

Historische Politikforschung

Herausgegeben von Wolfgang Braungart, Neithard Bulst,
Ute Frevert, Heinz-Gerhard Haupt und Willibald Steinmetz

Band 12

Christian Büschges, Joanna Pfaff-Czarnecka (Hg.)

Die Ethnisierung des Politischen

Identitätspolitiken in Lateinamerika,
Asien und den USA

Christian Büschges ist Professor für Iberische und Lateinamerikanische Geschichte an der Universität Bielefeld. *Joanna Pfaff-Czarnecka* ist dort Professorin für Sozialanthropologie an der Fakultät für Soziologie.

Campus Verlag
Frankfurt/New York

Indianische Heilkunde im politischen Raum: Die Entwicklung der »traditionellen Medizin« in Ecuador um die Wende zum 21. Jahrhundert¹

Michael Knipper

Einleitung

Die »traditionelle Medizin« indianischer Bevölkerungsgruppen Lateinamerikas hat in den vergangenen Jahrzehnten zunehmende Aufmerksamkeit und politisch-gesellschaftliche Unterstützung erfahren. In Ecuador etwa besitzt die politische Anerkennung der »traditionellen Medizin« der indianischen und afroamerikanischen Bevölkerung seit 1998 Verfassungsrang (Art. 44 und Art. 84,12)² und gilt manchen Ärzten gar als Variante der weltweit expandierenden Komplementär- und Alternativmedizin³. Auf internationaler Ebene unterstützen Institutionen wie die WHO (*World Health Organisation*) und ihre regionale Untereinheit für den amerikanischen Subkontinent, die Panamerikanische Gesundheitsorganisation (*Pan American Health Organisation*, PAHO), inzwischen die wissenschaftliche Erforschung und Institutionalisierung der »indianischen Medizin«.⁴

¹ Ich danke Joanna Pfaff-Czarnecka und Christian Büschges für die Initiative zu diesem sehr anregenden Tagungs- und Buchprojekt sowie für ihre Unterstützung bei der Ausarbeitung des vorliegenden Beitrages. Mein Dank geht außerdem an Lukas Rehm für seine zuverlässige Hilfe sowie an Volker Roelcke und Bernhard Wörrle für ihre wertvollen Kommentare zu früheren Versionen dieses Textes.

² *Constitución Política de la República del Ecuador de 1998*. Quelle: <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Ecuador/ecuador98.html>. Letzter Zugriff: 27.3.2006

³ Mideros, Raúl/Quezada, Alberto/Galarza, Mariana/Puente, Isauero/Ruiz, Edgardo/Vallejo, Omar/Coba, José Luis, Las medicinas alternativas a finales del Siglo XX, in: Rodrigo Fierro Benítez/César Herminia Bustos/Edmundo Granda/Héctor Jarrín Valdivieso/Raúl López Paredes (Hg.), *El cóndor, la serpiente y el colibrí. La OPS/OMS y la salud pública en el Ecuador del Siglo XX*, Representación OPS/OMS – Ecuador, Quito, 2002, S. 384–389; Micozzi, Marc S., Culture, anthropology, and the return of »Complementary medicine«, in: *Medical Anthropology Quarterly* 16:4 (2002), S. 398–403.

⁴ WHO, *Traditional medicine – growing needs and potential*. WHO Policy Perspectives on Medicine N° 2, May 2002, World Health Organization, Geneva, 2002; WHO, *WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005*. World Health Organization, Geneva, 2002;

Der historische Wandel, den die Wahrnehmung der »indianischen Medizin« etwa seit den 1970er Jahren erfährt, ist unübersehbar. Was vorher bestenfalls als »medizinische Folklore« bezeichnet oder mit Scharlatanerie gleichgesetzt wurde, gilt heute als gleichwertige Alternative oder – je nach persönlichem Standpunkt – Ergänzung zur »westlichen« Schul- oder auch Biomedizin⁵. Die Ausgrenzung der »traditionellen Medizin« hat damit offenbar ihr längst überfälliges Ende gefunden. Schamanen wie auch andere »traditionelle Heiler« können heute legal und ohne staatliche Verfolgung praktizieren, was von Vertretern indianischer Organisationen gewiss zu Recht als Erfolg der indigenen Bewegungen seit den 1990er Jahren bewertet wird. Die im vorliegenden Band bereits mehrfach angesprochene Ethnisierung des politischen Raumes in Ecuador und vielen seiner Nachbarländer hat also auch im Bereich der Medizin Bedeutung, mit dem Ergebnis einer gesellschaftlichen Neubewertung der »indianischen Heilkunde«.

Das ethnisch-politische Moment ist allerdings nicht der einzige in diesem Prozess relevante Faktor und es handelt sich auch keineswegs um eine eindimensionale Entwicklung, die sich in der Legalisierung unverändert bestehender, »traditioneller« Praktiken und Wissensbestände erschöpft. Bei genauer Betrachtung zeigt sich hier ein sehr komplexer, historischer Prozess, der unter anderem aufgrund der sich wandelnden politischen Rahmenbedingungen zur Erschaffung einer neuen Art »traditioneller Medizin« geführt

WHO, *Traditional Medicine*, Fact Sheet N° 134, Revised May 2003, World Health Organization, Geneva, 2003; PAHO, *Traditional, Complementary and Alternative Medicine and Therapies in the Americas: Policies, Plans and Programs*. Division of Health Systems and Services Development, Pan American Health Organization/World Health Organization, Washington, D. C., 2002

⁵ Die Begriffe »Biomedizin« und »Schulmedizin« werden im Folgenden synonym behandelt. Sie beziehen sich auf all jene medizinischen Wissensbestände und Praktiken, die sich an den akademisch etablierten Naturwissenschaften orientieren, mit der Biologie als Leitwissenschaft. Zur Geschichte des medizinischen Pluralismus und Auseinandersetzungen zwischen akademischen Ärzten und anderen Richtungen am Beispiel Kolumbiens vgl. etwa Sowell, David, *Contending medical ideologies and state formation: the nineteenth century origins of contemporary medical pluralism in Colombia*, in *Bulletin for the History of Medicine* 77 (2003), S. 900–926; einen Überblick über entsprechende Prozesse im deutschsprachigen Raum gibt Jütte, Robert, *Geschichte der Alternativen Medizin*, München 1996; zur durchaus differenzierten Haltung von Kolonialärzten gegenüber »indigenen« medizinischen Vorstellungen und Praktiken, die nicht stets oder gar zwangsläufig von Konfrontation und Unterdrückung geprägt war, vgl. etwa Bruchhausen, Walter/Roelcke, Volker, *Categorizing »African medicine«: the German discourse on East African healing practices, 1885–1918*, in: Waltraud Ernst (Hg.), *Plural Medicine, Tradition and Modernity, 1800–2000*, Routledge, London 2002, S. 76–94.

hat. Diese wird zwar mit der indianischen Kultur identifiziert und nicht selten sogar als Symbol indianischer Identität instrumentalisiert, ist in ihrer derzeitigen Ausprägung aber zum einen durchaus *neu* und zum zweiten kaum noch in der Alltagskultur weiter Teile der indianischen Bevölkerung verwurzelt.

Im vorliegenden Beitrag soll am Beispiel der »traditionellen indianischen Medizin« in Ecuador die Ambivalenz von politischen Ethnisierungsprozessen und ihre Verknüpfung mit anderen Diskursen und gesellschaftlich-kulturellen Entwicklungen untersucht werden. Neben der politischen Kraft der indianischen Bewegungen wird hier vor allem der etwa zeitgleich einsetzende, globale Aufschwung der so genannten »Alternativ- und Komplementärmedizin« (CAM)⁶ zu berücksichtigen sein. Methodisch wird dazu die ethnologische Perspektive mit einer historischen Betrachtungsweise kombiniert. Empirische Basis sind die Ergebnisse einer medizinethnologischen Feldforschung im Amazonastiefland von Ecuador von 1997 bis 1999 sowie diverser kürzerer Forschungsaufenthalte in Ecuador zwischen 1992 und 2005.⁷

»Traditionelle indianische Medizin« zwischen Papier und Praxis

Der Ausgangspunkt aller im Folgenden ausgeführten Überlegungen liegt in einer bemerkenswerten Diskrepanz zwischen dem offiziellen Bild von »indianischer Medizin« im Vergleich mit dem, was sich an krankheitsbezogenen Kenntnissen, Handlungsweisen und sozialen Institutionen in den indianischen Gemeinden findet. Das offizielle Bild findet seinen Niederschlag etwa in der ecuadorianischen Verfassung und den Papieren von Regierungsstellen, indianischen Organisationen und internationalen Institutionen wie der WHO. Was dort aber als »indianische Medizin« dargestellt wird, entspricht – wenn überhaupt – nur auf eine sehr oberflächliche Art der empirisch zu beobachtenden Realität der indianischen Bevölkerung beispielsweise am Río Napo im Grenzgebiet zwischen Ecuador und Peru (vgl. Karte).

⁶ Abkürzung »CAM« nach den international üblichen, englischsprachigen Begriffen »*Complementary and Alternative Medicine*«, vgl. zum Beispiel WHO, *Traditional medicine – growing needs and potential* [wie Anm. 3].

⁷ Finanzierung der Feldforschung durch ein Graduiertenstipendium des DAAD (1997); eine für den vorliegenden Text relevante Reise nach Ecuador und Peru im Herbst 2005 finanzierte die DFG (GZ: 444 ECU-111/05).

Auch dem Vergleich mit vielen ethnologischen Studien in anderen Regionen Amazoniens oder auch des Andenraums – vor allem solchen, die nicht spezifisch medizinisch beziehungsweise medizinethnologisch orientiert waren – halten die offiziellen Repräsentationen der »indianischen Medizin« in der Regel nicht stand: In der Alltagspraxis sind sowohl die krankheitsbezogenen Kompetenzen und Wissensbestände indianischer Akteure von anderer Natur, als auch anders innerhalb der Bevölkerung verteilt, als es von den in der Regel übersichtlich gestalteten und vergleichsweise einheitlich strukturierten Papieren der genannten Institutionen dargestellt wird. Auch das Nutzungsverhalten und die Beurteilung der praktischen Bedeutung etwa von indianischen »Schamanen« im Krankheitsfall sind an wesentlich komplexere Entscheidungsprozesse gebunden, als es in solchen Dokumenten zumeist suggeriert wird. Sie erfolgen beispielsweise nicht strikt im Sinne »ethnischer« Kriterien. Emblematisch ist in diesem Zusammenhang eine von Calavia Sáez geschilderte Beobachtung aus Bolivien: Es treffen sich zwei Boote an einer engen Stelle eines Flusses im Grenzgebiet zwischen Bolivien, Brasilien und Peru. Flussabwärts rudern einige *Yaminawa-indigenas*, den Fluss hinauf bewegt sich ein Motorkanu mit Weißen. Den örtlichen Gepflogenheiten entsprechend, entspinnt sich bei der Begegnung ein kleiner Dialog: »Wohin des Wegs?« – »In die Stadt, zum Arzt«, rufen die Indianer. »Ins Dorf, zum Schamanen«, antworten die Weißen.⁸

Auch wenn es auf den ersten Blick so erscheinen mag und dieser Eindruck vom Engagement zum Beispiel der WHO zur Förderung und wissenschaftlichen Aufbereitung der »traditionellen indianischen Medizin« offenbar unterstützt wird: Allein ihr Potential zur Verbesserung der Gesundheitssituation der indianischen Bevölkerung kann die allseits zu beobachtende politisch-gesellschaftliche Wertschätzung der »indianischen Medizin« nicht rechtfertigen. Es ist vor allem die politisch-kulturelle Bedeutung der »indianischen Medizin« als einem derzeit hoch wirksamen, ethnischen Symbol, welches die Interessen sehr verschiedener Akteure miteinander in Kongruenz zu bringen in der Lage ist. Dabei entfaltet sie sowohl Wirkungen nach »außen« wie auch nach innen, also in die politisch mobilisierte indianische Bevölkerung hinein.

