

# Indigene Völker und Gesundheit

KLAS HEISING & SYLVIA REINHARDT

In den letzten Jahrzehnten haben sich die Lebensweise und die Umwelt der indigenen Bevölkerung Lateinamerikas stark verändert. Die Gesundheitssituation ist in den meisten indigenen Gemeinden, insbesondere aufgrund der beträchtlichen Armut, als prekär einzustufen. Der häufig fehlende oder erschwerte Zugang zu Gesundheitsdiensten, soziale Probleme, Umweltverschmutzungen, mangelhafte Nahrungsversorgung, unzureichende Hygienepraktiken und fehlender Zugang zu (Trink-) Wasser sind oft der Grund für Krankheiten und Epidemien.

Die heutige Gesundheits- und Hygienesituation der indigenen Bevölkerung wurde durch die jahrhundertelange Abhängigkeit und Marginalisierung verursacht, wie auch die Panamerikanische Gesundheitsorganisation PAHO (Panamerican Health Organization) bei ihrer Sitzung von Winnipeg im Jahre 1993 feststellte. Traditionelle Praktiken und Kenntnisse zur Gesundheitsvorsorge und Hygiene sowie zur Behandlung von Krankheiten etc. gehen verloren und werden kaum noch angewendet, weil sie in der heutigen Lebenssituation als nicht mehr angepasst empfunden werden.

Meist haben indigene Bevölkerungsgruppen eine weit höhere Sterblichkeits- und Anfälligkeitsrate für Krankheiten als die übrige Bevölkerung der jeweiligen Nationalstaaten was ihren im Vergleich niedrigeren Lebensstandard und sozialen Status reflektiert (vgl. PAHO, 1993). So liegt die Lebenserwartung der indigenen Bevölkerung ca. 10 bis 20 Jahre unter der der übrigen Bevölkerung eines Landes (PAHO, 2004a). Bestehende staatliche Gesundheitsprogramme tragen den spezifischen soziokulturellen Rahmenbedingungen der indigenen Bevölkerung bisher kaum Rechnung. Oft fehlt neben den notwendigen ökonomischen Ressourcen auch der politische Wille (vgl. PAHO, 1993).

## Säuglings- und Müttersterblichkeit

Als grober Indikator für die Gesundheitssituation eines Landes eignet sich die Säuglingssterblichkeit (Anzahl der Säuglinge, die im ersten Lebensjahr sterben pro 1000 Neugeburten), da diese von der Qualität und dem Zugang zur öffentlichen und privaten Gesundheitsversorgung, den Hygiene- und Gesundheitspraktiken und der allgemeinen Lebenssituation der Bevölkerung abhängt. Tabelle 1 zeigt Säuglingssterblichkeitsraten in Ländern Lateinamerikas, die zwischen 19 und 56 liegen, während eine beispielhafte Untersuchung verschiedener indigener Völker in den gleichen Ländern Zahlen zwischen 81 und 145 aufweist.

Tabelle 1: Beispiele zur Säuglingssterblichkeit in ausgewählten Ländern (eigene Zusammenstellung)

Land	Landesdurchschnitt der Säuglingssterblichkeit in 2003 (von 1000 Lebendgeburten)	Durchschnitt der Säuglingssterblichkeit der indigenen Bevölkerung (von 1000 Lebendgeburten)
Deutschland	4	
Kolumbien	19	111 (Wayu)
Brasilien	31	106 (Xavante)
Ecuador	30	62 (Quichua, Provinz Cotopaxi)
Bolivien	56	145 (indigene Gruppen im Chaco)
Mexiko	40	81 (Tzotzil)
Peru	43	99 (Ashaninka)

Quelle: Gesundheitsministerien; UNO; PAHO; PIÑEROS-PETERSEN, 1998

Oft ist die Gesundheitssituation indigener Völker noch schlechter, als die auf Provinz-, Departement- oder nationaler Ebene aggregierten Daten vermuten lassen. Viele Todesfälle werden durch die generell unzureichenden Datenerhebungen der staatlichen Gesundheitsdienste nicht erfasst, da diese in den Ge-

bieten der indigenen Bevölkerung wenig präsent sind. Eine neuere Studie der PAHO (2004b) belegt, dass die Raten der Säuglings- und Müttersterblichkeit in indigenen Gemeinden zu den höchsten Amerikas gehören. In Guatemala beispielsweise ist die Sterblichkeit indigener Frauen bei der Geburt 300% höher als der Landesdurchschnitt. Ursachen für die starken intranationalen Differenzen sieht PAHO u.a. in der geringen Sensibilität und dem unzureichenden Verständnis für traditionelle Praktiken der Gesundheitsarbeiter, im Kommunikationsmangel mit den indigenen Patienten, aber auch darin, dass die Ausdehnung der medizinischen Versorgung in indigenen Gemeinden keine Priorität in der Gesundheitspolitik hat.

Ein Beispiel soll die kulturelle Barriere, die zwischen einem westlichen Mediziner und einer indigenen Frau bestehen kann, verdeutlichen: "Undressing during childbirth for us is synonymous with death" says Gonzáles. "When a pregnant woman goes to a health center, the first instruction she is given, is 'Take off your clothes.' At that moment, a barrier has been erected between the physician and the Aymara woman, because Aymara women believe that at the moment of delivery there is an opening of the entire body. If our body has opened, we should cover ourselves much more because the cold can penetrate us. Penetration of the cold will result in illness. Furthermore there is not only an opening of the physical body, but of the place where the spiritual body exits and enters, which will require other care..." (PAHO, 2004b).

