen der indigenen Bevölkerung ermöglichte die

---

17 Während meiner Feldforschung in Ecuador 1997 bis 1999 erfuhr ich von drei gewaltsamen Todesfällen und hatte engen Kontakt zu einem wegen verschiedener ihm zugeschriebener Todesfälle geflüchteten *yachak*.

Wahrnehmung indigener Praktiken und PraktikerInnen als eine Art Volksmedizin eine zumindest oberflächliche Interaktion, die außerdem auch einen praktischen Nutzen hatte. Im aktuellen Kontext der sowohl auf politischer als auch medizinischer Ebene gewachsenen Anerkennung „indianischer Medizin“ als lokale Variante der globalen Komplementär- und Alternativmedizin wird diese Kategorie nun zusätzlich zu einer bedeutsamen gesellschaftlich-administrativen Ressource. Denn als traditionelle Medizin sind die indigenen Praktiken nicht nur verständlich, sondern über diese Kategorie erhalten die vormals ausgegrenzten AkteurInnen eine auf andere Weise nicht zu erreichende Legitimation. Nur wer sich als *yachak* um ein Zertifikat der Gesundheitsadministration bemüht, hat die Möglichkeit, von der neuen Politik und der wachsenden Nachfrage nach traditioneller Medizin zu profitieren.

Aber nicht nur den *yachak* und anderen AkteurInnen aus dem indigenen Spektrum eröffnet die gegenwärtige Situation neue Handlungsspielräume. Auch die AnbieterInnen diverser Formen von Komplementär- und Alternativmedizin profitieren erheblich von der jetzt positiven Bewertung von traditioneller indianischer Medizin und damit indirekt von den politischen Erfolgen der indigenen Bewegungen in den 1990er Jahren. Denn bis heute werden Institutionen wie die DNSPI und Strategien zur offiziellen Einbindung und Institutionalisierung von TCAM mit der vergleichsweise schlechteren medizinischen Versorgung und schlechteren Gesundheitsindices der indigenen Bevölkerung legitimiert. Ob aber Kurse in Akupressur für indigene GesundheitsarbeiterInnen in Amazonien oder in Biomagnetismus und Osteopathie im Andenhochland einen nachhaltigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung der lokalen Bevölkerung zu leisten vermögen, ist zumindest fraglich.<sup>18</sup> Zumal die NutzerInnen der TCAM in der Regel nicht aus den unterprivilegierten Schichten der indigenen Bevölkerung wohl möglich abgelegener Regionen der Anden oder Amazoniens stammen, sondern eher aus der ethnisch vielfältigen und v. a. urbanen Mittel- und Oberschicht.

## **Konsequenzen**

Im Hinblick auf die Konsequenzen aus den beschriebenen Prozessen lassen sich verschiedene Trends beobachten, die zumindest zu einem gewissen Teil eng verbunden sind mit den veränderten Wahrnehmungsmustern, Bewertungsmaßstäben und Interessen bezüglich traditioneller Medizin in Ecuador seit etwa den 1990er Jahren. Denn als Vehikel zur Erreichung ökonomischer, gesellschaftlich-administrativer oder politischer Ziele sowie als offiziell anerkannte therapeutische Alternative zur Biomedizin verändert sich traditionelle Medizin – bzw. das, was unter diesem Begriff jeweils verstanden wird – auf eine charakteristische

---

18 Amazonien: eigene Beobachtung am Rio Napo, Ecuador, März 1998. Andenhochland: Beobachtung von Lena Lange, Marburg/Gießen, während ihrer Feldforschung in Riobamba 2008/2009, herzlichen Dank!

Art und Weise: Ein Beispiel ist der oben vorgestellte Schamane Don Iturbidez, der im Hochland eine wesentlich stärker medizinisch-therapeutisch ausgerichtete Tätigkeit entfaltete als im heimatlichen Umfeld am entlegenen Rio Napo.

Die Betonung der therapeutischen Aspekte indigener Wissensbestände und Praktiken sowie ihre Integration in den strukturellen Kontext medizinischer Institutionen führen zu einer deutlichen Medikalisierung (vgl. Flores 2008; Knipper 2003a: 36 ff.): Aus einem komplexen Divinationsritual andiner SchamanInnen mithilfe eines über den Körper des leidenden Menschen geführten Meerschweinchens wird im „alternativen Gesundheitszentrum“ einer indianischen Organisation eine „Röntgenaufnahme mit Meerschweinchen“ (*radiografía con cuy*; Wörrle 2002: 298), und aus dem *yachak* „ein traditioneller Arzt/eine traditionelle Ärztin“.