Um diese These ausführen zu können, wird im Folgenden die öffentliche Repräsentation der »indianischen Medizin« – auf eine aus analytischen

⁸ Calavia Sáez, Oscar, *La barca que sube y la barca que baja. Sobre el encuentro de tradiciones médicas*, in: Gerardo Fernández Juárez (Hg.), *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*, Quito 2004, S. 169, Übersetzung: MK.

Gründen etwas zugespitzte Form – den empirisch erfassbaren Kenntnissen, Handlungsweisen und sozialen Institutionen, die innerhalb indianischer Gruppen wie der *Naporuna* im Krankheitsfall relevant sind, gegenübergestellt. Anschließend wird in einer diachronen Perspektive zum einen der Entstehungsprozess des öffentlichen Bildes nachgezeichnet und zum anderen dessen Auswirkung auf die reale Praxis. Denn die zunächst allein in »virtueller« Form existierende »traditionelle Medizin« nimmt reale Gestalt an. Vergleichbare Prozesse sind im asiatischen Kontext etwa mit der Entstehung der »Traditionellen Chinesischen Medizin« im 20. Jahrhundert bekannt und haben die Entwicklung in Lateinamerika über internationale Kommunikations- und Entwicklungsprozesse maßgeblich beeinflusst. Auf die globalen Bezüge wird am Ende dieses Beitrages einzugehen sein.

Don Iturbidez

Beginnen soll die Gegenüberstellung der öffentlichen Repräsentationen der »traditionellen indianischen Medizin« und der »medikalen Kultur« im Alltag indianischer Bevölkerungsgruppen mit dem Beispiel des indianischen »Schamanen« *Don Iturbidez*.⁹ Seine Geschichte zeigt, wie die realen Akteure zwischen den verschiedenen Bereichen hin und her wechseln und dabei unterschiedliche soziale Rollen anzunehmen in der Lage sind.

Dem alten »Schamanen« (*yachak*)¹⁰ *Don Iturbidez* durfte ich während meiner Feldforschung gelegentlich einige bürokratische Dienste erweisen:¹¹

⁹ Name geändert. Zum theoretischen Konzept »medikale Kultur« vgl. Roelcke, Volker, *Medikale Kultur: Möglichkeiten und Grenzen der Anwendung eines kulturwissenschaftlichen Konzepts in der Medizingeschichte*, in: Norbert Paul/Thomas Schlich (Hg.), *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven*, Frankfurt/New York, 1998, S. 45–68.

¹⁰ »*Yachak*« (*Kichwa*): von »*yachana*« – »wissen«. Wird heute oft synonym mit dem Ausdruck »Schamane« benutzt (*chamán*), vgl. u. a. Iglesias, Jenny, *Sacha Jambí. El uso de las plantas en la medicina tradicional de los Quichuas del Napo*, Quito 1989; Kohn, Eduardo, *La Cultura Médica de los Runa*, Quito 1992; Wörrle, Bernhard, *Heiler, Rituale und Patienten. Schamanismus in den Anden Ecuadors*, Berlin 2002; Schweitzer de Palacios, Dagmar/ Wörrle, Bernhard (Hg.), *Heiler zwischen den Welten*, Marburg 2003.

¹¹ Die Feldforschung erfolgte zwischen 1997–1999 in den indianischen Gemeinden des unteren Río Napo in Ecuador (seit 1998 Provinz Orellana), im Grenzgebiet zu Peru. Zu dieser Zeit waren die Dörfer noch nicht über Strassen erschlossen, und auch der Schiffsverkehr war wegen der bis 1998 geschlossenen Grenze zu Peru spärlich. Inzwischen hat sich die Situation in Folge der sich ausbreitenden Erdölförderung radikal geändert. Zu den Ergeb-

Er lebte viele Stunden mit dem Motorkanu entfernt von der Provinzhauptstadt und bat mich, ihm bei der dortigen Verwaltung einen Gefallen zu tun: Er hatte vor, ins Hochland zu reisen, um dort als »Heiler« etwas Geld zu verdienen. Vor einigen Jahren hatte er bereits die Lizenz als »*Herbatero*« (Kräuterkundiger) erworben, die erneuert werden musste. Ausgestattet mit diesem Papier konnte er dann ganz legal Sprechstunden abhalten, wobei er jedoch ausschließlich Heilkräuter verkaufen durfte. *Aya-waska*-Rituale waren ihm damals nicht gestattet und diese konnten auch in seiner Heimatregion nur aufgrund der Abgeschlossenheit und des Desinteresses der Behörden ohne Probleme durchgeführt werden.¹² Dank der Verfassung von 1998 ist die Situation heute anders.

Don Iturbidez wechselte bei seinen Reisen als *Herbatero* in die Hochlandprovinzen jedoch nicht allein die Region und modifizierte ein bisschen sein Tätigkeitsspektrum. Er wechselte auch in eine andere soziale Funktion und den ideologischen Bezugsrahmen seiner Tätigkeit: Im Tiefland war er ein gefürchteter und nur von manchen auch geschätzter *yachak*, der unter anderem auch gewisse therapeutische Kompetenzen besaß. Seine Hauptaufgabe lag daheim jedoch eindeutig in der Erklärung von Unglücksfällen sowie in der Ausführung und Bekämpfung von Schadenszauber. Für herausragende Heilpflanzenkenntnisse war er dagegen nicht bekannt, diese Kompetenz besaßen in seiner Heimat andere. Außer bei unmittelbarem Verdacht auf Schadenszauber erfolgte die Konsultation von *Don Iturbidez* oder eines anderen *yachak* daher oft erst lange nach Heilung oder Tod des Patienten, wenn der Grund für das Unglück geklärt werden musste. Sein Kompetenzbereich lag in seiner Heimatgemeinde somit eindeutig nicht im Bereich der Therapie. Im Hochland dagegen arbeitete *Don Iturbidez* als staatlich zertifizierter Kräuterkundiger und »traditioneller Heiler«, zu dem die Menschen vor allem mit Krankheitsbeschwerden kamen. Hier hatte er, zumindest offiziell, eine schon eher als »medizinisch« zu bezeichnende Rolle angenommen als im

nissen der Feldforschung vgl. Knipper, Michael, *Krankheit, Kultur und medizinische Praxis*, Münster 2003; zu methodischen Aspekten: Knipper, Michael, *Behandeln und Beobachten – methodische Konsequenzen aus der Doppelrolle als ethnologisch forschender Arzt*, in: *CURARE, Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie* 27 (2004), S. 215–224.

¹² Die halluzinogene Droge *aya waska* (botanische Basispflanze: *Banisteriopsis caapi*) ist bei den *Naporuna* und vielen anderen indianischen Gruppen Amazoniens ein zentrales Element der Rituale von *yachak* und anderen »Heilern« beziehungsweise »Schamanen«, vgl. zum Beispiel Iglesias, Sacha Jambí, Kohn, Eduardo, *Cultura Médica*, Whitten, Sacha Runa, [alle wie Anm. 10] sowie Naranjo, Plutarco, *Ayahuasca: etnomedicina y mitología*, Quito 1983.

Tiefland. Überspitzt ausgedrückt war *Don Iturbidez* nur in der Fremde ein »traditioneller Heiler«.

Das öffentliche Bild der »indianischen Medizin«

Welche Eigenschaften charakterisieren das Bild der »indianischen Medizin« in der Öffentlichkeit? Die wichtigsten Aspekte sollen nun anhand verschiedener Dokumente von in diesem Kontext relevanten Institutionen dargestellt werden. Den Anfang macht eine Broschüre zur Selbstdarstellung der 1999 gegründeten »Nationalen Direktion für Gesundheit der indianischen Völker« im Gesundheitsministerium von Ecuador.¹³ Anschließend werden Dokumente der WHO untersucht sowie die Publikationen eines über die Grenzen von Ecuador hinaus bekannten, interkulturellen Gesundheitszentrums in Otavalo, im Norden von Quito.

Die *Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas* (DNSPI) wurde 1999 aufgrund der entsprechenden Vorgaben in der im Vorjahr verabschiedeten Verfassung der Republik Ecuador ins Leben gerufen. Ihre Mission ist die Umsetzung der in Artikel 44 formulierten Verpflichtung des Staates, die »Systeme der traditionellen Medizin in Ecuador zu fördern«.¹⁴ In der ein Jahr nach ihrer Gründung herausgegebenen Broschüre stellt die DNSPI ihr Programm vor. Im Text beziehen sich die Autoren der Broschüre mehrfach auf ihre Verwurzelung im »Kampf der indianischen Bewegungen«. Im Hinblick auf die an dieser Stelle besonders interessierenden Definitionen von »indianischer Medizin« nimmt sie explizit Bezug auf die Vorschläge diverser indianischer Institutionen.¹⁵ Für die Rekonstruktion des Bildes der »indianischen Medizin« aus der Sicht der indigenen Bewegungen kann diese Broschüre daher als vergleichsweise repräsentatives Dokument angesehen werden.

13 *Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas D.N.S.P.I., equinoccio de septiembre del 2.000.*

14 Ebd., S. 5. Der Verfassungsartikel Nr. 44 lautet im Original: »El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos.« Quelle: [wie Anm. 2].

15 Ebd., S. 5 beziehungsweise 17, die Definition zu »indianischer Medizin« folgt einem Vorschlag, der im Jahre 2000 auf einem von der DNSPI moderierten Workshop verschiedener indianischer Organisationen formuliert wurde.

Die Aussagen zur »traditionellen Medizin« der indianischen Bevölkerung lassen sich wie folgt zusammenfassen: Die »Gesamtheit der Kenntnisse, Techniken und Heilkundigen« der verschiedenen »Völker und Nationalitäten« stellen nach Auffassung der DNSPI ethnisch spezifische Gesundheitssysteme dar, die sich auf »der überlieferten und kollektiven Weisheit« sowie einer »eigenen Weltanschauung« gründen.¹⁶ Die »diagnostischen, therapeutischen und vorbeugenden Praktiken« eines jeden dieser ethnisch definierten Medizinsysteme, hätten sich in einem »Bezugsrahmen aus vielfachen Verbindungen zwischen natürlichen, ethischen, spirituellen und kosmischen Elementen« entwickelt.¹⁷ Anschließend werden die Herkunft der Therapeutika erläutert (pflanzlich, tierisch und mineralisch) sowie die spezifischen Eigenschaften traditionell medizinischer Behandlungen: Sie »verursachen keinen Schaden« und »stimulieren und beschleunigen natürliche biochemische und bioenergetische Reaktionen des Organismus, wodurch ein physisches, mentales und spirituelles Gleichgewicht erreicht wird«.¹⁸

Als wesentliche Repräsentanten der »traditionellen Medizin« werden wiederholt »Menschen der Weisheit«¹⁹ genannt, die als »Heiler« (*sanadores*) auf umfassende Art und Weise für die Diagnostik und Behandlung von Krankheiten zuständig seien. Außerdem wird ihnen Verantwortung als »politischen, sozialen und spirituellen Führern« zugesprochen. Ohne dass der Begriff selbst genannt würde, entspricht diese Beschreibung deutlich dem Bild der indianischen »Schamanen«. Für die *Kichwa* sprechenden Gruppen werden etwa die *yachak* (wie *Don Iturbidez*) als *sanadores* und damit Experten der »traditionellen Medizin« bezeichnet. Heilkundige anderer Art werden in dieser Broschüre dagegen nur in einem Nebensatz erwähnt: »Heiler« (*curanderos*), Menschen mit Kenntnissen im Bereich der manuellen Therapie (über Verstauchungen, Knochenbrüche et cetera, *sobadores* im Original) sowie »traditionelle Hebammen« (*parteras*). Darüber hinaus werden die Krankheitslehren (Nosologie) der verschiedenen »traditionellen medizinischen Systeme« vorgestellt (mit einer besonderen Unterscheidung zwischen dem andinen Hoch- und dem amazonischen Tiefland) und eine sehr umfassende Liste möglicher Krankheitsursachen.