Um diesem Problem entgegenzutreten, arbeitet beispielsweise die PAHO in Bolivien zur Verbesserung der sanitären Verhältnisse während der Entbindung und zur Identifizierung

von Risikofällen auf lokaler Ebene mit indigenen Hebammen zusammen. Entbindende Mütter geben Hebammen den Vorzug vor Krankenhäusern. Ihnen wird von den indigenen Frauen weit mehr Vertrauen entgegengebracht und damit verfügen sie wiederum über mehr Einflussmöglichkeiten. Außerdem soll im Rahmen des Projektes gemeinsam von Projektmitarbeitern der PAHO und Hebammen eine Strategie entwickelt werden, traditionelle Medizin und Praktiken in den öffentlichen Gesundheitsdienst zu integrieren, um den schwangeren Frauen kulturell angepasste und/oder schulmedizinische Dienste anbieten zu können (PAHO, 2004b).

### Krankheitsbilder

Es treten eine Vielzahl von Krankheitsbildern auf, die von der Lebensweise, den klimatischen Bedingungen und der Verfügbarkeit und Qualität der öffentlichen und traditionellen Gesundheitsversorgung bei der indigenen Bevölkerung abhängen.

Für einige kleinere Völker, die manchmal erst seit einer oder zwei Generationen Kontakt mit der "westlichen" Kultur haben, stellen neue übertragbare Krankheiten wie Virenerkrankungen etc. eine existenzielle Gefahr dar. Da sie weder die Möglichkeit hatten, biologisch eine Immunität noch kulturell Therapien gegen diese zu entwickeln, sind sie schutzlos.

Insbesondere aufgrund ihrer sich wandelnden Umwelt, was u.a. die Auflösung sozialer Strukturen, Verarmung, Identitätskrise und Legitimationsverlust der traditionellen Autoritäten mit sich führt, befinden sich indigene Völker in einer schwierigen Orientierungssituation, die auch zu psychosomatischen Krankheitsbildern führen kann.

### Kasten 1: Beispiele häufig auftretender Erkrankungen indigener Völker in Lateinamerika

(Ausgewählt aus PAHO-Länderprofilen, 1998)

#### Bolivien:

- Bei den Indigenen des Chaco und des Oriente tritt Tuberkulose 5- bis 8-mal häufiger auf als im Landesdurchschnitt.
- Magendarmkrankungen sind die häufigste Todesursache bei Kindern

#### Honduras:

- 95% der unter 14-jährigen Indigenen sind unterernährt.
- 68% der Todesfälle sind auf ansteckende Infektionskrankheiten zurückzuführen.
- Die Lebenserwartung indigener Männer wird auf 36 Jahre, die der Frauen auf 43 Jahre geschätzt.

#### Panama:

- Bei den Kuna in San Blas sind Lungenentzündungen 6-mal, Tuberkulose 80-mal häufiger als im Landesdurchschnitt

#### Venezuela:

- Studien des Tropeninstituts "Simon Bolivar" weisen darauf hin, dass bis zu 84% der Yanomami sich im Laufe ihres Lebens mit Hepatitis B infizieren.
- In einigen Dörfern sind bis zu 74% der Bevölkerung mit Flussblindheit (Onchozerkose) infiziert.

### Armutskrankheiten? Ja, aber...

Indigene leiden überproportional an sogenannten "Armutskrankheiten" wie Diarrhoe, Lungenentzündungen, Mangelernährung, Malaria, Bronchitis, Tuberkulose, Hauterkrankungen oder Parasiten. Im Rahmen einer Basisstudie im Jahre 2001 eines Umweltgesundheitsprojektes der GTZ (zusammen mit der PAHO) in zwei Hochland- und einer Amazonastieflandgemeinde Perus, wurde festgestellt, dass zwischen 66% und 94% der untersuchten Indigenen von einem oder mehreren Darmparasiten befallen waren.

Die Vermutung liegt nahe, dass Indigene von diesen Krankheiten betroffen sind, weil sie besonders arm sind. Das ist zwar richtig, jedoch würde die Schlussfolgerung, dass mit einem Armutsbekämpfungsprogramm eben auch diese Krankheiten verschwinden würden, deutlich zu kurz greifen. Es gibt spezifische Faktoren, die wesentlich zur schlechten Gesundheitssituation der indigenen Bevölkerung beitragen und eine auf indigene Bevölkerung orientierte Gesundheitspolitik nahe legen. Dazu gehören u.a.:

- **Veränderungen der Umwelt und der Lebensweisen der Indigenen:** z.B. Ver-

drängung traditioneller Praktiken, veränderte Ernährungsweisen aufgrund von Änderungen in der Bewirtschaftung oder durch Umweltverschmutzungen. Beispielsweise haben Indigene des Amazonastieflands ihren Proteinbedarf fast ausschließlich durch Fischfang gedeckt. In vielen Gemeinden ist das Fischaufkommen heute durch Übernutzung stark zurückgegangen oder die Fische sind durch Industrie- und Bergbauabwässer so stark belastet (Quecksilber), dass ihr Verzehr gesundheitsgefährdend geworden ist.

- **Unzugängliche Lage** vieler indigener Gemeinden, wodurch kein regelmäßiger Zugang zu Gesundheitsleistungen möglich ist.
- Ein anderes **Verständnis der indigenen Völker von Gesundheit und Krankheit** sowie die Existenz von komplexen **traditionellen Gesundheitssystemen**, die mit der Schulmedizin in Konflikt geraten (siehe unten).
- **Konzeption staatlicher oder EZ geförderter Gesundheitsprogramme:** Staatliche Programme tragen den spezifischen soziokulturellen Rahmenbedingungen oft nicht ausreichend Rechnung; sie

sind meist sehr technisch (z.B. Trinkwasserversorgung) oder ausschließlich auf die Schulmedizin orientiert. Es gibt keine spezifischen, an die Anforderungen der indigenen Bevölkerung angepassten Angebote und Dienstleistungen. Die zentralistische Praxis, Programme in der Hauptstadt zu planen und von dort zu steuern, verstärkt diese Tendenz.