Ferner fördert die Reduktion auf *materia medica* und spezifische, in Kursen erlernbare Techniken ein sehr essenzialistisches Verständnis von traditioneller Medizin: Objekte, Begriffe und ritualisierte Handlungsweisen werden aus dem soziokulturellen Kontext, in dem sie als selbstverständliche Elemente alltäglichen Handelns entstanden sind und praktiziert wurden, bzw. bis heute noch praktiziert werden, herausgelöst und auf eine biomedizinischen Medikamenten, Verfahren und Institutionen vergleichbare Bedeutung reduziert. Indigene Wissensbestände und Praktiken waren zwar nie statisch und entwickelten sich – ebenso wie indigene Kultur ganz allgemein – in stetem Austausch und Auseinandersetzung mit anderen Arten der Heilkunde und Lebensformen (vgl. z. B. Schweitzer der Palacios & Wörrle 2003). Im Rahmen der aktuell zu beobachtenden Prozesse scheinen sich jedoch die soziokulturellen und strukturellen Entwicklungen von traditioneller Medizin auf der einen Seite und der (im weitesten Sinne) indianischen Bevölkerungsgruppen auf der anderen zu entkoppeln. Die realen Lebensverhältnisse, Denk- und Handlungsweisen weiter Teile der indigenen und ländlichen Bevölkerung scheinen für die aktuelle Entwicklung der traditionellen Medizin in Ecuador zunehmend irrelevant zu werden.

Sehr deutlich wird diese Entwicklung z. B. in Projekten wie der von indigenen Verbänden geplanten, bisher allerdings nicht zustande gekommenen Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Interkulturellen Universität Amawtay Wasi<sup>19</sup>. In dieser Universität sollten „interkulturelle ÄrztInnen“ sowohl eine vollständige biomedizinische Ausbildung erhalten, als auch „Theorien und Praktiken“ der indianischen Medizin erlernen und „Methoden und Praktiken“ der Alternativmedizin wie Akupunktur, Homöopathie, Neuraltherapie und andere (ICCI 2001: 50). Reale Praxis sind hingegen Kurse z. B. in der inzwischen staatlich anerkannten Universität Jatun Yachay Wasi in der Nähe der andinen Provinzhauptstadt Riobamba, die sich auch als Centro Superior de Sabiduría Ancestral bezeichnet (übersetzt etwa: „Höhere Schule für überliefertes Wissen“).<sup>20</sup>

---

19 Vollständiger Name: Universidad Intercultural de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas „Amawtay Wasi“; vgl. ICCI 2001.

20 Vgl. <http://www.jatunyachaywasi.edu.ec/index.html>. Ein erneuter Dank an Lena Lange für diese Informationen.

Hier besuchen vorwiegend Mestizen und jüngere *indígenas* Kurse in „andiner Medizin und überliefertem Wissen“ und befassen sich darin sowohl mit Astrologie und Irisdiagnostik als auch mit andiner Pflanzenheilkunde und „Kosmographie“. Und wenn „interkulturelle Gesundheitszentren“ primär an touristisch interessanten Orten eingerichtet werden, wie Flores (2005) es eindrücklich aus Bolivien beschreibt, und mehrsprachiges Werbematerial anbieten mit „Tourismuspaket der Gesundheit mit Sauna, Medizinschwimmbad und Aromatherapie“<sup>21</sup>, gewinnt die Nutzung von traditioneller Medizin als „ökonomische Ressource“ zunehmend den Charakter einer reinen Kommerzialisierung. Traditionelle Medizin wird zur Ware.

Es gibt also deutliche Hinweise auf eine zunehmende Angleichung der von offizieller Seite mit traditioneller indianischer Medizin identifizierten Praktiken, PraktikerInnen und Wissenbestände, zumal dies auch das explizite Ziel der Politik z. B. der WHO in diesem Bereich ist, und der von ihr beratenen bzw. sich auf die WHO explizit beziehenden Institutionen wie der DNSPI: „Sicherheit, Qualität und Effizienz“ sowie ein „rationaler Gebrauch“ durch zertifizierte „HeilerInnen“ (WHO 2002a, 2002b). Die „Förderung“ der traditionellen Medizin bedeutet somit gleichzeitig Kontrolle, Selektion und Reduktion auf jene Aspekte, die – um erneut die Worte Udo Oberems zu verwenden – den Beurteilungskriterien und der „affektiven Haltung“ der an dieser Form einer institutionalisierten traditionellen Medizin interessierten AkteurInnen.