16 Ebd. S. 13 beziehungsweise 17.

17 Ebd., S. 17.

18 Ebd., S. 18.

19 Im Original: »*Hombres de Sabiduría*«, was sowohl »Männer« wie auch »Menschen« bedeuten kann. Es finden sich in den hier analysierten Texten keine spezifischen Aussagen zum Geschlecht dieser Spezialisten, Ebd., S. 13ff.

Zusammengefasst wird die »traditionelle Medizin« der verschiedenen indianischen Gruppen Ecuadors hier als eine Vielfalt von jeweils sehr ähnlich aufgebauten »Systemen« zur Prävention, Diagnostik und Therapie von abstrakt definierten Krankheiten dargestellt, an deren Spitze die mit esoterischen Wissensbeständen ausgestatteten *sanadores* stehen. Jedes indigene »Volk« Ecuadors besitzt demnach sein eigenes traditionelles Medizinsystem, welches in seiner spezifischen Kultur verwurzelt sei. Dennoch gelte für die »traditionelle Medizin« das »Prinzip der Universalität«;²⁰ Trotz ihres spezifisch »ethnischen« Charakters stehe sie ausdrücklich »allen« Menschen zur Verfügung.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) teilt diese Sichtweise, sorgt sich allerdings um die Sicherheit der Patienten. Der optimistischen Aussage in der Broschüre der DNSPI, wonach die Therapiemaßnahmen der »traditionellen Medizin« grundsätzlich frei von schädigenden Nebenwirkungen seien, stellt die WHO in ihrer seit den späten 1970er Jahren verfolgten Politik zur »Förderung« und »Entwicklung« der »traditionellen Medizin« die Notwendigkeit einer »Evaluation« traditioneller Behandlungsweisen und die Einführung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards entgegen.²¹ Wichtigste Elemente der »traditionellen Medizin« nach Lesart der WHO sind zum einen die »Anbieter« (*provider*), deren Ausbildung und Zulassung zu reglementierten sei, sowie die Heilmittel. Die Kategorie der »Anbieter« oder *traditional practitioners* wird von der WHO breiter gefasst als in der Definition der DNSPI (vgl. oben). Vor allem in den Anfangsjahren ihres Interesses an der »traditionellen Medizin« (1970er bis 80er Jahre) richtete die WHO ihre Aufmerksamkeit neben den *traditional healers* besonders auf die *traditional birth attendants*, da die Förderung der »Mutter-Kind-Gesundheit« stets einen besonderen Schwerpunkt der globalen Gesundheitspolitik darstellte.²² Bei den Heilmitteln schließlich haben stets die »traditionell« zur Krankenbehandlung verwendeten Pflanzen die größte Aufmerksamkeit gefunden. Dieses Interesse ist bis heute ungebrochen, zumal von der Erforschung »tra-

20 Ebd., S. 19.

21 WHO, The promotion and development of traditional medicine, World Health Organization, Technical Report Series 622, World Health Organization, Geneva, 1978; WHO, Traditional medicine-growing needs; WHO Traditional Medicine Strategy; PAHO, Traditional, Complementary and Alternative Med. [alle wie Anm. 4].

22 Vgl. breite Behandlung dieses Themas in WHO, The promotion and development [wie Anm. 21], und die eher marginale Bedeutung dieses Themas im Strategiepapier der WHO von 2002, WHO, Traditional Medicine Strategy [wie Anm. 4].

ditioneller Heilpflanzen« neue Wirkstoffe zur Behandlung biomedizinisch definierter Krankheiten wie HIV/AIDS und Krebs erwartet werden.

Bemerkenswert ist die in WHO-Dokumenten jüngeren Datums festzustellende Zuordnung der »traditionellen Medizin« zur Kategorie der »Komplementär- und Alternativmedizin«.²³ Die »traditionelle Medizin« der »Entwicklungsländer« wird ausdrücklich den in den Industrienationen verbreiteten, »alternativen« Medizinformen wie Homöopathie und Naturheilkunde an die Seite gestellt sowie der »Traditionellen Chinesischen Medizin«, Ayurveda und anderen vornehmlich aus Asien stammenden Arten von Heilkunde. Der gemeinsame Nenner all dieser Formen »alternativer« oder »komplementärer« Medizin ist dabei allerdings nichts anderes als ein mehr (»alternativ«) oder weniger (»komplementär«) konsequent vertretener Gegensatz zur Schulmedizin. Und das, obgleich die Kriterien und Instrumente, die von Seiten der WHO zur Förderung der »traditionellen« wie »alternativ-komplementären« Medizin empfohlen werden, explizit den Prinzipien naturwissenschaftlich orientierter Forschung entsprechen (vgl. Abb. 1)²⁴.

Eine explizite Gegenüberstellung der »traditionellen« mit der hier als »akademisch« bezeichneten Biomedizin findet sich auch in der oben zitierten Broschüre der DNSPI. Sie bildet sogar die konzeptuelle Basis für das von der DNSPI vertretene Modell einer »interkulturellen Medizin« (Abb. 2): Das »traditionelle medizinische System« als parallele Struktur und »sanfte Alternative« zur »akademischen Medizin«, ausgestattet mit allen positiven Attributen der indianischen »Kultur«. Dieses Bild dominiert – bei kleinen Unterschieden – sowohl die Darstellung der DNSPI als auch der WHO.

23 WHO, Traditional medicine-growing needs; WHO, Traditional Medicine Strategy; WHO, Traditional Medicine, Fact Sheet; PAHO, Traditional, Complementary and Alternative Med. [alle wie Anm. 4]; vgl. auch die Übernahme dieser Definition durch die National Institutes of Health der USA: NCCAM, What is traditional medicine? CAM at the NIH, Newsletter of the National Center for Complementary and Alternative Medicine at the National Institutes for Health 12 (4), Herbst 2005/Winter 2006, S. 5. Quelle: <http://nccam.nih.gov/news/newsletter/pdf/2006winter.pdf>

24 Explizite Hinweise auf die Validitätskriterien der »westlichen« Medizin zur Beurteilung von »traditioneller Medizin« finden sich bereits 1978: WHO, The development and promotion [wie Anm. 21], S. 17, 19, dasselbe gilt für die Dokumente jüngeren Datums [wie Anm. 4]. Zur Frage der unterschiedlichen Standards wissenschaftlicher Evidenz im Feld der »CAM« vgl. Fabrega Jr., Horacio, Medical validity in Eastern and Western traditions, in: Perspectives in Biology and Medicine 45 (2002), S. 395–415 sowie Borgerson, Kirstin, Evidence-based alternative medicine?, in: Perspectives in Biology and Medicine 48 (2005), S. 502–515.

Wie sieht es aber in der Praxis aus, zum Beispiel in den im Zuge der Legalisierung und offiziellen Förderung der »traditionellen Medizin« entstandenen Institutionen? Wie werden die auf politischer Ebene formulierten Prinzipien in der Praxis umgesetzt? Der Prototyp eines interkulturellen Gesundheitszentrums im Sinne der oben skizzierten Strategie der DNSPI ist in Ecuador das *Jambi Huasi* in Otavalo.²⁵ Das »Haus der Heilmittel« – so könnte der *Kichwa*-Ausdruck in etwa übersetzt werden – bietet »traditionelle« und »westliche« Medizin unter einem Dach an (vgl. Abb. 3): Die »indianische Medizin« vertreten ein *yachak*, ein *fregador* (als Experte für manuelle Behandlungsmethoden, vergleichbar dem oben genannten *sobador*) sowie eine »traditionelle Hebamme«. Diese ist außerdem in der Lage, den »Schreck« zu behandeln, womit der in Lateinamerika viel beschriebene Zustand des so genannten *susto* gemeint sein wird: Eine Erkrankung oder körperlich-seelische Irritation als Folge eines »Schreckens«, die von manchen Autoren als »kulturgebundenes Syndrom« beschrieben wird.²⁶ Die »westliche Medizin« wird von Ärzten und Zahnärzten angeboten, die selbst aus der indianischen Bevölkerung stammen. Es gibt eine Apotheke und ein klinisches Labor.

Das *Jambi Huasi* gilt als sehr erfolgreiches Projekt mit Vorbildcharakter, den vor allem der wichtigste internationale Geldgeber, der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA), nicht müde wird zu betonen.²⁷ Dabei wäre es jedoch interessant und wichtig nachzuprüfen, welche Aspekte der Arbeit dieses inzwischen wohl bekanntesten, interkulturellen Gesundheitszentrums Ecuadors diesen Erfolg ausmachen. Liegt es an der Kombination der »traditionellen« mit der »westlichen« Medizin? Sind es vor allem die

25 Wörtliche Übersetzung von *Jambi Huasi*: »Haus« (*huasi*) der »Heilmittel« oder auch »Heilung« (*jambi*). Informationen zum *Jambi Huasi* bietet im Internet der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen an (einschließlich einem frei zugänglichen Video mit englischen Untertiteln): <http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=742> (letzter Zugriff: 28.3.2006). Vgl. auch Wörrle, Heiler [wie Anm. 10], S. 297–298.

26 Vgl. Greifeld, Katarina/Schmidt, Bettina, Medizinische Systeme Süd- und Afroamerikas, in: Katharina Greifeld (Hg.), Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie, Berlin 2003, S. 105–132; Hörbst, Viola, Kulturgebundene Syndrome – ein überholtes Modell der Medizinethnologie?, in: CURARE, Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie 20 (1997), S. 29–41; Knipper, Krankheit [wie Anm. 11], u. a. S. 136.

27 Vgl. Website des UNFPA, in Anm. 25; das *Jambi Huasi* bestimmt außerdem maßgeblich das Bild der »traditionellen Medizin« von Ecuador auf internationaler Ebene, etwa als Experten bei der *Pan American Health Organisation*, vgl. PAHO, Traditional health systems in Latin America and the Caribbean: Base Information, Technical Project Report, Division of Health Systems and Services Development, Washington D. C., November 1999, S. 7.

günstigen Behandlungspreise oder die kulturell angepassten Behandlungs- und Beratungsangebote (etwa zur Familienplanung und Schwangerschaftsvorsorge), die in der Regel auf *Kichwa* angeboten werden und sprichwörtlich – mit Besuchen in abgelegenen Gemeinden – »auf die Menschen zugehen«?²⁸ Eine einfache Antwort auf diese Frage wird es nicht geben, denn die Akzeptanz einer medizinischen Einrichtung hängt stets von einer Vielfalt von Gründen ab. Vor allem dann, wenn Alternativen existieren, wie in Otavalo etwa das staatliche Krankenhaus, Privatärzte oder die *yachak* im benachbarten Heilerdorf *Iluimán*.²⁹ Es gibt jedoch Hinweise, dass der Erfolg unter den indianischen Patienten vor allem auf der vergleichsweise kostengünstigen und zuverlässigen ärztlichen Behandlung beruht sowie dem Respekt, der ihnen in dieser Einrichtung entgegen gebracht wird. Dieser ist für staatliche Gesundheitseinrichtungen in Ecuador leider keineswegs selbstverständlich.