- **Mangelhafte Einbeziehung der indigenen Bevölkerung, insbesondere der Frauen**, in die Planung und Durchführung von Gesundheits- und Aufklärungskampagnen behindern die Akzeptanz und Nachhaltigkeit von Verbesserungen in den indigenen Gemeinden.
- **Fehlende kulturell angepasste Gesundheitserziehung** in den indigenen Gemeinden sowie unzureichende Ausbildung und fachliche Begleitung der indigenen Gesundheitsberater.

### ... und die Gesundheit indigener Frauen?

Die Gesundheit indigener Frauen steht in Abhängigkeit zu ihrem meist noch untergeordneten sozialen Status sowohl in der ehelichen, familiären Beziehung als auch in der jeweiligen nationalen Gesellschaft. Aufgrund ihrer ethnischen Zugehörigkeit, ihres Geschlechts und meist ländlichen Herkunft bzw. ihrer Armut sind sie dreifach benachteiligt. Frauen sind in ihrer sozialen Rolle verantwortlich für die Kindererziehung, die tägliche Haushaltsarbeit und in vielen Gemeinschaften auch für den Feldbau. Die schweren und zeitaufwendigen Arbeiten lassen selten andere Aktivitäten wie Bildung, Teilnahme an Gemeindeversammlungen oder Gesundheitsvorsorge für sie und ihre Kinder zu – was auf ihre Gesundheitssituation große Auswirkungen hat (PAHO, o.J.). Außerdem verschließt ihnen ihr gesellschaftlicher Status oft die Beteiligung.

Gesundheitsprobleme von Frauen treten sehr oft in Verbindung mit der Reproduktion auf (u.a. frühe Schwangerschaften, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, Anämie). Oft sind Frauen Opfer von Gewalt und sexuellem Missbrauch, was zu psychischen Traumata, Ängsten führt (PAHO, o.J.).

Viele indigene Frauen bevorzugen bei der Geburt die Betreuung durch traditionelle Hebammen anstelle von Gesundheitsstationen und Krankenhäuser. Einige der ausschlaggebenden Faktoren sind größeres Vertrauen, muttersprachliche Betreuung während Schwangerschaft und Geburt, Geburt in der Hocke (anatomisch sinnvoller), Wahrung der Privatsphäre sowie die Möglichkeit Zeremonien beizubehalten. Zum Beispiel die Ehrerweisung an die Plazenta im andinen Raum: Der Plazenta wird in einer Zeremonie dafür gedankt, dass sie das Kind ernährt und begleitet hat, und sie wird in einigen Fällen rituell bestattet oder verbrannt. Die gängige Praxis der Gesundheitsstationen, die Plazenta entweder wegzuworfen, oder an die Kosmetikindustrie zu verkaufen, ist für viele werdende Mütter ausschlaggebend, sich nicht an diese zu wenden. Außerdem setzen staatliche Programme und Fördermaßnahmen oft Mitarbeiter ein, die ausschließlich spanisch sprechen, und sich aufgrund der meist mangelnden Spanischkenntnisse der Frauen, eher an die Männer richten. So werden medizinische Behandlungen von dem technischen Personal oft im Vorfeld nicht erklärt bzw. das Recht der Patientin auf eine Aufklärung nicht respektiert.

### Verständnis indigener Völker von Gesundheit und Krankheit und deren Behandlung

Jede Kultur versteht etwas anders unter Krankheit und Gesundheit. Wann einer Missbefindlichkeit Krankheitswert beigemessen wird, hängt von individuellen und kulturellen Variablen ab. Unsere westlichen Definitionen, die auf das körperliche, geistige und seelische Wohlbefinden abzielen, gehen von einer christlichen Konzeption des Menschenbildes aus. Wenn Körper und Seele, entsprechend eines anderen Weltbildes, anders verstanden werden, passen diese Definitionen nicht mehr. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt Gesundheit als Zustand "of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (WHO, 1946).



Foto: Behandlung in einer indigenen Gemeinde in Peru (K. HEISING)

Viele indigene Völker sehen in Krankheiten die Folge eines Ungleichgewichtes des Geistes und der Seele des Einzelnen oder der Gemeinschaft, die z.B. durch bösen Zauber, Geister oder Dämonen verursacht werden können. Bei Krankheiten wird zwischen natürlichen und übernatürlichen Ursachen unterschieden, was sehr komplexe und ausdifferenzierte Behandlungssysteme hervorgebracht hat, die von verschiedenen Personen der Gemeinschaft wie z.B. Schamanen, Kräuterheilern, Pflanzenexperten, Knochenrichtern, Kräuterfrauen oder Heilkundigen praktiziert werden (siehe Kasten 2). Die Besonderheiten der lokalen Heiler liegen in ihrer Kompetenz, Autorität und Berufung. Meist haben sie eine lange Initiationszeit bis sie ihre Anerkennung als Heiler erfahren. Die Erklärungsmodelle des Heilers und des Patienten stammen meist aus demselben kulturellen Umfeld. Heiler beheben Gesundheitsstörungen indem sie kulturell akzeptierte und erprobte Methoden anwenden. Ihre Funktion ist meist umfassender als die der westlichen Ärzte, denn auch soziale, psychische, spirituelle Aspekte gehen in die Behandlung ein. Dabei wird der Heiler oft zum

Mittler zwischen der Gemeinschaft und der übernatürlichen Welt.

Bei Behandlungsmethoden gibt es einen entscheidenden und interessanten Unterschied: Während in der modernen Medizin z.B. bei psychischen Erkrankungen dem Patienten psychoaktive Substanzen verabreicht werden, ist es in der traditionellen Medizin meist der Heiler der diese zu sich nimmt, um die Diagnose zu erstellen, und die weitere Behandlung zu bestimmen.

Es gibt auch Krankheiten, die in einem Volk so stark verbreitet sind (endemische Krankheiten), dass sie von diesem kaum mehr als Krankheit wahrgenommen werden. PAHO und GTZ begleiteten ein Programm unter Federführung des Gesundheitssekretariats von Chiapas (Mexiko), zur Reduzierung des Trachoms<sup>1</sup> bei den Tzeltal (Hochchiapas). Hier war viel Überzeugungsarbeit zu leisten, damit der sehr allmähliche Krankheitsverlauf von der Bevölkerung als behandelbar erkannt wurde und nicht als natürlicher Lauf der Dinge.