Aus der mit diesen Entwicklungen einhergehenden Säkularisierung der indianischen Medizin bzw. der krankheitsbezogenen Praktiken indianischer „HeilerInnen“ folgt jedoch nicht, dass auch die soziokulturellen und spirituellen Denkmuster, Wahrnehmungsweisen und Bedürfnisse von PatientInnen und HeilerInnen an Bedeutung verlieren würden. Allein aufgrund strategischer Beschlüsse der Gesundheitsadministration oder entsprechend gestalteter Lizenzierungsbedingungen für akkreditierte HeilerInnen, die auf eine „rationale“ Praxis der traditionellen Medizin verpflichtet werden, vergessen weder diese noch die PatientInnen ihre Fragen nach dem Ursprung, Sinn und tieferer Bedeutung von Krankheit, Leiden und Tod. Und das Beispiel von Don Iturbídez hat bereits darauf hingewiesen, dass dieser *yachak* auch als lizenziertes Kräuterheiler weiterhin Rituale mit der halluzinogenen Droge *aya waska* durchführte. Auch war er weiterhin bereit und in der Lage, z. B. in Auseinandersetzungen mit und über Schadenszauber aktiv einzugreifen. Daher stellt sich die nur durch weitere ethnographische Forschung sinnvoll zu bearbeitende Frage nach den Reaktionen, die auf diese Impulse zur Vereinheitlichung und Medikalisierung folgend werden, sowie nach den damit verbundenen Prozessen sozialen, kulturellen und institutionellen Wandels – innerhalb und außerhalb von Biomedizin und TCAM.

---

21 Flyer in deutscher Sprache des „alternativen Gesundheitszentrums“ Jambi Huasi in Otavalo, Ecuador, von 2005.

## Resümee

Um die aktuelle Situation der traditionellen Medizin in Ecuador adäquat verstehen zu können, ist es notwendig, die konkreten Verhältnisse, AnbieterInnen, NutzerInnen und Praktiken an einem Ort oder in einer ethnisch definierten Gruppe im historischen und regionalen Kontext zu analysieren. Nie war das, was verallgemeinernd als traditionelle Medizin bezeichnet oder verstanden wird, homogen und im Zeitverlauf stabil. Im Geflecht der aktuellen Dynamiken auf politischer und v. a. medizinischer Ebene, in denen ein monolithisches Verständnis von traditioneller Medizin als ethnisch identifizierte Komplementär- und Alternativmedizin weite Beachtung findet, erhält die Frage nach dem *Kontext* jedoch eine vorher in diesem Ausmaß nicht gekannte Bedeutung. Rasche Veränderungen im politischen Feld führen dazu, dass sich die Situation im Jahre 2009 bereits deutlich anders darstellt als noch zehn oder gar fünf Jahre zuvor, zumal der Einfluss der indigenen Bewegungen mit dem Regierungsantritt des linksgerichteten Präsidenten Rafael Correa 2007 deutlich zu sinken scheint. Noch anders ist die Situation in den Nachbarländern Bolivien, Kolumbien oder – wie gezeigt – in Peru, wo indianische Bewegungen bisher jenseits einzelner Amazonasprovinzen kaum politischen Einfluss entwickeln konnten.

Im Kontext von Politik und globalem Medizinmarkt bieten sich den AnbieterInnen von traditioneller Medizin vielfältige Handlungsoptionen und dem Bereich der indigenen Wissensbestände und Praktiken in Zusammenhang mit Krankheit und Gesundheit sehr unterschiedliche Entwicklungsmöglichkeiten. Um diese zu analysieren, bedarf es in jedem Einzelfall differenzierter ethnographischer Studien, wobei u. a. die Frage zu stellen ist, ob, wie und von wem traditionelle Medizin möglicherweise als strategische Ressource genutzt wird.