Welches Bild von »traditioneller Medizin« wird aber vom *Jambi Huasi* vermittelt? Was hier auffällt, das ist zum einen die konsequente Anpassung traditioneller indianischer Wissensbestände und Praktiken an die Strukturen einer nach »westlichem« Muster organisierten Einrichtung.³⁰ Zum zweiten ist es die Ausrichtung der »ethnisch« identifizierten Medizin auf die Bedürfnisse von nicht-indianischen Patienten, einschließlich ausländischer Touristen. So nimmt im *Jambi Huasi* die Metamorphose des *yachak* zum »traditionellen Arzt« konkrete Gestalt an, wenn dieser parallel zum Allgemeinmediziner im Nachbarzimmer seine Sprechstunden abhält. Passenderweise bezeichnet sich der *yachak* im Video des Weltbevölkerungsfonds auch explizit als *doctor indígena*.³¹ Die Pflanzenzubereitungen, die er seinen Patienten verabreicht, mutieren zu »naturgegebenen Medikamenten«, und die Rituale gelten fortan als »geistliche Therapie«. Das bei den *indigenas* im Hochland von Ecuador sehr verbreitete Ritual zur Krankheitsdeutung mit einem Meerschweinchen, welches über den Körper des Kranken gerieben und im Anschluss getötet und

28 Vgl. Wörrle, Heiler [wie Anm. 10], S. 297; Hinrichsen, Don, Taking health to the sierra, in: UNFPA, People and the Planet, 2000, Internetpublikation des Weltbevölkerungsfonds, URL: <http://www.peopleandplanet.net/doc.php?id=298> (letzter Zugriff: 28.3.2006); der von Hinrichsen betonte »community health«-Ansatz, bei dem die Gesundheitsversorgung aus den Krankenhausstrukturen heraus in die Gemeinden verlagert wird, ist jedoch keineswegs neu, noch exklusiv für das *Jambi Huasi*.

29 Zu den Heilern in *Iluimán* und dem medizinischen Pluralismus dieser Region vgl. Wörrle, Heiler [wie Anm. 10].

30 Vgl. dazu auch Wörrle, Bernhard, Lateinamerika – Patienten und Heiler zwischen den medizinischen Systemen, in: CURARE, Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie 27 (2004), S. 115–127.

31 Vgl. Selbstdarstellung im Video auf der Website des UNFPA, [Anm. 25].

geöffnet wird, um Hinweise auf die Erkrankung des Patienten zu finden, wird sogar als »Röntgenaufnahme mit dem Meerschweinchen« beschrieben.

Ist das Vokabular der aus den westlichen Industrienationen stammenden Medizinformen aber geeignet, traditionelle Kenntnisse, Wahrnehmungen und Handlungsweisen der indianischen Bevölkerung adäquat zu beschreiben? Welche Bedeutung haben außerdem der soziale und institutionelle Kontext einer Interaktion etwa zwischen einem *yachak* und einem kranken Menschen? Ist es zum Beispiel gleichgültig, ob solch eine Beziehung sich im Behandlungsraum eines Gesundheitszentrums oder im familiären Umfeld abspielt, im Haus des Heilers oder des Patienten? Für wen muss »traditionelle indianische Medizin« überhaupt an einem solch exponierten Ort angeboten und in medizinischer Terminologie beschrieben werden, wo doch die lokale Bevölkerung weiß, wo welche *yachak*, *fregadores* und *parteras* leben, was von wem zu halten und wessen Hilfe im Spezialfall am besten brauchbar ist? An wen richten sich schließlich fremdsprachige Handzettel (zum Beispiel in Deutsch), auf deren Rückseite auch ein »Tourismuspaket« angeboten wird: Anti-Stress-Behandlung mit Sauna, Medizinschwimmbad und Aromatherapie (vgl. Abb. 4)?³²

Indianische Heilkunde im Alltag

Wie stellt sich zum Vergleich nun der »traditionelle« Umgang der Menschen mit Krankheit im Alltag der indianischen Bevölkerung dar? Im Folgenden sollen exemplarisch die im Krankheitsfall relevanten Wissensbestände, Handlungsweisen und sozialen Institutionen dargestellt werden, die unter den *Naporuna* im amazonischen Tiefland Ecuadors als etwas »eigenes«, zur eigenen Kultur dazu gehöriges, empfunden werden.

Mit *Don Iturbidez*, dem reisenden *yachak*, wurde eine wichtige soziale Institution im Umgang mit Krankheit bereits vorgestellt. Wie schon ange-deuter, geht in seinen Heimatgemeinden die Suche nach Hilfe im Krank-

32 Vgl. die Beschreibung zur Einrichtung interkultureller Gesundheitszentren für Touristen in Bolivien von Juan Flores, Antonio, *Una etnografía crítica de la Medicina Kallawayá como patrimonio integral de la humanidad: procesos de hibridación, turismo étnico y recursos interculturales en salud en el área de Apolobamba (Bolivia)*, in: Joan J. Pujadas/Gunther Dietz (Hg.), *Etnicidad en Latinoamérica: movimientos sociales, cuestión indígena y diásporas migratorias*, El Monte, Sevilla 2005, S. 173–191.

heitsfall in der Regel jedoch nicht zwingend – und insbesondere nicht ausschließlich – zu einem *yachak*. Denn das »Wissen« der *yachak* bezieht sich weder ausschließlich, noch vorwiegend, auf die Behandlung von kranken Mitmenschen.

Was ist ein *yachak*? In einer ersten, über die wörtliche Bedeutung des Ausdrucks *yachak* vermittelten Annäherung steht hier vor allem die durch das *aya-waska*-Ritual vermittelte Fähigkeit zur aktiven Kommunikation mit den Wesen und Kräften der mit nüchternem Auge nicht sichtbaren Welt im Vordergrund.³³ Die entsprechenden Kompetenzen und »Kräfte« erwirbt ein *yachak* in einer lange Jahre in Anspruch nehmenden Lehrzeit von verschiedenen Lehrenden (auch unterschiedlicher ethnischer Gruppen) sowie unmittelbar aus der belebten »Natur«. Dabei handelt es sich um einen dynamischen Prozess, der zu keinem Zeitpunkt »abgeschlossen« ist und nicht in einen stabilen Kanon an Wissensbeständen und Kompetenzen mündet. Das »Wissen« und die »Macht« eines *yachak* müssen von diesem stets »gepflegt« werden (etwa durch besondere Verhaltensvorschriften), können nachlassen oder außer Kontrolle geraten. Kulturelle Prämisse dieser Art des Wissens und der daraus resultierenden Handlungen ist die für die *Naporuna* vollkommen alltägliche, ja banale Präsenz von Totengeistern (*aya*) und diverser Geister des Waldes, des Flusses oder der Berge (*supay*). Schon Kinder wissen von Begegnungen mit einer »Frau« oder einem »Mann des Waldes« (*sacha warmi* beziehungsweise *sacha runa*) zu berichten, fürchten den *juri juri* oder scherzen über den geheimnisvollen *duende*³⁴. Während »normale« Menschen den *aya* und *supay* jedoch eher passiv ausgeliefert sind, ist ein *yachak* in der Lage, diese aktiv zu beeinflussen und in seinem Sinne zu instrumentalisieren. Gelegenheiten, wo diese Fähigkeiten zum Einsatz kommen, sind unter anderem Krankheiten.

Wird ein *yachak* zu einem kranken Menschen gerufen, so kommen ihm dabei in der Regel zwei Aufgaben zu: Zum einen ist ein *yachak* besser als

33 Vgl. Iglesias, Jenny, *Sacha Jambi*; Eduardo Kohn, *La Cultura Médica* [alle wie Anm. 10]; Plutarco Naranjo, *Ayahuasca* [wie Anm. 12]; Knipper, *Krankheit* [wie Anm. 11]; Guzmán, María, *Para que la yuca beba nuestra sangre. Trabajo, género y parentesco en una comunidad quichua de la Amazonia Ecuatoriana*, Quito 1997; Oberem, Udo, *Los Quijos. Historia de la transculturación de un grupo indígena en el Oriente Ecuatoriano*, Otavalo 1980; Whitten, Norman E., *Sacha Runa. Etnicidad y adaptación de los Quichua Hablantes de la Amazonia Ecuatoriana*, Quito 1987.

34 Zu den verschiedenen *supay* vgl. u.a. Peñaherrera de Costales, *Piedad/Costales*, Alfredo, *Los Quichuas del Coca y el río Napo* Quito 1969, S. 138ff., Oberem, Quijos [wie Anm. 33], Knipper, *Krankheit* [wie Anm. 11], S. 186ff.

jeder andere Mensch dazu in der Lage, die Lebenskraft (*samay*) seiner Mitmenschen zu manipulieren. Er kann sie mehren und die betreffende Person dadurch stärken, oder ihr besondere Fähigkeiten vermitteln (zum Beispiel zum »Sehen« mit der Hilfe von *aya waska*). Praktisch geschieht dies durch »Einblasen« von Atemluft (*samay* wird daher unter anderem als »Atmung« beziehungsweise »Hauch« übersetzt) über den Scheitel.³⁵ In früheren Zeiten war dies eine oft durchgeführte Praxis bei jedem neugeborenen Kind, wird inzwischen aber nur noch selten ausgeführt. Oft begegnet man dem Einblasen von *samay* dagegen bei Kranken, insbesondere bei Kindern: Die Lebenskraft ist geschwächt und kann auf diese Weise gestärkt werden. Die zweite – oft auch zeitlich erst später erfolgende Handlung – widmet sich der Frage nach der *Erklärung* eines Krankheitsereignisses. Was ist hier passiert? Wer hat dieses Unglück verursacht? Hat jemand einen Geist geschickt? Wie sah der aus? Weshalb traf es ausgerechnet diese Person? Gibt es Handlungsbedarf im Sinne von marodierenden Geistern, die »beruhigt« werden müssen? So lauten in etwa die Fragen für den *yachak*, und das einzige Feld, wo er gezielt »therapeutisch« zu intervenieren in der Lage ist, das ist das weite Feld des Schadenszaubers.

Gerade im Hinblick auf den Schadenszauber zeigt sich besonders deutlich der ambivalente Charakter der sozialen Institution »*yachak*«. Denn jeder *yachak* ist zumindest theoretisch in der Lage, seine Fähigkeiten auch zum Schaden anderer Menschen einzusetzen. Er kann »heilen« (vor allem dann, wenn Schadenszauber hinter einer ansonsten nicht nachlassenden Erkrankung steht)³⁶ kann aber auch Krankheit, Unglück und Tod unter seine Mitmenschen bringen. Eine sehr auffällige Beobachtung ist dabei, dass »Schadenszauber« als Ursache von Krankheit und Unglück zwar in der gesamten Region des Río Napo bekannt ist, aber in der Nähe der Provinzhauptstadt Coca wesentlich häufiger in Betracht gezogen wird als in weiter abgelegenen Gebieten.³⁷ Zuletzt ist am Oberlauf des Napo sogar von regelrechten »Epi-

35 Vgl. Guzmán, Yuca [wie Anm. 33], S. 48; Michael Knipper, Self, soul and intravenous infusion: medical pluralism and the concept of samay among the Naporuna in Ecuador, in: Helle Johannessen/Imre Lazar (Hg.), Multiple medical realities. Patients and healers in biomedical, alternative and traditional medicine, Oxford/New York 2005, S. 238–261

36 Die Symptome solcher Fälle sind dabei vollkommen unspezifisch. Vgl. zu sozialen Funktionen von Schadenszauber im Hochland: Bernhard Wörrle, Von Opfern und Tätern. Schadenszauber in der Region von Otavalo, Ecuador, in: Walter Bruchhausen (Hg.): Hexerei und Krankheit. Historische und ethnologische Perspektiven, Münster 2003, S. 171–194.

37 Diese Beobachtung wird auch durch die folgende Aussage einer Informantin illustriert: »Unter den Leuten von Coca und von Archidona ist fast jede Krankheit durch Chonta Pala (eine lokale Bezeichnung für Schadenszauber, M.K.) verursacht. Hier weiter flussabwärts ist

demien« von Schadenszauber die Rede.³⁸ Die konkrete Bedeutung dieses Deutungsmusters ist also innerhalb derselben Ethnie unterschiedlich ausgeprägt, in starker Abhängigkeit vom sozialen und wirtschaftlichen Kontext.