<sup>1</sup> eine Bindehautentzündung, die, wenn unbehandelt, zur Blindheit führt

Kasten 2: Beispiele indigener Heilerpersönlichkeiten in verschiedenen Gemeinschaften	
Indigene Gemeinschaft	Protagonisten des traditionellen Gesundheitssystems
<b>Aymara (Bolivien, Peru)</b>	<p><b>Yatiri</b> (bedeutet "der Meister"): Er diagnostiziert die Krankheiten, konsultiert dabei Kokablätter und behandelt mit Naturheilmitteln. In einigen Fällen wird eine komplizierte Opfergabe an die Kräfte und Geistwesen, die etwas mit der Krankheit zu tun haben, vorbereitet.</p> <p><b>Ch'amakani</b> (bedeutet "der Herr der Dunkelheit"): Er nutzt die Dunkelheit, die Schatten und die Nacht, um sich mit den übernatürlichen Wesen in Verbindung zu setzen und mit Ihnen zu sprechen. Er ist Vermittler zwischen diesen Wesen und den Patienten, um die Gründe für eine Krankheit herauszufinden.</p> <p><b>Kallawaya</b> oder Naturheiler: Neben der Anwendung von Medizin aus Flora, Fauna und Mineralien setzen sie spezifische Rituale für verschiedene Krankheitsbilder ein.</p>
<b>Ngöbe (Panama)</b>	<p><b>Sukia</b>: Heiler, Hellseher und Autorität in spirituellen und rituellen Angelegenheiten. Er ruft die übernatürlichen Kräfte, redet mit ihnen und wendet Naturheilmittel an.</p> <p><b>Bicho</b>: Frauen, die in Familiengesundheit kundig sind und ihr Wissen auf Familienebene oder auch Dorfebene anwenden.</p>
<b>Ashaninka (Peru)</b>	<p><b>Sheripari</b> (Schamane): Er hat Zugang zu Aspekten und Sphären der Wirklichkeit, die anderen Ashaninka verborgen bleiben, und kann in Trance die Geistwesen der Natur und Herren der Tiere besuchen. Er hat außerdem besondere Beziehungen zu weiblichen Geistern bestimmter Pflanzen, die ihm bei der Anwendung von Naturheilmitteln den Weg weisen.</p>
<b>Tucano (Kolumbien)</b>	<p><b>Payés</b> (Schamanen): Sie sind zuständig für das ökologische und soziale Gleichgewicht der Gemeinschaft.</p> <p><b>Cumus</b>: Heiler, die neben traditionellen Methoden auch Elemente der westlichen Medizin verwenden.</p>
Quellen: PAHO, 2002c; AIDSESP/ PSI, 2002; REICHEL-DOLMATOFF, 1997	

### Traditionelle Medizinsysteme in Lateinamerika

Traditionelle Medizin ist das Gegenstück zur Schulmedizin. Die Traditionelle Medizin ist anders als die Schulmedizin von Region zu Region sehr verschieden. Der Begriff "Traditionelle Medizin" bedeutet nicht, dass es zu keinen Neuerungen gekommen sei, sondern vielmehr, dass das Medizinsystem Teil der Kultur und direkt mit den jeweiligen Wertevorstellungen, Weltanschauungen, Theorien, Normen etc. verknüpft ist (GREIFELD, 2001:71). Dabei gibt es nicht nur eine Traditionelle Medizin, sondern vielmehr viele unterschiedliche sich gegenseitig beeinflussende Systeme.

Medizinsysteme unterscheiden sich in den Erklärungskonzepten von Krankheitsursachen, in den Heilerpersönlichkeiten bzw. Experten und in den Behandlungen/ Therapien. Indiani-

sche Heilkunst wurde zur Kolonialzeit von den Missionaren und westlichen Wissenschaftlern als Aberglaube bekämpft. Heute wird dieses Wissen anders beurteilt: Viele westliche Wissenschaftler wenden sich Schamanen und ihrer Heilkunst mit großem Interesse zu.

Zu den in Lateinamerika sowohl bei der indigenen als auch mestizischen Bevölkerung bekannten Konzepten in der traditionellen Medizin gehört z.B. das Warm-Kalt-System und *Susto* (siehe Kasten 3 und 4).

Viele traditionelle Behandlungsweisen verraten eine sehr gute Kenntnis von Anatomie, (Heil-) Botanik und Neurologie. So sind die Tucanos des kolumbischen Amazonastieflands in der Lage geistige Aktivitäten im Gehirn korrekt zu verorten (REICHEL-DOLMATOFF, 1997).

Moderne und traditionelle Medizin werden von den Indigenen weniger als Konflikt empfunden sondern als verschiedene Optionen. Auf moderne Medizin wird gerne bei akuten Erkrankungen und Unfällen zurückgegriffen, während z.B. bei chronischen Erkrankungen eher die traditionelle Medizin geschätzt wird. Was letztlich als effektive Behandlung beurteilt wird, hängt vom Krankheitsverständnis ab. Als Entscheidungskriterien treten Vertrauen, Sym-

ptome, räumliche Distanz, erwartete Effektivität und Geld in den Vordergrund. Die Bedeutung der Kosten für eine Behandlung ist aber als Entscheidungskriterium zwischen traditioneller oder Schulmedizin eher gering einzuschätzen, da viele traditionelle Heiler mittlerweile monetäre Honorare verlangen (KNIPPER, 2000, 2001) bzw. auch bei nicht monetärer Bezahlung nicht mehr "billig" sind.