## Literatur

- Abad González, Luisa (2004). Salud intercultural y pueblos indígenas: la experiencia de un programa de salud de atención primaria con comunidades Aguarunas de las selva amazónica en Perú. In: Fernández Juárez, Hg., Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito, Abya-Yala: 75–92
- Alter, Joseph S., Hg. (2005). Asian Medicine and Globalization. Philadelphia, University of Philadelphia Press.
- Austin Alchon, Suzanne (1995). Tradiciones médicas nativas y resistencia en el Ecuador colonial. In: Marcos Cueto, Hg., Saberes Andinos. Ciencia y tecnología en Bolivia, Ecuador y Perú. Lima, IEP – Instituto de Estudios Peruanos: 15–36.
- Bannerman, Robert H., John Burton & Ch'en Wen-Chieh, Hg. (1983). Traditional medicine and health care coverage. Geneva, World Health Organisation.
- Bazurco Osorio, Martín (2006). „Yo soy más Indio que tú“. Resignificando la etnicidad; exploración teórica e introducción étnica en las comunas de la península de Santa Elena, Ecuador. Quito, Abya-Yala.
- Büsches, Christian & Joanna Pfaff-Czarnecka, Hg. (2007). Die Ethnisierung des Politischen. Identitätspolitik in Lateinamerika, Asien und den USA. Frankfurt am Main, Campus.

- Calavia Sáez, Oscar (2004). La barca que sube y la barca que baja. Sobre el encuentro de tradiciones médicas. In: Fernández Juárez, Hg., *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito, Abya-Yala: 169–180.
- Constitución (1996). Constitución Política del Ecuador de 1996. Center for Latin American Studies, Georgetown University, Political Database of the Americas.
- (1998). Constitución Política del Ecuador de 1998. Center for Latin American Studies, Georgetown University, Political Database of the Americas.
- (2008). Constitución Política del Ecuador de 2008. Center for Latin American Studies, Georgetown University, Political Database of the Americas.
- Crandon-Malamud, Libbet (1993). *From the fat of our souls. Social change, political process, and medical pluralism in Bolivia*. Berkeley, University of California Press.
- Cueto, Marcos (2007). *The value of health. A history of the Pan American Health Organization*. Washington, Pan American Health Organization
- De la Torre, Carlos (2003). „Movimientos étnicos y cultura política en Ecuador.“ *ÍCONOS. Revista de Ciencias Sociales* 15: 62–74.
- DNSPI (2000). Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas DNSPI. Equinoccio de septiembre del 2.000. Quito.
- (2009). „Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas.“ <http://www.msp.gov.ec/dnspi/index.html>, Abruf: 10.5.2009.
- Flores, Juan Antonio (2005). Una etnografía crítica de la Medicina Kallawaya como patrimonio integral de la humanidad: procesos de hibridación, turismo étnico y recursos interculturales en salud en el área de Apolobamba (Bolivia). In: J. J. Pujadas & G. Dietz, Hg., *Etnicidad en Latinoamérica: movimientos sociales, cuestión indígena y diásporas migratorias*. Sevilla, El Monte: 173–191.
- (2008). Operaciones espirituales y cultis de sanación en la ciudad de Veracruz (México): procesos de medicalización de lo espiritual y mimesis hegemónica. In: Fernández Juárez, Hg., *La diversidad ante el espejo. Saud, interculturalidad y contexto migratorio*. Quito, Abya-Yala: 77–99.
- García, María Elena (2005). *Making Indigenous Citizens. Identities, education, and multicultural development in Peru*. Stanford, Stanford University Press.
- Gaster, Barak, John N. Unterborn, Richard B. Scott & Ronald Schneeweiss (2007). „What Should Students Learn about Complementary and Alternative Medicine?“ *Academic Medicine* 82: 934–938.
- Gonzales, Gustavo F., José Aguilar & Martha Villar (2008). *The World Summit of Harmonization of Tradicional, Alternative and Complementary Medicine (TACM) in Lima, Peru*. eCAM, doi 10.1093/ecam/nen042.
- Greenway, Christine (2003). Healing soul loss: the negotiation of identity in Peru. In: J. Koss-Chioino, T. Leatherman & C. Greenway, *Medical Pluralism in the Andes*. London/New York, Routledge: 92–106.
- Grey Postero, Nancy (2006). *Articulations and Fragmentations: Indigenous Politics in Bolivia*. In: N. Grey Postero & L. Zamosc, *The Struggle for Indigenous Rights in Latin America*. Brighton, Sussex Academic Press: 189–216.
- Grey Postero, Nancy & Leon Zamosc, Hg. (2006): *The Struggle for Indigenous Rights in Latin America*. Brighton, Sussex Academic Press.
- ICCI (2001). „Universidad Intercultural „Amawtay Wasi“.“ *Boletín ICCI-RIMAI, Instituto Científico de Culturas Indígenas* 3(33).
- INEC (2006). *La población indígena del Ecuador*. Quito, Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- Jenkins, Richard (1997). *Rethinking ethnicity. Arguments and explorations*. London, Sage.
- Knipper, Michael (2003a). *Krankheit, Kultur und medizinische Praxis. Eine medizinethnologische Untersuchung zu „mal aire“ im Amazonastiefland von Ecuador*. Münster, Lit.