All die bisher beschriebenen Tätigkeiten des *yachak* sind jedoch nur ein Teil seiner aus dem Wissen um das *aya waska* und die Mächte der nicht sichtbaren Welt abgeleiteten Kompetenzen. Sein Tätigkeitsfeld ist weit komplexer, mit erheblichen Unterschieden zwischen einzelnen Individuen³⁹: Zu ihren »traditionellen« Aufgaben gehört es, unruhige Totengeister zu befrieden, damit diese die Lebenden nicht mehr »belästigen«. Sie erklären Unglücks-, Todes- und Erkrankungsfälle, klären Diebstähle auf, finden im Regenwald vermisste Kinder und weisen den Weg zur Leiche eines im Fluss Ertrunkenen.⁴⁰ Vor allem Tätigkeiten dieser Art werden von den *yachak* erwartet, verbunden mit einem in der Praxis kaum zu bewerkstellenden Altruismus. Misstrauen und Konflikte sind daher vorprogrammiert und im Tiefland gelten inzwischen gerade jene *yachak* als suspekt, die aus ihrer spezifischen Kompetenz einen »Beruf« machen und in den urbanen Zentren gegen Bezahlung reihenweise fremde Patienten behandeln, seien dies Mestizen oder Touristen. Eine materielle Entlohnung für die Dienste eines *yachak* ist zwar nicht unüblich und weite Teile der indianischen Bevölkerung auch der ehemals abgelegenen Regionen haben inzwischen eine marktwirtschaftlich orientierte Wirtschaftsweise angenommen. Doch obgleich alle Familien heute abhängig sind von der Möglichkeit, Geld zu verdienen, haben »traditionelle« Werte (wie Reziprozität, wirtschaftliche und soziale Homogenität, aus der sich niemand »erheben« sollte) weiterhin Bestand. Konflikte brechen vor allem dort auf, wo Ansprüche und Erwartungen mit der Wirklichkeit kollidieren, und es nimmt kaum Wunder, dass sie im Falle der »traditionell«

das nicht so sehr verbreitet«, aus: Knipper, Krankheit, Kultur und medizinische Praxis [wie Anm. 11], S. 239.

38 Interviews in Ecuador im Herbst 2005; vergleichbare Phänomene wurden 2005 auch in Peru berichtet.

39 Zum Tätigkeitsbereich der *yachak* am Río Napo vgl. Iglesias, Sacha Jambí; Kohn, Cultura [alle wie Anm. 10]; Knipper, Krankheit [wie Anm. 11]; Guzmán, Yuca; Oberem, Quijos; Whitten, Sacha Ruina [alle wie Anm. 33]; Peñaherrera de Costales/Costales, Quichuas [wie Anm. 34]; Uzendoski, Michael A., The Articulation of Value among the Napo Runa of the Upper Ecuadorian Amazon, PhD. Dissertation University of Virginia 2000.

40 Zum breiten Aufgabenspektrum der *yachak* im andinen Hochland, welches unter anderem »Liebeszauber« und Hilfe bei wirtschaftlichen Schwierigkeiten umfasst, vgl. Wörrle, Heiler, [wie Anm. 10].

bereits ambivalent beurteilten *yachak*, bei denen es außerdem oft um Vorwürfe um Leben und Tod geht, besondere Brisanz besitzen.⁴¹

Wichtiger als die soziale Institution der *yachak* ist bei Behandlung kranker Menschen die Kompetenz all jener *Naporuna*, die dafür eine besondere »Hand« (*maki*) besitzen. Diese *makiyuk* (das Suffix *-yuk* zeigt Besitz an) haben eine besondere immaterielle Kraft (*paju*) erworben, die sie in die Lage versetzt, kranken Mitmenschen zu helfen. Dabei hängen die Behandlungsform (die von sehr schlichten manuellen Therapiemaßnahmen bis hin zu Ritualen mit aufwendig zubereiteten Heilmitteln reichen) wie auch die Eignung dieser oder jener *paju* besitzenden Person jeweils vom konkreten Krankheitsfall ab. Je nach Beschwerdebild und Kontext einer Erkrankung (wer ist krank, was ist vorher passiert, et cetera), kommen verschiedene Arten von *paju* (und damit u. U. andere Personen) als potentielle Helfer in Frage. Unter der Voraussetzung, dass diese ihren *paju* auch ordentlich »gepflegt« haben und entsprechend motiviert an die Sache heran gehen, können sie dem Kranken helfen. Auch manche *yachak* besitzen solche Arten von *paju*, andere dagegen nicht. *Paju* ist jedoch keineswegs eine allein den *yachak* vorbehaltene Qualifikation, und viele *makiyuk* weisen den Verdacht, *yachak* oder auch »Heiler« (*curandero*) zu sein, empört von sich. Beide Arten spezifischer Kompetenz (zum Umgang mit *aya waska* und der Besitz von *paju*) existieren parallel. Nur gelegentlich treffen sie sich in ein und der selben Person: So erklärte ein sehr anerkannter *yachak* mir, dass er schwer kranke Patienten oft zunächst nur mit Hilfe seines *paju* und der entsprechenden Heilmittel behandle und erst später (oft Tage später) zum *aya waska* greife um zu »sehen«, was vorgefallen sei. Die therapeutisch relevante Kompetenz des *yachak* wird also selbst von diesem nicht mit seinen spezifisch zum *yachak* gehörenden Fähigkeiten begründet.

Genau wie im Falle der *yachak* kann auch die Kompetenz der *makiyuk* nicht als spezifisch »medizinisch« bezeichnet werden. *Paju* ist kein Element eines »medizinischen Systems«, denn viele Arten von *paju* haben nicht im Entferntesten etwas mit der Behandlung Kranker zu tun: So gibt es *paju* für besonders Geschick beim Fischen und zum erfolgreichen Maisanbau. Im Zusammenhang betrachtet kennen die *Naporuna* offenbar in den Händen lokalisierte *paju* für möglicherweise alle zur erfolgreichen Lebensgestaltung notwendigen Fähigkeiten, einschließlich der Behandlung von Erkrankungen.

41 Während meiner Feldforschung in Ecuador 1997–1999 wurden verschiedene *yachak* wegen entsprechender Vorwürfe getötet oder mussten in andere Regionen flüchten.

Was gibt es noch für genuin »indigene« Kompetenzen im Umgang mit Krankheit? Der Gebrauch von Heilpflanzen spielt auch bei den *Naporuna* eine erhebliche Rolle, wobei viele aber ihre Wirksamkeit erst in der Hand (!) eines entsprechend kompetenten Menschen entfalten. Besonderes Wissen zu Heilpflanzen begegnet man bei sehr unterschiedlichen Menschen, von denen manche sich auch als *yachak* einen Namen gemacht haben, andere jedoch nicht. Dabei ist es nicht verwunderlich, dass vor allem einige der besonders alten Menschen einen sehr reichen Wissens- und Erfahrungsschatz im Umgang mit Heilpflanzen haben entwickeln können. Ein gewisses »Grundwissen« ist jedoch bei den meisten *Naporuna* vorhanden, zumindest unter jenen, die noch auf »traditionelle Weise« leben, das heißt in engem, alltäglichem Kontakt sowohl mit entsprechend kompetenten Menschen aus ihrem sozialen Umfeld, als auch mit der natürlichen Umwelt des Regenwaldes. Denn nur unter diesen Umständen besteht überhaupt die Gelegenheit, sich dieses Wissen anzueignen und fortzuentwickeln.

Die Krankheiten schließlich, die den *Naporuna* das Leben schwer machen und die auf eine »traditionelle Weise« (zum Beispiel mit Heilkräutern, durch *makiyuk* und/oder *yachak*) behandelt werden, sind keine spezifisch »indianischen« Erkrankungen, mit »kulturspezifischer« Ursache und klarer Abgrenzung zu biomedizinisch definierten Krankheiten. Eine »indianische Krankheitslehre« mit überindividuell festgelegten Krankheitseinheiten, denen unabhängig vom jeweils betroffenen Menschen eine spezifische Ursache und Therapie entsprechen würde, existiert zumindest bei den *Naporuna* nicht. Zwar kann gewiss jeder *yachak* auf Nachfrage eine solche Systematik liefern, oder zumindest Anhaltspunkte dafür bei entsprechend gestalteten Fragen. Aber der Vergleich zwischen den Aussagen verschiedener *yachak* hat zumindest am Río Napo große Unterschiede zutage gefördert und Widersprüche produziert, die ein solches Vorhaben höchst zweifelhaft erschienen lassen.⁴²

Als Fazit der Suche nach dem »traditionellen medizinischen System« der *indigenas* am Río Napo muss festgehalten werden, dass hier zwar eine große Vielfalt krankheitsbezogener Kenntnisse und Praktiken zu finden ist, dass diese sich aber nicht als definiertes medizinisches System beschreiben lassen.

42 Auch die üblicherweise für die *Kichwa* nicht nur des Napo beschriebenen Krankheitsbegriffe (wie *mal aire*, *susto* et cetera) besitzen weder eine über den konkreten Einzelfall hinaus bedeutsame, typische »Symptomatik«, noch beruhen sie auf einheitlichen Auffassungen zur Ursache (zum Beispiel »Seelenverlust« bei *susto*) oder ließen sich gar in »biomedizinisch« definierte Krankheitsbilder übersetzen. Vgl. Knipper, Krankheit [wie Anm. 11], S. 179ff.

Krankheitsbezogene Kompetenz ist außerhalb klar abgrenzbarer, medizinischer Kategorien sehr breit innerhalb der indianischen Gesellschaft verteilt. Sie basiert auf überlieferten Wissensbeständen, ist darüber hinaus aber substantiell geprägt von den Sozialbeziehungen und Kommunikationsformen, der Wirtschaftsweise und dem Zugriff der Menschen auf die Ressourcen der natürlichen Umwelt. Herausgelöst aus diesem Kontext verlieren die eigentlich mit komplexen Bedeutungen ausgestatteten Inhalte und Handlungen jedoch ihren Sinn: Pflanzen verkommen zu Trägern biochemisch definierter Wirkstoffe und die Rituale eines *yachak* zur Folklore.

Indianische Heilkunde im politisch-kulturellen Raum

Wie kommt der Kontrast zwischen der Auffassung von »traditioneller Medizin« in der nationalen und internationalen Öffentlichkeit auf der einen Seite und der Situation bei den hier exemplarisch vorgestellten *Naporuna* auf der anderen zustande? Worauf beruht insbesondere die offenbar sehr große Überzeugungskraft des auffällig homogenen, öffentlichen Bildes von »indianischer Medizin«, welches der empirisch fassbaren Wirklichkeit kaum entspricht, ja dieser im Hinblick auf die kulturelle, soziale und ökonomische Heterogenität der indianischen Bevölkerung auch kaum entsprechen kann? Denn obgleich das Beispiel der *Naporuna* nicht als repräsentativ für andere indianische Gruppen gelten kann, so zeigt es doch, dass die zu erwartende Variationsbreite dessen, was an krankheitsbezogenen Kompetenzen in indianischen Gruppen zu finden ist, und wie diese jeweils wahrgenommen, strukturiert, transferiert und praktiziert werden, das enge Korsett konventioneller medizinischer Kategorien und Strukturen bei Weitem überschreitet.