### Kasten 3: Das Warm-Kalt-System in Lateinamerika – ein Konzept der ausgewogenen Elemente

Das Warm-Kalt-System ist ein Konzept innerhalb der traditionellen Medizin, das mit kulturellen und regionalen Unterschieden in ganz Mittel- und Südamerika zu finden ist. Grundsätzlich kann es als eine Art Harmonielehre nach dem Prinzip der ausgewogenen Elemente verstanden werden. Die Einteilung in Warm und Kalt ist ein wesentliches Merkmal der indigenen Kultur und bezieht sich auf eine Gruppierung verschiedener Substanzen (Nahrungsmittel, Pflanzen etc.). Warm und Kalt ist dabei die Benennung einer Energie, deren Komponenten sich gegenüberstehen, einander ergänzen bzw. zu einer Ausgewogenheit führen. Diese Lebensenergie muss vom Menschen ausgelotet werden, da eine Störung des Gleichgewichts zu Krankheit bzw. Missbefinden führt. Das Warm-Kalt-System ist Teil einer komplexen Weltanschauung. Als Verursacher kalter Krankheiten gelten u.a. Wasser, Geburt, Menstruation, Mond oder Regenbogen. Verursacher warmer Krankheiten sind u.a. Sonne, Schadenszauber oder unausgewogene Ernährung.

### Kasten 4: "Susto", der Seelenverlust

*Susto* ist als Erkrankungskonzept in Süd- und Mittelamerika weit verbreitet und wird mit dem Warm-Kalt-System in Verbindung gebracht, d.h. es handelt sich ebenfalls um ein Ungleichgewicht. *Susto* bedeutet Schreck oder Erschrecken, was auf die Ursache der Krankheit verweist. Auch der natürliche Schreck als Folge von Unfällen, Alpträumen und der Schreck nach der Begegnung mit Geistwesen jeglicher Art kann diese Erkrankung bewirken. Ein Schreck kann zum Seelenverlust bzw. zur Abwesenheit der Seele des Kranken führen. Symptome der Erkrankung umfassen Schwäche, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Depression, Unruhe, Fieber, epileptische Anfälle. *Susto* kann auch zum Tod führen. So vielfältig die Symptome und Auslöser der Krankheit sind, genauso vielfältig sind die Behandlungsmethoden: z.B. Zurückrufen der Schattenseele, Opfer an die Geister, die die Seele gefangen haben, Massagen, Bestreichen des Körpers mit rituellen Gegenständen und Pflanzen, Schwitzen bis hin zum erneuten Erschrecken des Kranken. Deutungsversuche im Sinne schulmedizinischer Kategorien sind schwierig.

### Die Bedeutung traditionell verwendeter Heilpflanzen

Bei den meisten indigenen Völkern haben Heilpflanzen und das Wissen um ihre Anwendung immer noch eine hohe Bedeutung für die Gesundheitsversorgung. Die traditionell verwendeten Naturheilmittel sind nicht nur billiger als moderne Medikamente sondern stellen in abgelegenen ländlichen Gebieten oft die einzig

verfügbare Medizin dar (GTZ, 2001). In der traditionellen Medizin der Quichua des Amazonasgebietes in Ecuador beispielsweise haben viele Personen Kenntnisse und Fertigkeiten von der jeweils älteren Generation erlernt, die ihnen ermöglichen allgemeine Krankheiten wie Kopfschmerzen, Fieber und Erbrechen mit Hilfe von Medizinalpflanzen zu lindern oder zu heilen. Darüber hinaus gibt es auch noch Spezialist/innen mit besonderen Heilpflanzen-

kenntnissen, die mehr als 70 Pflanzenspezies einzusetzen wissen (BORGTOFT ET AL., 1999). Heute werden viele Heilpflanzen bzw. deren Inhaltsstoffe, die ihre ursprüngliche Verwendung in indigenen Kulturen haben, wie z.B. das Curare (*Strychnos toxifera*) oder der Chinarindenbaum (*Cinchona officinalis*), weltweit erfolgreich eingesetzt und von der Pharmaindustrie vermarktet. Insbesondere die über Generationen gesammelten Pflanzenkenntnisse indigener Spezialisten (z.B. Schamanen) sind für Ethnobotaniker und die pharmazeutische Industrie interessant und versprechen eine wesentlich höhere Trefferrate bei der Entdeckung neuer Wirkstoffe (vgl. REINHARDT, 2002; siehe auch ROSSBACH DE OLMOS in diesem Band).



Foto: Eine Shuar-Frau zeigt eine von ihr verwendete Heilpflanze (S. REINHARDT)

In Chile hat die GTZ im Auftrag des BMZ ein Projekt von Mapuche-Frauen zur Wiedergewinnung und zur Bewahrung des Wissens von Kräuterfrauen (*Yerbareras*), Hebammen (*Parteras*), Medizinfrauen und -männern (*Machi*) über traditionelle Medizin und Heilmittel, die aufgrund des starken Einflusses westlicher Kultur immer weiter verloren geht und immer

weniger angewendet wird, unterstützt. Das Projekt leistet einen Beitrag zur Erhaltung der traditionellen Kultur und zur Verbesserung der medizinischen Situation in den indigenen Gemeinden. Die Wiederbelebung traditioneller Heilmethoden kann die Bevölkerung für die Behandlung einiger Krankheiten unabhängig von der staatlichen medizinischen Versorgung machen. Die chilenische Regierung hat in den letzten Jahren das staatliche Gesundheitsnetz auch in die entlegenen ländlichen Gebiete der Mapuche ausgeweitet. Bisher bieten diese Einrichtungen jedoch den Mapuche selten eine adäquate Behandlung, die ihrer kulturellen Denkweise entspricht. Behandlungen können oft nicht durchgeführt werden, da viele Mapuche keine dazu nötige Krankenversicherung haben bzw. ihnen die finanziellen Mittel fehlen. Diese Situation macht es notwendig, auf lokale Heilmethoden zurückzugreifen, und eine Verbindung und einen Austausch zwischen dem staatlichen Gesundheitswesen und den Kenntnissen traditioneller Medizin herzustellen. Viele der Hilfe suchenden Kranken würden keinen Arzt benötigen, wenn sie mit einer verbesserten Grundhygiene und mit natürlichen Heilmitteln den Krankheiten begegnen könnten.