- (2003b). Was ist „Krankheit“? – Anmerkungen zur transkulturellen Anwendung des wissenschaftlichen Krankheitsbegriffs. In: V. Hörbst & A. Wolf, Hg., *Medizin und Globalisierung: Universelle Ansprüche – lokale Antworten*. Münster, Lit-Verlag: 153–175.
- (2007). Indianische Heilkunde im politischen Raum: Die Entwicklung der „traditionellen Medizin“ in Ecuador um die Wende zum 21. Jahrhundert. In: C. Büschges & J. Pfaff-Czarnecka, Hg., *Die Ethnisierung des Politischen. Identitätspolitik in Lateinamerika, Asien und den USA*. Frankfurt am Main, Campus: 216–247.
- Maier, Birga (1987). „Gesundheit für alle und Kolonisierung für wenige – das Dilemma der traditionellen Medizin?“ *Curare – Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie* 11: 196–206.
- Macdonald, Theodore Jr. (1999). *Ethnicity and Culture amidst New „Neighbors“*. The Runa of Ecuador’s Amazon Region. Boston, Allyn and Bacon.
- Mideros, Raúl, Alberto Quezada, Mariana Galarza, Isauro Puente, Edgardo Ruiz, Omar Vallejo & José Luis Coba (2002). *Las medicinas alternativas a finales del Siglo XX*. In: R. Fierro Benítez, C. H. Bustos & E. Granda, Hg., *La OPS/OMS y la salud pública en el Ecuador del Siglo XX*. Quito, OPS: 384–389.
- Mignone, Javier, Judith Bartlett, John O’Neil & Treena Orchard (2007). „Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America.“ *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* 3(31), doi:10.1186/1746-4269-3-31.
- Mücke, Ulrich (2007). Die unsichtbaren Indios: Ethnizität und Politik in Peru seit der Unabhängigkeit. In: C. Büschges & J. Pfaff-Czarnecka, Hg., *Die Ethnisierung des Politischen. Identitätspolitik in Lateinamerika, Asien und den USA*. Frankfurt am Main, Campus: 81–104.
- Oberem, Udo (1980). *Los Quijos: Historia de la transculturación de un grupo indígena en el Oriente Ecuatoriano*. Otavalo, IOA.
- PAHO (1996). *Toward a Comprehensive Approach to Health. Guidelines for research with Indigenous Peoples*. Washington, PAHO/WHO.
- Pool, Robert (1994). „On the Creation and Dissolution of Ethnomedical Systems in the Medical Ethnography of Africa.“ *Africa* 64(1): 1–20.
- Price, Laurie J. (2003). *Illness management, social alliance, and cultural identity in Quito, Ecuador*. In: Joan Koss-Chioino, Thomas Leatherman & Christine Greenway, Hg., *Medical Pluralism in the Andes*. London/New York, Routledge: 209–233.
- Quevedo V., Emilio, Germán E. Pérez, Miranda C. Néstor & Mario A. Hernández, Hg. (2007). *Prácticas Médicas en Conflicto (1492–1782). Historia de la Medicina en Colombia. Band 1*. Bogotá, Co-Edición Tecnoquímicas y Norma.
- Roelcke, Volker (1998). *Medikale Kultur: Möglichkeiten und Grenzen der Anwendung eines kulturwissenschaftlichen Konzepts in der Medizingeschichte*. In: Norbert Paul & Thomas Schlich, Hg., *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven*. Frankfurt am Main, Campus: 45–68.
- Schweitzer de Palacios, Dagmar (2003). Von Heilern und Fernsehstars. Die *yachac* von Cotacachi zwischen gestern und heute. In: D. Schweitzer de Palacios & B. Wörrle, *Heiler zwischen den Welten. Transkulturelle Austauschprozesse im Schamanismus Ecuadors*. Marburg, Curupira: 181–227.
- (2008). „Schamanismus und Globalisierung.“ [http://www.journal-ethnologie.de/Deutsch/Aktuelle\\_Themen/Aktuelle\\_Themen\\_2008/Schamanismus\\_und\\_Globalisierung/index.phtml](http://www.journal-ethnologie.de/Deutsch/Aktuelle_Themen/Aktuelle_Themen_2008/Schamanismus_und_Globalisierung/index.phtml), Abruf: 20.5.2009.
- Sigerist, Henry E. (1945). „The Need for an Institute of the History of Medicine in India.“ *Bulletin of the History of Medicine* 17: 113–126.
- Smith, William D. (2007). „Multiculturalism, Identity, and the Articulation of Citizenship. The ‚Indian Question‘ Now.“ *Latin American Research Review* 42(1): 238–251.