Etwas pointiert ausgedrückt handelt es sich bei den beschriebenen Widersprüchen um das Ergebnis der politisch-gesellschaftlichen Förderung der »indianischen Medizin« der vergangenen ein bis zwei Jahrzehnte. Verschiedene zeithistorische Prozesse auf lokaler, regionaler und globaler Ebene wirkten dabei zusammen: Auf der politischen Ebene haben insbesondere die Erfolge der indigenen Bewegungen – also die »Ethnisierung« des politischen Raumes – eine veränderte öffentliche Wahrnehmung und Beurteilung der »indianischen Kultur« zur Folge gehabt. Der Topos »traditionelle Medizin« wirkte dabei auf verschiedene Weise als politisches und kulturelles Symbol, welches den politischen Ethnisierungsprozess förderte und gleichzeitig selbst

an Bedeutung gewann. Die dazu notwendige Plausibilität erhielt die Vorstellung von der Existenz einer »traditionellen Medizin« der indianischen Gruppen jedoch erst durch einen bemerkenswerten kulturellen Wandel auf globaler Ebene: Die Wahrnehmung von »Medizin« und die Einschätzung von »alternativen« Arten der Heilkunde jenseits der von den Naturwissenschaften geprägten, »westlichen« Biomedizin hat sich seit den 1980er Jahren erheblich verändert. Was vorher (das heißt etwa seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges) dem Interesse und Medizinverständnis einer Minderheit entsprach, wurde zum Ende des vergangenen Jahrhunderts beinahe zum *common sense* unter Nutzern wie Anbietern professioneller medizinischer Dienste: Die Biomedizin ist nicht die einzige Art von Medizin und sie wird trotz allen wissenschaftlichen Fortschritts andere Formen der Heilkunde weder überflüssig machen, noch deren Theorien und Praktiken als unsinnig und anachronistisch entlarven können. Darüber hinaus wuchs auf breiter Front eine teils erhebliche Frustration mit der Biomedizin. Sehr ähnlich der Situation in den 1920er Jahren, als entsprechende Argumente unter dem Schlagwort »Krise der Medizin« innerhalb wie außerhalb der medizinischen Profession breit diskutiert worden waren, wird die »Schulmedizin« erneut als eine, »das menschliche Individuum« vernachlässigende, rein »materialistische«, »anonyme« und oftmals mehr Schaden als Nutzen bringende Medizin wahrgenommen.⁴³ Eine weitere Parallele zur Zwischenkriegszeit besteht darin, dass die medizinkritischen Debatten damals wie heute starke Impulse zur Etablierung »alternativer« Arten von Medizin gegeben haben. Die Suche nach »Alternativen« zielt dabei derzeit allerdings weniger auf die eigene Tradition der westlichen Industriestaaten, als auf »fremde Kulturen«. Als paradigmatisch für das derzeitige Bild einer Alternativmedizin aus einem fremdkulturellen Kontext kann in diesem Zusammenhang die »traditionelle chinesische Medizin« betrachtet werden, deren Vorbildfunktion bei einer genaueren Analyse auch für die »indianische Medizin« offensichtlich wird.

43 Primäre Quellen: Honigmann, Georg, Die Krise der Medizin in der literarischen Beleuchtung der letzten Jahre, in: HIPPOKRATES 1 (1928), S. 170–180; Sigerist, Henry E., Das Bild des Menschen in der modernen Medizin, in: Neue Blätter für den Sozialismus 1:3 (1930), S. 97–106; Sekundärliteratur: Klasen, Eva-Maria, Die Diskussion über eine »Krise« der Medizin in Deutschland zwischen 1925 und 1935, Med. Diss. Universität Mainz 1984; Bothe, Detlef, Neue Deutsche Heilkunde 1933–1945, Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften Heft 62, Husum 1991, S. 16–37; Timmermann, Carsten, Constitutional Medicine, Neoromanticism, and the Politics of Antimechanism in Interwar Germany, in: Bulletin for the History of Medicine 75 (2001), S. 717–739.

Das asiatische Vorbild

Die »Traditionelle Chinesische Medizin« (TCM) der Gegenwart sei die »Neuerschaffung einer Heilkunde, die auf westlichen Ängsten aufbaute« und dazu »Versatzstücke« der chinesischen Tradition benutze.⁴⁴ So fasst der Sinologe und Historiker Paul Unschuld die Geschichte der TCM im 20. Jahrhundert in etwas provozierenden Worten zusammen. Neben der Nachfrage nach einer »sanften Alternative« zur vermeintlich aggressiven Schulmedizin in den westlichen Industrienationen war vor allem die politische Instrumentalisierung der »eigenen« Medizin in China als »Vermächtnis des Volkes«⁴⁵ etwa seit den 1950er Jahren eine wesentliche Triebfeder dieser Entwicklung. Ebenso wie in anderen asiatischen Ländern, in denen »traditionelle« Formen der Heilkunde in den Jahrzehnten um die Wende zum 20. Jahrhundert zunächst von der »westlichen Medizin« verdrängt zu werden schienen, war deren Renaissance – etwa der japanischen Kanpō-Medizin, des hinduistisch geprägten Ayurveda und der islamischen Unani-Medizin in Indien – eingebunden in die politischen Diskurse um nationale beziehungsweise kulturell-religiöse Identität in den betroffenen Ländern und Regionen.⁴⁶

Ein kurzer Blick auf die Mechanismen und historischen Prozesse, die bei der »Erschaffung« der »TCM« im vergangenen Jahrhundert zum Tragen gekommen sind, schärft die Wahrnehmung der gegenwärtigen Entwicklung im Bereich der »traditionellen Medizin« indianischer Gruppen in Lateinamerika. Darüber hinaus legt der erhebliche Protagonismus gerade chinesischer Akteure (Wissenschaftler, Politiker et cetera) innerhalb zum Beispiel der mit der »traditionellen Medizin« befassten Gremien der WHO einen unmittelbar prägenden Einfluss des chinesischen Vorbildes für die derzeitige Situation in Lateinamerika zumindest nahe.⁴⁷

44 Unschuld, Paul U., Was ist Medizin, C.H. Beck, München 2003, S. 270.

45 Ebd., S. 256.

46 Vgl. Oberländer, Christian, »Traditionelle« Medizin und Krankheitsverständnis im Japan der Moderne, in: Zeitschrift für medizinische Ethik, 49 (2003), S. 277–286; Alter, Joseph S. (Hg.), Asian Medicine and Globalization, Philadelphia 2005.

47 Bereits 1978 wurde das chinesische Modell innerhalb der WHO als »leuchtendes Vorbild« bezeichnet: »The tremendous success of the Chinese experience in the integration of western medicine and Chinese traditional medicines continue to provide the shining example of the potential which lies in integration for the promotion and development of systems of traditional medicine«, WHO, The promotion and development, [wie Anm. 21], S. 17. Im Hinblick auf die Vorbildfunktion Chinas für Lateinamerika, ist etwa das folgende Zitat aus einem Dokument der PAHO von 1997 aufschlussreich: »(...) with the admission of the Peoples Republic of China to the United Nations system in 1971, consideration had already begun to be given

Nachdem in den Jahren nach der Gründung der Volksrepublik China 1949 die politische Förderung der »traditionellen Medizin« in Gang kam, begann eine systematische Erfassung und »wissenschaftliche Bewertung« der traditionellen Wissensbestände und Praktiken, die dabei von den als »anachronistisch« oder »abergläubig« betrachteten Elementen »gereinigt« werden sollten.⁴⁸ Den theoretischen und kulturellen Bezugsrahmen lieferten dazu die allein an den materiellen Dimensionen der menschlichen Existenz interessierten Naturwissenschaften. Die Heterogenität der umfangreichen, schriftlich überlieferten Wissensbestände, wie auch der oral tradierten Kenntnisse, Praktiken und Erfahrungen, wurde auf übersichtliche und mit dem herrschenden Verständnis von Wissenschaft und Objektivität kompatible Darstellungen reduziert. Die maßgeblichen Autoren der entsprechenden Bücher und Studien, die das globale Bild der »TCM« schließlich bestimmen sollten, kamen dabei aus dem »Westen«⁴⁹.

Das offiziell vertretene Bild der »traditionellen indianischen Medizin« ist der »TCM« der Gegenwart in struktureller Hinsicht sehr ähnlich und wird von der WHO und anderen Institutionen und Autoren daher nicht zu Unrecht in dieselbe Kategorie innerhalb des globalen Medizinpluralismus eingeordnet.⁵⁰ Darüber hinaus kommt es im Zuge der derzeitigen »Förderung« der »indianischen Medizin« etwa im Rahmen der entsprechenden Strategien der WHO zu Prozessen, die jenen, die gerade für China skizziert wurden, sehr ähnlich sind: Die von der WHO stets wiederholten Zielvor-

on an international level to cultural issues and the possibility of applying health programs based on a harmonious relationship between traditional medicine and western medicine», PAHO, Toward a comprehensive approach to Health, guidelines for research with indigenous peoples. Working group on research, November (29. december 1995), Division of Health Systems and Services Development, Pan American Health Organization/World Health Organization, Washington D. C., March 1997, S. 1. Viele der seit den 1970er Jahren durchgeführten Arbeitsreffen der WHO-Experten zur globalen »traditionellen Medizin« fanden in China statt, und die entsprechende Abteilung innerhalb der WHO wird maßgeblich von chinesischen Repräsentanten geprägt beziehungsweise geleitet. Für weitere Informationen vgl. Website der WHO, URL: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/en/>

48 Ots, Thomas, Medizin und Heilung in China, Annäherungen an die traditionelle chinesische Medizin, 3. Auflage, Berlin 1999, S. 22–24; Unschuld, Medizin [wie Anm. 44].

49 Ots, Medizin [wie Anm. 48]; Unschuld, Medizin [wie Anm. 44]; Taylor, Kim, Divergent Interests and cultivated misunderstandings: the influence of the West on Modern Chinese Medicine, in: Social History of Medicine 17:1 (2004), S. 93–111.

50 WHO, Traditional medicine-growing needs; WHO Traditional Medicine Strategy; WHO, Traditional Medicine, Fact Sheet; PAHO, Traditional, Complementary [alle wie Anm. 4]; Mideros u. a., Medicinas; Micozzi, Culture [beide wie Anm. 3].

gaben »safety, efficacy and quality« sowie »rational use« beinhalten ebenfalls die systematische Erfassung, Begutachtung und Registrierung von Kenntnissen, Praktiken und Heilmitteln nach naturwissenschaftlich, und vom Bedarf nicht-indianischer Therapeuten, Patienten und Kunden, geprägten Kriterien. Als besonders dringend wird dabei auf nationaler (DNSPI) wie internationaler Ebene (WHO, PAHO) die Notwendigkeit zur Reglementierung und Kontrolle der »Anbieter« eingeschätzt. Im Hinblick auf die globale Dynamik der hier stattfindenden, kulturellen Austauschprozesse ist unter anderem bemerkenswert, wie das »westlich« geprägte, asiatische Modell von »traditioneller Medizin« jetzt die entsprechenden Prozesse unter anderem in Lateinamerika prägt.

Eine wichtige Funktion zur Vermittlung und strukturellen Bahnung dieser Entwicklungen kommt der Weltgesundheitsorganisation zu. Seit den 1970er Jahren organisiert sie maßgeblich den weltweiten Diskurs innerhalb der medizinischen *Scientific Community* zum Thema »traditionelle« und inzwischen auch »Komplementär- und Alternativmedizin«. Als Untergliederung der Vereinten Nationen, die eine klar naturwissenschaftlich orientierte Auffassung von Medizin und Gesundheitsversorgung vertritt, verfügt sie nicht nur über die notwendigen strukturellen Voraussetzungen, sondern offenbar auch über die Autorität, um den Debatten in diesem sehr umstrittenen Feld eine Richtung zu geben.⁵¹ Es wäre sicher interessant, die Aushandlungsprozesse innerhalb der WHO um die Beurteilung »traditioneller« medizinischer Kenntnisse und Praktiken einmal genauer zu untersuchen. Was sich aber bereits jetzt, aus einer Zusammenschau der veröffentlichten Quellen von WHO und PAHO, aus der Geschichte der asiatischen Medizinformen im 20. Jahrhundert sowie dem hier vorgenommenen Vergleich der öffentlichen Repräsentationen »indianischer Medizin« mit der empirisch fassbaren Realität etwa im Amazonastiefland von Ecuador ableiten lässt, ist ein Prozess einer strukturellen Angleichung der offiziell anerkannten Formen von »traditioneller Medizin« weltweit. Nach »ethnischen« Kriterien identifizierte »Medizinsysteme« haben heute in der globalen Vielfalt verschiedener »Komplementär- und Alternativmedizinarten« ebenso ihren Platz wie solche »nationaler« (China, Japan), religiöser (Unani-Medizin und Ayurveda in Indien) oder anders bestimmter Identität (zum Beispiel »Homöopathie« nach dem angenommenen Wirkprinzip).