Auch im Rahmen des TZ-Projektes "Förderung des lokalen Wissens zum Erhalt der Biodiversität und zur Ernährungssicherung aus der Gender-Perspektive" in Peru wurde das traditionelle Wissen zur Heilung von Krankheiten durch Pflanzen gestärkt. Ergebnisse des Projektes konnten in die nationale Politik einfließen und tragen sowohl zum Erhalt als auch zur Anerkennung des traditionellen Wissens der lokalen, meist indigenen Bevölkerung der Provinzen Ayacucho und San Martín (Peru) bei (GTZ, 2002).

### Internationale Ansätze zum Thema indigene Gesundheit

Das grundlegende Dokument für die Rechte indigener Völker ist zweifellos die Konvention 169 der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) von 1989 (siehe auch SPEISER in diesem Band). Artikel 24, 25 und 30 nehmen Bezug zum Thema Gesundheit indigener Völker. Die Unterzeichnerstaaten werden aufgefordert,

ihre Gesundheitsdienste progressiv so auszurichten, dass auch die indigene Bevölkerung erreicht wird. Die Gesundheitsdienste sollen kulturell angemessen und möglichst auf Gemeindeebene unter partizipativer Einbeziehung der Bevölkerung entwickelt werden, wobei ihrer traditionellen Gesundheitsvorsorge, ihren Heilverfahren und -mitteln Rechnung getragen werden soll.

Auch durch die UN-Dekade für indigene Völker (199-2004) bei der Gesundheit ein Programmschwerpunkt bildete, bekam das Thema Aufschwung.

Die WHO (World Health Organisation der UN) entwickelt ein Aktionsprogramm "Indigene und Gesundheit", dessen Ziel die Bekämpfung der Ungleichbehandlung indigener Völker im Gesundheitsbereich ist. Die prekäre Gesundheitssituation indigener Völker soll in den WHO-Programmen auf nationaler, regionaler und globaler Ebene aufgegriffen werden.<sup>2</sup> Weiterhin hat die WHO eine Strategie zu traditioneller Medizin (2002-2005) entwickelt. Ziel dieses Dokumentes ist es, u.a. die Bedeutung traditioneller Medizin in Gesundheitssystemen, aktuelle Möglichkeiten und Änderungen sowie die Rolle und Strategie der WHO zu traditioneller Medizin für die kommenden Jahre zu diskutieren.

Auch die Panamerikanische Gesundheitsorganisation PAHO hat das Thema vertieft und für den Gesundheitsbereich auf dem lateinamerikanischen Kontinent ein umfassendes Konzept für die besondere Förderung indigener Gemeinschaften entwickelt. Aufgrund der Empfehlungen der "Sitzung von Winnipeg", Kanada, im Jahre 1993 ist die Initiative "Gesundheit indigener Völker" entstanden. Sie orientiert sich an den Prinzipien (PAHO, 1993):

1. Ganzheitliches Gesundheitsverständnis
2. Recht der indigenen Völker auf Selbstbestimmung
3. Respekt und Wiederbelebung der indigenen Kulturen
4. Reziprozität der Beziehung

---

<sup>2</sup> Das Programm ist nicht veröffentlicht, kann aber auf Anfrage bezogen werden (siehe auch unter [www.gtz.de/indigenas](http://www.gtz.de/indigenas)).

### 5. Recht auf systematische Einbeziehung der indigenen Völker

Die aktuelle Umsetzung erfährt diese Politik in dem strategischen Arbeitsplan 1999-2002: "Marco estratégico y plan de trabajo 1999-2002: Salud de los Pueblos Indígenas". Das Ziel der PAHO und ihrer Partner ist es, den Zugang zu Basisgesundheitsdiensten, und die Versorgung indigener Völker zu verbessern. Die drei Hauptkomponenten des Aktionsprogramms sind: a) Entwicklung von Gesundheitsplänen mit indigenen Gemeinschaften in ausgewählten Ländern; b) Entwicklung von Projekten, um die dringendsten Gesundheitsprobleme besonders gefährdeter indigener Gruppen anzugehen und c) Unterstützung und Stärkung traditioneller Medizin.

Auch die Erreichung der UN Millennium Development Goals (4) "Senkung der Säuglingssterblichkeit", (5) "Verbesserung der Gesundheit von Müttern" und (6) "Bekämpfung von HIV/ Aids, Malaria und anderen Krankheiten" dürfte in einigen Ländern Lateinamerikas wie Guatemala, Bolivien, Peru und Ecuador ohne eine wirkungsvolle und speziell auf Indigene ausgerichtete Gesundheitspolitik sehr schwierig werden.

### Staatliche Gesundheitspolitik und Gesundheitsdienste

Vom Staat eingerichtete Gesundheitsposten gibt es in indigenen Gemeinden eher selten und wenn sie vorhanden sind, dann oft nur mit spärlicher Ausstattung. Auch das qualifizierte angestellte Personal ist nicht permanent anwesend. Viele der eingesetzten Ärzte sind Berufsanfänger, die ihr praktisches Jahr absolvieren und manche empfinden die Arbeit mit Indigenen als Bestrafung. Oft sind sie nur wenig oder überhaupt nicht mit der indigenen Sprache und den Gebräuchen der Bevölkerung vertraut und schlimmstenfalls mit starken Vorurteilen behaftet. Im Rahmen von staatlichen Gesundheitsprojekten werden aber auch speziell indigene Gemeindemitglieder mit schulmedizinischen Grundkenntnissen ausgebildet und praktizieren als Dorfgesundheitsarbeiter.