- Sommerfeld, Johannes (1985). Zwischen Koexistenz und Konkurrenz: Zum ungleichen Verhältnis von Schulmedizin und traditionellen Heilsystemen in der Gesundheitsversorgung. In: B. Bös & A. Worthmüller, Hg., Krank heilen. Medizinische Entwicklungshilfe und Verdrängung der traditionellen Heilkunde. Saarbrücken/Ford Lauderdale, Breitenbach: 75–89.
- Ströbele-Gregor, Juliana (1994). „From Indio to Mestizo ... to Indio. New Indianist Movements in Bolivia.“ *Latin American Perspectives* 21(2): 106–123.
- Unschuld, Paul U. (1975). „Medico-cultural conflicts in Asian settings: an explanatory theory.“ *Social Science and Medicine* 9: 303–312.
- (2003). Was ist Medizin? Westliche und östliche Wege der Heilkunst. München, Beck.
- Uzendoski, Michael A. (2000). The Articulation of Value among the Napo Runa of the Upper Ecuadorian Amazon. Dissertation, University of Virginia.
- Utsch, Michael (2004). „Selbstheilung durch Innenweltreisen?“ *Materialdienst der Evangelischen Zentralstelle für Weltanschauungsfragen* 4: 141–144.
- Vega, Luz Marina (2007). Interculturalidad y Salud: la experiencia de Cotacachi. In: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Hg., La equidad a la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas. Quito/Ecuador: 414–423.
- Whyte, Susan Reynolds (1989). Anthropological Approaches to African Misfortune. From Religion to Medicine. In: A. Jacobson-Widding & D. Westerlund, Hg., Culture, Experience and Pluralism: Essays on African Ideas of Illness and Healing. Uppsala, Almqvist & Wiksell: 289–301.
- Whitten, Norman E. (1987). Sacha Runa. Etnicidad y adaptación de los Quichua Hablantes de la Amazonia Ecuatoriana. Quito, Abya-Yala.
- WHO (1978). The Promotion and Development of Traditional Medicine. World Health Organization, Technical Report Series 622. Genf.
- (2002a). Traditional Medicine – Growing Needs and Potential. WHO Policy Perspectives on Medicines 2, May 2002. Genf.
- (2002b). Traditional Medicine Strategy 2002–2005. Genf.
- Wimmer, Andreas (1996). „Kultur. Zur Reformulierung eines sozialanthropologischen Grundbegriffs.“ *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 48: 401–425.
- Wilson, Patrick C. (2003). „Ethnographic Museums and Cultural Commodification: Indigenous Organizations, NGOs, and Culture as a Resource in Amazonian Ecuador.“ *Latin American Perspectives* 30(1): 162–180.
- Wörrle, Bernhard (2002). Heiler, Rituale und Patienten. Schamanismus in den Anden Ecuadors. Berlin, Reimer.
- (2004). „Lateinamerika – Patienten und Heiler zwischen den medizinischen Systemen.“ *Medizinethnologische Herausforderungen – Curare* 27(1+2): 115–127.
- Wörrle, Bernhard & Dagmar Schweitzer de Palacios (2003). Einführung. In: dies., Hg., Heiler zwischen den Welten. Transkulturelle Austauschprozesse im Schamanismus Ecuadors. Marburg, Curupira: 7–25.
- Zamosc, Leon (2006). The Ecuadorian Indian Movement. From Politics of Influence to Politics of Power. In: N. Grey Postero & L. Zamosc, The Struggle for Indigenous Rights in Latin America. Brighton, Sussex Academic Press: 131–157.



Artikel aus:

Dilger, Hansjörg & Bernhard Hadolt (Hg.):

**Medizin im Kontext.  
Krankheit und Gesundheit in einer  
vernetzten Welt.**

Frankfurt a.M.: Peter Lang

2010