⁵¹ So werden die Definitionen der WHO breit rezipiert (zum Beispiel durch die *National Institutes of Health* der USA, vgl. Anm. 23) und innerhalb der WHO und PAHO oft quer zitiert, so dass sie in maßgeblichen Kreisen unhinterfragt zirkulieren.

Traditionelle Medizin: Globaler Aufstieg und Isomorphisierung

Dank der politisch-gesellschaftlichen Unterstützung der vergangenen Jahre ist die »indianische Medizin« derzeit dabei, sich in diesem Kreis zu etablieren. Der »Marsch in die Institutionen« ist jedoch – ähnlich dem Fall der TCM – mit einem Verlust an Vielfalt und Individualität verbunden. Die oben vorgenommene Gegenüberstellung zwischen den empirisch fassbaren, krankheitsbezogenen Elementen der Kultur einer indigenen Gruppe (Beispiel *Naporuna*) und den offiziellen Repräsentationen von »traditioneller indianischer Medizin« zeigt dies deutlich. Vergleicht man zusätzlich noch entsprechende Darstellungen auf nationalem Niveau (DNSPI) mit solchen auf internationaler Ebene (zum Beispiel der PAHO, WHO), ist hier eine zunehmende »Isomorphisierung« entsprechend einer globalen »Standardstruktur« zu beobachten.⁵² Während die Situation an der Basis im Hinblick auf »medizinische« Strukturen am ehesten als »polymorph« bezeichnet werden kann (mit kontinuierlichen Übergängen zwischen Kategorien wie »Laie« und »Experte« oder »medizinischen« und »nicht-medizinischen« Kompetenzen), gleicht sich das Bild der »traditionellen Medizin« mit jedem Schritt auf eine höhere Stufe zunehmend an. Die strukturellen Vorgaben und der enger werdende Raum lassen kaum noch Spielraum für Unterschiede jenseits der Oberfläche ethnisch eingefärbter Etiketten. Denn je mehr Länder- oder »Ethnien«-spezifische Medizinformen in einem Dokument dargestellt werden, desto geringer wird allein schon der Platz für Information zu den einzelnen »Traditionen«.⁵³ Außerdem sinkt die Zahl der Informanten pro Land und plötzlich kann der Repräsentant eines spezifischen Projektes das Bild der Situation eines ganzen Landes prägen. Die im Dokument des DNSPI noch aufscheinende Differenzierung zwischen Hoch- und Tiefland in

⁵² DiMaggio, Paul J./Powell, Walter W., The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields, in: *American Sociological Review* 48 (1983), S. 147–160; Wimmer, Andreas, Gleichschaltung ohne Grenzen? Isomorphisierung und Heteromorphisierung in einer verflochtenen Welt, in: Brigitta Häuser-Schäublin/Ulrich Braukämper (Hg.), *Ethnologie der Globalisierung, Perspektiven kultureller Verflechtung*, Berlin 2002, S. 77–94. Den Hinweis auf dieses theoretische Modell verdanke ich Joanna Pfaff-Czarnecka auf dem Workshop des SFB 584 (Teilprojekt 13B) vom 11.–12. 11. 2004 in Bielefeld). Zu weiteren Beispielen für entsprechende strukturelle Anpassungsprozesse bei Akteuren »traditioneller Medizin« vgl. Wurrle, Lateinamerika [wie Anm. 30], S. 120ff.

⁵³ Vgl. zum Beispiel PAHO, *Traditional health systems* [wie Anm. 27], mit knappen, klar durchstrukturierten Informationen zur »traditionellen Medizin« der verschiedenen Länder.

Ecuador ist etwa in den »nationalen« Rubriken internationaler Papiere kaum noch sichtbar.

Die von DiMaggio und Powell identifizierten Mechanismen, die zur Isomorphisierung sozialer Institutionen führen können, sind auch im Falle der »traditionellen Medizinsysteme« wirksam:⁵⁴ (i) Isomorphisierung durch Zwang (*coercive isomorphism*) in Folge von politischen Vorgaben und Fragen rechtlicher Zulassungen, (ii) »mimetische Isomorphisierung« als »Standardreaktion auf Ungewissheit« sowie (iii) »normative Isomorphisierung« im Zusammenhang mit Professionalisierungsprozessen. Die oben beschriebenen Initiativen zur »Förderung« und »Entwicklung« der »indianischen Medizin« im Schoß der staatlich anerkannten »CAM« weisen alle drei Dimensionen auf. Aus einer an kulturellen Transformations- und Austauschprozessen interessierten Perspektive ist dabei vor allem der Hinweis auf die »mimetische Isomorphisierung« aufschlussreich: Die offenbare Hilflosigkeit im Kreise der global aktiven Experten gegenüber einer in gewohnten Begriffen nicht ohne Weiteres erfassbaren Umgangsweise mit Krankheit führt zu den bekannten Standardantworten: Der Dreiklang aus Heilpflanzen, lokalen medizinischen Experten und Ritualen bringt Harmonie in die unübersichtlichen Erscheinungen jenseits des Gewohnten. Das »traditionelle medizinische System« ethnischer Prägung hat sich dabei als plausibles Wahrnehmungsmuster durchgesetzt und wohlklingende Residualkategorien wie »ganzheitlich« und »spirituell« bieten außerdem die Möglichkeit, das kulturell Fremde ohne weiteres Nachdenken zügig zu vereinnahmen. Ist es aber sinnvoll, ein Krankheitsverständnis wie jenes, welches den *Naporuna* eine sinnvolle Einordnung eines Erkrankungsfalles vor dem Hintergrund ihrer Lebenswirklichkeit bietet und in welchem unter anderem »Geister« eine Rolle spielen sowie eine besondere Wahrnehmung des Menschen im sozialen Gefüge der Welt, in einem europäisch geprägten Sinn als »spirituell«, »ganzheitlich« oder »natürlich« zu bezeichnen? In der Sprachwissenschaft werden ähnlich erscheinende Begriffe in fremden Sprachen, die einem Sprachschüler fälschlicherweise eine identische Bedeutung suggerieren, als »falsche Freunde« bezeichnet (Beispiel englisch/deutsch: to become).⁵⁵ Bei nicht ausreichend reflektierter Anwendung von Begriffen wie »natürlich«, »ganzheitlich« und »spirituell« in fremden kulturellen Kontexten erweisen diese sich ebenfalls »als »falsche Freunde« und behindern die interkulturelle Kommunikation. Doch obgleich

⁵⁴ DiMaggio/Powell, Cage [wie Anm. 52], S. 150.

⁵⁵ Vgl. Reé, Jonathan, 'The Translation of Philosophy', in *New Literary History* 32:2 (2001), S. 223–257, vor allem S. 233.

sie einem differenzierten Verständnis des jeweils »Fremden« nicht zuträglich sind, mutieren die »falschen Freunde« im globalen Alltagsgeschäft zur »Förderung« traditionell medizinischer Verfahren zu Verbündeten.

Wie weit die »isomorphe Alternativmedizin« »indianischer« Art nun aber in der Lage ist, auch die Realität in den indianischen Gemeinen nachhaltig zu verändern, bleibt zunächst unklar. Wie bei anderen Entwicklungs- und strukturellen Anpassungsprozessen im Zuge der Globalisierung auch, handelt es sich nicht um einen eindimensionalen Wandlungsprozess mit vorbestimmtem Ziel.⁵⁶ Auch im Falle der »traditionellen Medizin« ist daher von einer parallel verlaufenden »Heteromorphisierung« auszugehen, die sich zum Beispiel in einer unübersichtlichen Ausdifferenzierung von »Anbietern« als »traditionell« bezeichneter Medizin zeigen kann oder aber auch in Gesundheitseinrichtungen, die dem offiziellen Bild mehr oder weniger explizit widersprechen. So ist die Dominanz der *yachak* und Schamanen in der offiziell geförderten »traditionellen indianischen Medizin« Ecuadors an der Basis durchaus umstritten, und am Oberlauf des Napo gibt es beispielsweise Bemühungen um eine spezifische Förderung der *makiyuk*.⁵⁷ Weitere Varianten sind zu erwarten.

»Traditionelle indianische Medizin« als politisches Symbol

Auf die Bedeutung politischer Aspekte für die derzeitigen Entwicklungsprozesse um die »traditionelle indianische Medizin« wurde bereits mehrfach hingewiesen. Die »indianische Medizin« hat politischen Rückenwind, seitdem die Ansprüche »indigener Völker« auf nationaler und internationaler Ebene zunehmend Beachtung finden. Auch aus diesem Grund wird die »indianische Medizin« in die nach oben enger werdenden Strukturen nationaler und internationaler Institutionen geweht. Dies ist jedoch kein eindimensionaler Vorgang. Es profitiert nicht allein die »Medizin« von der »Politik«, sondern umgekehrt unterstützt die »traditionelle Medizin« auch die ethnischen Diskurse im politischen Feld. Dabei sind in beiden Bereichen sehr verwandte Argumentationsmuster etwa im Hinblick auf die Verwendung der Kategorie »indianische Kultur« zu beobachten.

⁵⁶ Vgl. Wimmer, Gleichschaltung [wie Anm. 52].

⁵⁷ Gespräche mit Vertretern der indianischen Föderation FONAKIN, Provinz Napo, Herbst 2005.

Kaum ein Dokument zur »indianischen Medizin« jüngerer Datums (mit Ausnahme jener, die sich auf den »medizinischen« Bereich der CAM konzentrieren) ist frei von politischen Stellungnahmen, welche die Anerkennung der »traditionellen Medizin« mit den politischen Emanzipationsbewegungen der indianischen Bewegungen in Verbindung bringen. Die Aufnahme der »traditionellen Medizin« in die verfassungsmäßigen Rechte indigener Bevölkerungsgruppen im Jahre 1998, und die Einrichtung der DNSPI im Ecuadorianischen Gesundheitsministerium werden zum Beispiel als unmittelbare Konsequenzen – und damit Erfolge – der indigenen Bewegungen dargestellt.⁵⁸ Darüber hinaus dienen internationale Deklarationen wie die berühmte Konvention 169 der *International Labour Organisation* sowie solche im Zusammenhang mit der jüngst verlängerten Dekade der indigenen Völker als politische Legitimation für das seit den 1990er Jahren wachsende Interesse an »traditioneller indianischer Medizin«.⁵⁹ Die Semantik entsprechender Schilderungen (auch im Film des UN-Bevölkerungsfonds zum *Jambi Huasi* in Otavalo),⁶⁰ zeigt darüber hinaus eine auffällige Übereinstimmung zwischen der Rhetorik im politischen und medizinischen Kontext: Die Narrationen zur »traditionellen Medizin« sind geprägt von Kategorien wie »Ende der Unterdrückung« und »Befreiung«. Die Situation der »indianischen Medizin« wird mit jener der »indianischen Kultur« allgemein gleichgesetzt, wobei auf einen essentialistischen, statischen Kulturbegriff rekurriert wird: Die »traditionelle Medizin« wird wie die »indianischen Nationen und Völker« als historisch stabile Einheit dargestellt, mit klar definierbaren Wesenzügen und Grenzen. Offenbar ist das Feld der »Medizin« gut geeignet, um die komplette Ausstattung der »indianischen Nationen und Völker« als ebenbürtig zur ihrem »westlichen« beziehungsweise »nicht-indianischen« Pendant zu demonstrieren. Die Broschüre der DNSPI wird sehr deutlich: Es wird das Bild einer »indianischen Medizin« parallel zur »westlichen« gezeichnet, mit eigenen, in der »Überlieferung« verankerten »Errungenschaften« in den Bereichen »Wissenschaft«, »Technologie« und »Organisation«.⁶¹ Die strukturelle Ähnlichkeit der »traditionellen Medizin« mit einem monolithischen Bild der »westlichen« hat also auch einen klaren politischen Charakter, als Demonstration kultureller Gleichwertigkeit. Sie unterstreicht die politischen Ansprüche nach einer »multi-ethnischen« Ge-

58 *Dirección Nacional* [wie Anm. 13], S. 5

59 Ebd., S. 7f; PAHO, *Toward a comprehensive approach* [wie Anm. 47], S. 1f.

60 Vgl. Selbstdarstellung im Video auf der Website des UNFPA [wie Anm. 25].

61 *Dirección Nacional* [wie Anm. 13], S. 6.

staltung der Gesellschaft, in welcher jede einzelne ethnische Gruppe (»Volk«, »Nation«) über eigene Strukturen und Institutionen verfügt, bis hinein in den Bereich der Medizin.