In großen, von indigener Bevölkerung bewohnten Regionen sind traditionelle Heiler und Hebammen die einzigen Experten, die Gesundheitsdienstleistungen anbieten. Kampagnen zur Abwertung und Illegalität traditioneller Heilmethoden bei gleichzeitiger unzureichender Präsenz und Qualität von staatlichen Gesundheitsdiensten tragen zur Verwirrung und zur chronischen Unterversorgung der indigenen Patienten bei. In Peru z.B. lautet § 290 des Strafgesetzbuches: "Derjenige, der nicht über den entsprechenden (akademischen) Titel verfügt und Diagnosen oder (die Gesundheit betreffende) Gutachten erstellt und irgendwelche Mittel zur Erlangung der Gesundheit verschreibt oder verabreicht (und sei es kostenfrei), soll mit bis zu 2 Jahren Freiheitsstrafe oder 20 bis 50 Tagen gemeinnütziger Arbeit bestraft werden (...)" (Übersetzung K. Heising). Dieses Gesetz wird zwar in den Gebieten mit mehrheitlich indigener Bevölkerung nicht angewandt, steht aber einer konstruktiven indigenen-orientierten Gesundheitspolitik im Weg. Auch in Ecuador ist das traditionelle Medizinsystem rechtlich nicht anerkannt und damit illegal, es wird jedoch vom Staat geduldet (BUÍTRON, 1999).

Teilweise haben auch sehr aggressive Kampagnen im Bereich reproduktiver Gesundheit stattgefunden, die das Vertrauen der indigenen Bevölkerung in die staatlichen Gesundheitsdienste gebrochen haben: In einigen Ländern wurden systematisch Zwangssterilisierungen bei indigenen Frauen durchgeführt (v.a. Peru 1995-1998, aber auch Mexiko). Viele Indigene hatten bei anstehenden Impfkampagnen Angst vergiftet oder sterilisiert zu werden, so dass sie sich und vor allem ihre Kinder versteckten.

Positive Ansätze einer auf die indigene Bevölkerung zugeschnittenen staatlichen Gesundheitspolitik sind u.a. in Panama, Chile und Brasilien sichtbar:

**Panama:** In den autonomen Indigenen-Gebieten (Comarca) von Ngöbe-Bugle arbeiten traditionelle Heiler und Hebammen mit den staatlichen Gesundheitsdiensten zusammen. 1999 hat das Gesundheitsministerium den Bereich "Indigene Gesundheit" gegründet und versucht, Ansätze einer interkulturellen Ge-

sundheitspolitik umzusetzen. Die Verwaltung hat sich zum Ziel gesetzt, die traditionelle und moderne Medizin zu harmonisieren und zu fusionieren. Den traditionellen Heilern und Hebammen wird in diesem Rahmen innerhalb ihres Aufgabenbereichs das Recht zugestanden, zu diagnostizieren, zu behandeln und Medizin zu verabreichen. Einer effektiven Zusammenarbeit steht allerdings im Wege, dass die staatlichen Dienste wenig von den Behandlungs- und Wirkungsweisen, Effektivität, Grenzen und Möglichkeiten der traditionellen Medizin wissen. Umgekehrt fehlt den traditionellen Experten wiederum das Wissen über die Schulmedizin (PAHO, 2002a).

**Chile:** Seit 1999 steht in der IX. Region das Makewe-Pelale Hospital erfolgreich unter der Verwaltung der gleichnamigen indigenen Organisation. Im Einzugsgebiet des Krankenhauses leben etwa 16 000 Mapuche. Das gesamte Personal spricht die Sprache der Mapuche, und beherrscht sowohl die traditionelle als auch die moderne Medizin. Die Behandlung orientiert sich an der Tradition der Mapuche: Empfang, Ablauf des Patientengesprächs, Diagnose, Behandlung mit moderner oder traditioneller Medizin oder komplementär, Überweisung an Fachärzte oder *Machi* etc.. Die Zusammenarbeit der beiden Behandlungssysteme scheint gut zu funktionieren, wenn es auch Barrieren gibt: Den Schulmedizinern fällt es schwer, zu verstehen, dass die *Machi* mit übernatürlichen Kräften in Verbindung stehen, sie gestehen aber ein, dass bei Patienten, die von den Machi behandelt werden, Erfolge erzielt werden, und dass diese heilen können (PAHO, 2002b).

**Brasilien:** 1999 wurde die Zuständigkeit für die Gesundheit der indigenen Bevölkerung landesweit der Nationalen Stiftung für Gesundheit FUNASA (Fundação Nacional de Saúde) übertragen. Das Programm von FUNASA zielt auf die Einrichtung von speziellen indigenen Gesundheitsdistrikten (DSEI) und auf die Ausbildung und Untervertragnahme von Gesundheitspersonal indigener Herkunft, fördert den interinstitutionellen und partizipativen Ansatz, und versucht die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit und Behandlungsmethoden

der jeweiligen Völker zu berücksichtigen (FUNASA, 2004).

### Ansätze indigener Organisationen

Obwohl politische Themen wie Landrechte, Menschenrechte und Bürgerrechte bei den Indigenen-Organisationen klare Priorität haben, haben einige Organisationen in den 1990er Jahren angefangen, sich für das Thema Gesundheit in den indigenen Gemeinden einzusetzen. Die Organisationen des Amazonastieflandes AIDSESEP (Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana) in Peru, OPIAC (Organización de los pueblos indígenas de la Amazonia Colombiana) in Kolumbien und COIAB (Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia) in Brasilien haben eigene Gesundheitsprogramme entwickelt und beziehen konstruktiv Stellung. Ihnen ist gemeinsam, dass sie eine Reform der staatlichen Gesundheitsdienste und die Zusammenarbeit mit ihnen vorschlagen. Das Programm Indigene Gesundheit (PSI) von AIDSESEP (2004) umfasst:

1. "Wiederherstellung und Weiterentwicklung der indigenen Medizin als eine der Grundkomponenten der Kultur und menschlicher und materieller Ressourcen sowie spiritueller, magischer und anthropologischer Aspekte
2. Annäherung der wirkungsvollen Beiträge der westlichen Medizin an die indigenen Gesundheitssysteme
3. Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium um Epidemienkontrolle, Impf- und andere Gesundheitskampagnen zu unterstützen
4. Vorschlag an das Gesundheitsministerium zur Einrichtung eines interkulturellen amazonischen Gesundheitsinstitutes"

### Schlussbemerkung

Respekt für die kulturelle Diversität und ein tiefes Verständnis der unterschiedlichen Bedürfnisse, sind nach Ansicht der PAHO<sup>3</sup> Schlüsselemente um die Gesundheitssitua-

tion der indigenen Bevölkerung nachhaltig zu verbessern. Insbesondere EZ-Vorhaben die eine Zusammenarbeit der lokalen Bevölkerung, traditionellen Heilern, Hebammen mit den staatlichen Gesundheitsdiensten fördern und somit dazu beitragen eine indigenen-orientierte Gesundheitspolitik in den jeweiligen Staaten zu verankern und umzusetzen, sind in diesem Kontext von besonderer Wichtigkeit. Dabei sollte auch an der Schaffung von (gesetzlichen) Rahmenbedingungen mitgewirkt werden, die eine Zusammenarbeit von indigenen Gesundheitssystemen und der Schulmedizin fördern. Meist werden indigene Gesundheitssysteme und Schulmedizin als schwer kompatibel betrachtet. Es gibt jedoch Beispiele dafür, dass durch eine komplementäre Behandlung bessere Heilerfolge erzielt werden können. Dabei ist es unverzichtbar, dass sowohl die traditionellen Heiler als auch das staatliche Personal die Grundzüge, Methoden, Behandlungsweisen, Möglichkeiten und Grenzen des jeweils anderen Systems kennen und dieses respektieren. Es sollte im Rahmen der bilateralen EZ auf beiden Seiten (Staat – Indigene) angesetzt werden. Zur Durchführung spezifischer Gesundheitsprojekte in der EZ sind sehr gute Kenntnisse der lokalen Zielgruppe und ihres Gesundheitssystems unabdingbar. Es wäre wünschenswert, dass diese Informationen und Daten zunehmend zur Verfügung stehen bzw. erhoben werden und insbesondere auch weitere Methodenkompetenz geschaffen und vermittelt werden.

---

<sup>3</sup> Internetveröffentlichung.  
<http://www.paho.org/English/DD/PIN/pr040809.htm>

## Literaturverzeichnis

- AIDSESEP, 2004: Internetveröffentlichung: [www.aidesep.org.pe/\\_private/Pueblos%20Ind%a1genas.htm](http://www.aidesep.org.pe/_private/Pueblos%20Ind%a1genas.htm)
- BORGTTOFT, H., SKOV, F., FJELDSA, J., SCHJELLERUP, I., ØLLGAARD, B., 1999: La gente y la biodiversidad. Quito. Ecuador
- BUISTRON, X., 1999: Uso y comercio de plantas medicinales, situación actual y aspectos importantes para su conservación en Ecuador. Quito. Ecuador
- FUNASA, 2004: Internetveröffentlichung unter <http://www.funasa.gov.br/sitefunasa/ind/ind00.htm>
- GREIFELD, K, 2001: Mexikos Mayos gegen den Mythos der Integration. In: BUCHE, I.: Gottheiten, Geister und Schamanen. Heilkunst in Amerika. Hamburg
- GTZ, 2002: Erforschung des lokalen Wissens zur Biodiversität aus Gender-Perspektive. Ein Projekt der peruanisch-deutschen Zusammenarbeit. Projektblatt. Eschborn
- GTZ, 2003: Modelos de Desarrollo Indígena. Santa Cruz
- KNIPPER, M., 2000/ 2001: Zwischen mal aire und Malaria – Medizinischer Pluralismus bei den Naporuna im Amazonastiefland von Ecuador. In: INDIANA 17/18. Neue Tendenzen indigener Bewegungen in den Andenländern und Guatemala zu Beginn des neuen Jahrtausends. Berlin
- PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO), 1993: Health of the Indigenous Peoples. Washington
- PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO), 1996: Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas: Hacia un Abordaje Integral de la Salud. Washington
- PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO), 1998: Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Bolivia, Chile, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Perú, Venezuela, Belice, Guyana, Suriname. Washington
- PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO), 2002a: Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud. El caso de los Ngöbe-Buglé de Panamá, Serie Salud de los Pueblos Indígenas Nr. 14. Washington
- PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO), 2002b: Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud. El caso de los Mapuche de Chile, Serie Salud de los Pueblos Indígenas Nr. 16. Washington
- PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO), 2002c: Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud. El caso de los Garífuna de Honduras, Serie Salud de los Pueblos Indígenas Nr. 17. Washington
- PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO), 2004a: Health Systems and Service Development. The Health of Indigenous Peoples. Internetveröffentlichung: [www.paho.org/English/AD/THS/OS/indig-brochure.pdf](http://www.paho.org/English/AD/THS/OS/indig-brochure.pdf)
- PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO), 2004b: Healing our spirit worldwide. Edition no. 2, Newsletter Indigenous Peoples. May, 2004. Bolivien
- PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO), o.J.: Gender, Equity and indigenous women's health in the Americas. Fact sheet. Gender and Health Unit. Washington
- PIÑEROS-PETERSEN, M., 1998: Aspectos demográficos en comunidades indígenas de tres regiones de Colombia. Bogotá
- REATEGUI SILVA, J. (AIDSESEP), 2002: Shamanismo. Lima
- REICHEL-DOLMATOFF, GERARDO, 1997: Chamanes de la Selva Pluvial. London
- REINHARDT, S., 2002: Traditionelles Wissen indigener Völker und "Biopiraterie" in Ecuador Amazonastiefland. In: BRAND, U. & KALCSICS, M., 2002: Wem gehört die Natur? Konflikte um genetische Ressourcen in Lateinamerika. Frankfurt/ M.
- WHO, 1946: Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948