Neben der ideologischen Bedeutung bietet sich die »indianische Medizin« aber auch in anderer Hinsicht als Symbol indianischer Ethnizität an und öffnet dabei politische Optionen für beide Seiten, Staat und indigene Bewegungen. Zum einen stellt ihnen der Bereich der Medizin ein derzeit eher unproblematisches Interaktionsfeld dar. Im Vergleich mit anderen repräsentativen Elementen der »indianischen Kultur« birgt die »traditionelle Medizin« derzeit kaum Konfliktpotential. Die Tätigkeit der Schamanen ist legalisiert und wird von vielen nicht-indianischen Kunden in Anspruch genommen. Ein wesentliches Konfliktfeld ist damit ausgeräumt. Anders als etwa im Hinblick auf die im selben Artikel der Verfassung von 1998 ebenfalls »garantierten« Landrechte, können Staat und indianische Bewegungen bei der »traditionellen Medizin« auf eine sehr harmonische Art und Weise aktiv werden und politische Zeichen setzen.⁶² Darüber hinaus kann der Staat durch Diplome für Repräsentanten der »traditionellen Medizin« oder die Schaffung von Institutionen wie der DNSPI auf die indianischen Bewegungen zugehen, politisches Handeln »für die Indianer« und sogar konkrete Ergebnisse vorweisen.⁶³ Im Bereich der Landrechte ist eine auf die Interessen der indianischen Bevölkerung gerichtete Politik dagegen kaum möglich, denn sie kollidiert mit essentiellen wirtschaftlichen Interessen des Staates zum Beispiel bei der Ausbeutung von Bodenschätzen.

Für die indianische Bewegung und ihre Repräsentanten bietet sich die »traditionelle Medizin« außerdem als politisch brauchbares Symbol zur »sozialen Schließung«⁶⁴ der eigenen Reihen an. Außer in Zeiten von Massenprotesten und Aufständen ist deren Autorität in der indigenen Bevölkerung ja keineswegs unumstritten. Die Schaffung eigener administrativer Strukturen (zum Beispiel die DNSPI) kann hier als Zeichen des »Erfolgs« politisch instrumentalisiert werden. Wenn die »indianische Kultur« in Institutionen

62 Art. 84, Abs. 2, 3, 4, 5 und 8 beinhalten Aussagen zu den Landrechten indigener Gruppen. Dennoch kommt es vor allem in den Erdölfördergebieten Amazoniens immer wieder zu schweren Konflikten um die Landrechte indigener Gruppen, die oft in Enteignungen der vom Staat beziehungsweise den Ölunternehmen benötigten Gebiete enden.

63 Vgl. Wörrle, Lateinamerika [wie Anm. 30], S. 122ff; Schweitzer de Palacios, Dagmar, Von Heilern und Fernsehstars. Die *yachak* von Cotacachi zwischen gestern und heute, in: Dies./ Wörrle, Heiler [wie Anm. 10], S. 181–228.

64 Wimmer, Andreas, Kultur, zur Reformulierung eines sozialanthropologischen Grundbegriffs, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 48 (1996), S. 401–425.

des Staates jenseits politischer Posten sichtbar wird, bedeutet dies eine Aufwertung des »indianischen Elements« innerhalb der ecuadorianischen Gesellschaft. Die Erfolge der indigenen Bewegung werden greifbar, und »ethnische« Identität als politische Kategorie gewinnt Plausibilität, obgleich die politisch-sozialen Interessen innerhalb der sehr heterogenen indianischen Bevölkerung möglicherweise auseinander driften.

Zur »sozialen Schließung« ethnisch definierter Gruppen braucht es Identität stiftende Symbole. Die »traditionelle indianische Medizin« wird in diesem Sinne wirksam, ist also gleichsam mit politischer Bedeutung aufgeladen. Denn im Gegensatz zur politisch derzeit erfolgreichen Idee von den »indigenen Nationen und Völkern«, bei denen die identitätsstiftenden »Überlieferungen« zumindest implizit mit einer gemeinsamen »Abstammung« – also einer biologischen Verbindung – korreliert, ist die Frage nach den Kriterien indianischer Identität in der Alltagswelt wesentlich schwieriger und komplexer. Ethnizität ist bekanntlich eine soziale Kategorie,⁶⁵ wobei die Integration und politische Förderung der einen den Ausschluss und nachlassende Aufmerksamkeit für andere bedeuten kann. Die ambivalente Wirkung von Ethnisierungsprozessen lässt sich auch am Beispiel der ländlichen Bevölkerung im Amazonastiefland von Ecuador beobachten, bis hinein in den Bereich von Medizin und Gesundheitsversorgung: Im Zuge der staatlich forcierten Besiedlung dieser Region vor allem in den 1970er und 80er Jahren kamen auch viele Menschen indianischer Abstammung aus dem Hochland, um hier ihr bescheidenes Glück zu suchen. Fortan galten sie hier wie alle anderen Ankömmlinge als »Siedler«, die den lokalen *indígenas* den angestammten Lebensraum streitig machten. Im Hinblick auf eine explizite Berücksichtigung der »Kultur« im Bereich der Gesundheitsversorgung, konzentriert sich die derzeit stark »ethnisierte« Debatte jedoch allein auf Bevölkerungsgruppen mit eindeutig »ethnisch« definierter Identität. Im Wettbewerb um Aufmerksamkeit, Gelder und eine Berücksichtigung ihrer »Kultur« sind die nicht ethnisch anerkannten Gruppen im Nachteil, zumal wenn die Politik der Zentralregierung vor allem den Forderungen der ethnisch organisierten Gegenmacht zu entsprechen sucht. Im Hinblick auf ihre konkreten

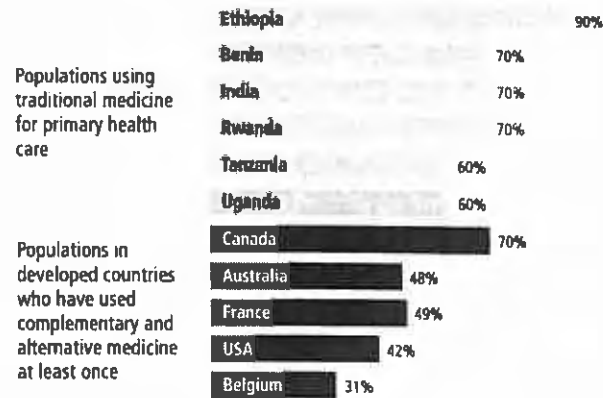
⁶⁵ Bowen, John R., Should we have a universal concept of (indigenous peoples) rights? Ethnicity and essentialism in the twenty-first century, in: *Anthropology Today* 16:4 (2000), S. 12–16; Jenkins, Richard, *Rethinking ethnicity. Arguments and explorations*, London 1977.

Interessen und Bedürfnisse liegen aber die ethnisch und nicht ethnisch identifizierte Landbevölkerung nicht nur von Ecuador gewiss näher beieinander als die indianische Basis und ihre inzwischen etablierten Eliten.

Abschlussbemerkung

Indianische Kultur und vor allem die indianischen Gesellschaften sind bekanntlich nicht statisch, sondern wie jede andere soziale Gruppe in steren Entwicklungs- und Ausdifferenzierungsprozessen begriffen. Die Übernahme ehemals fremder Begriffe (zum Beispiel aus dem Bereich der »westlichen Medizin«) und Praktiken sowie die Erschließung neuer Wirtschaftsfelder und Märkte (zum Beispiel Medizintourismus) ist auch in indigenen Gruppen alles andere als ungewöhnlich. Bei der Betrachtung der »traditionellen Medizin« ist aber bemerkenswert, dass gerade die Erschaffung des Neuen mit einem Rekurs auf vermeintlich unverändert bestehender, »überlieferter« Traditionen einhergeht und einem essentialistischen Begriff von »Kultur« (und Medizin) offenbar gerade dort zentrale Bedeutung zukommt, wo die innere Kohärenz und der Zusammenhalt ethnisch definierter Gruppen in Frage stehen. Im Hinblick auf das hier im Vordergrund stehende Feld von Medizin und Gesundheitsversorgung gewinnen dabei zunächst eher »theoretisch« erscheinende Fragen nach begrifflichen Kategorien, ihren Prämissen und Implikationen auch eine erhebliche praktische Relevanz (welche auch als Triebfeder der hier vorgestellten Überlegungen wirkt). Denn die Argumentation der offiziellen »Förderer« der traditionellen Medizin stellt stets die Bedürfnisse der breiten indianischen Bevölkerung in den Vordergrund. Die Nutznießer der institutionellen Förderung und Etablierung der »traditionellen Medizin« sind im Endeffekt aber andere – nämlich Anbieter und Konsumenten, vielleicht auch politische Eliten –, während all jene, deren »Kultur«, Lebensumstände und ökonomischen Perspektiven die auf globaler Eben derzeit dominierenden Schemata sprengen, weitgehend leer ausgehen.

Figure 1 Many developing country populations use TM to help meet health care needs, while many populations in developed countries have used CAM at least once



Sources: Eisenberg DM et al. 1998, Fisher P & Ward A. 1994, Health Canada. 2001; World Health Organization, 1998; and government reports submitted to WHO

Abb. 1: »Traditionelle Medizin« und »CAM« in einer Publikation der WHO von 2002

(Quelle: WHO, Traditional Medicine – Growing Needs and Potentials, WHO Policy Perspectives on Medicine N° 2, May 2002, World Health Organization, Geneva 2002, S. 1)



Abb. 2: Schema zur interkulturellen Medizin der DNSPI, Ecuador, 2000

(Quelle: Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, equinoccio de septiembre del 2 000, S. 21).

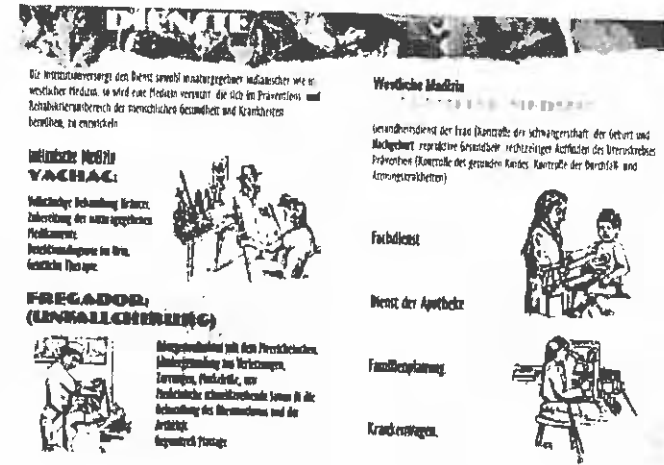


Abb. 3: »Traditionelle« und »westliche Medizin« auf einem deutschsprachigen Flyer des Jambi Huasi

(Quelle: Flyer des Jambi Huasi, o. D.)

Tourismuspaket der Gesundheit
Gegenstreß Behandlung und Sauna
Medizinschwimmbad
Aromatherapie



Abb. 4: Das »Tourismuspaket« des Jambi Huasi

(Quelle: Rückseite des Flyers des Jambi Huasi, o. D., vgl. Abb. 3)