

Frank Kressing:
**Patienten, *campesinos*, Heiler, Ärzte, Sanitäter – Kontrastive Analyse des
Patientenverhaltens in der bolivianischen Kallawaya-Region**

„Wohin des Wegs?
‘In die Stadt, zum Arzt’, rufen die Indianer
‘Ins Dorf, zum Schamanen,’, antworten die Weißen“
(Knipper 2007: 219)

Die Grundsituation:

Traditionelles Ritualwesen und westliche Medizin in der Kallawaya-Region

Am Ostabhang der bolivianischen Anden liegt die Kallawaya-Region (weitgehend identisch mit der Provinz Bautista Saavedra im *Departamento* La Paz). In der etwa 10 000 Einwohner umfassenden Region wird vornehmlich Quechua gesprochen.¹ Die Kallawaya-Region weist eine überdurchschnittliche Dichte von indigenen Medizinmännern und –frauen auf, die auf Quechua als *jampig* („Heiler“) und im Spanischen als *curandero/curandera* bezeichnet werden. Quechua-Heiler bezeichnen sich selbst auch als *médicos kallaways*. Die überdurchschnittliche Dichte von Heilern führte dazu, dass das Gebiet 2003 zum Weltkulturerbe der UNESCO erklärt wurde – die *Kallawayas* stehen sozusagen unter „Kulturschutz“.

Neben der traditionellen indianischen Medizin bestehen in der Region Einrichtungen einer rudimentären westlichen Gesundheitsversorgung – ein kleines Hospital, dessen Ärzte meistens abwesend sind. Ein über private Spendengelder finanzierter Sanitätsposten einer nicht-regierungsgebundenen Organisation (NRO – NGO – OGN), des Freundeskreises Indianerhilfe mit Sitz in Göttingen, der in der Region einfach als *farmacia* (= Apotheke) bezeichnet wird. Und chilenische Nonnen in der örtlichen *parroquia* (im Kirchsprengel), die im Bedarfsfall ebenfalls medizinische Hilfeleistungen vornehmen.

¹ Quechua stellt mit seinen verschiedenen Dialekten die größte „Indianersprache“ dar und wird von ca. 8-12 Mio. Menschen in den Andenstaaten Peru, Ecuador, Bolivien, im Nordwesten Argentiniens und im äußersten Süden Kolumbiens gesprochen. Es war die Sprache des Inka-Reichs (*Tawantinsuyu*) und ist in kolonialer Zeit von den Spaniern noch weiter über sein ursprüngliches Sprachgebiet hinaus verbreitet worden.

Die Fragestellung

Angesichts der Tatsache, dass in der Kallawaya-Region ein über Jahrhunderte gewachsenes traditionelles Heilwissen vorzufinden ist, stellt sich die Frage, ob diese Gesundheitseinrichtungen angesichts der „Übersorgung“ mit traditionellen Heilern überhaupt gebraucht werden, oder ob diese Einrichtungen einer westlichen Medizin nicht eigentlich „überflüssig“ sind – dies auch in Anbetracht der Tatsache, dass es sich bei diesen Einrichtungen um eine äußerst rudimentäre Form westlicher „Gesundheitsversorgung“ handelt .

Quellen und Erhebungsmethoden

Zur Beantwortung dieser Fragen wertete ich die Krankenakten des kleinen Hospitals und der Gesundheitsstation in der Region aus, begleitete den Sanitäter bei Hausbesuchen in weit entfernten Dörfern der Region und befragte die quechua-sprachige Bevölkerung (*campesinos, indígenas*), was sie im Krankheitsfalle tut – das heißt teilnehmende Beobachtung, *hanging around* und informelle Befragungen. Hinzu kam die Auswertung der Daten der bolivianischen Volkszählung von 1992 für die Kallawaya-Region (offiziell: Provinz Bautista Saavedra).

Die Krankenakten enthielten folgende Daten zu den Konsultationen: Datum, Wochentag, Vor- und Zuname des Patienten, Geschlecht, Alter, Herkunftsort, Beruf, Diagnose und Therapie. Diese Daten wurden in kritisch-hermeneutischer Art und Weise – insbesondere was die Sorgfalt der Einträge und das tatsächliche Verständnis der Anliegen der Patienten anbelangte – in Bezug auf Determinanten der Heilerwahl. Im Rahmen von medizinischem Pluralismus und *Health Shopping* ausgewertet.

Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Erhebung waren durchaus widersprüchlich: Während die befragten Einwohner der Region fast einhellig sagten, dass sie sich im Krankheitsbild auf die örtlichen *médicos* und *jampiqkuna* verlassen, geben die Krankenakten ein ganz anderes Bild wieder. Sie zeigen, dass so gut wie jeder dritte Einwohner der Region in einem Zeitraum von sieben Jahren mindestens einmal eine der drei

biomedizinischen Gesundheitseinrichtungen aufsuchte.² Somit wird hier die aus der Literatur bekannte Diskrepanz zwischen Morbiditätsstudien, die auf Interviews beruhen, und solchen, die auf klinischen Studien beruhen, bestätigt. Die fast einhellige Aussage, dass im Krankheitsfalle die örtlichen *curanderos/ jampiqkuna* in Anspruch genommen werden, steht im Gegensatz zum Befund der statistischen Auswertung, die einen akuten Bedarf an allopathischer Medizin dokumentiert – unter anderem durch die Zensusangabe, der zu Folge die Mortalitätsrate in der Provinz Bautista Saavedra mit 2,6% sehr deutlich über dem landesweiten bolivianischen Durchschnitt von 1,8% liegt.

Als wichtigste Determinanten der Heilerwahl stellten sich heraus

- geographische Erreichbarkeit der Einrichtungen (zu Fuß)
- Schichtzugehörigkeit, Ethnizität, Alter und Geschlecht der Patienten
- kulturelle Kongruenz bzw. Übereinstimmungen im Wertesystem von Gesundheitseinrichtung und Patienten

Die Ermittlung dieser Akzeptanzfaktoren der Heilerwahl war eingebunden in die Diskussion um *illness perception, disease labelling processes* und *culture bound syndroms* (CBS) sowie in die Systematisierung (siehe Diesfeld et al) nach:

- (1) empfänglich machenden Faktoren
- (2) Krankheitsfaktoren und
- (3) Gesundheitsdienstfaktoren

Als wichtigste Determinante für die Inanspruchnahme oder Nicht-Inanspruchnahme von Ärzten und Sanitätern stellte sich in einer weitestgehend nicht-motorisierten Region die geographische Erreichbarkeit der Gesundheitseinrichtung heraus, gefolgt von Schichtzugehörigkeit, Ethnizität (*campesinos* versus *mestizos*), Geschlecht und Alter der Patienten. Der Standortfaktor macht sich dadurch bemerkbar, dass fast drei Viertel (72-74%) der Konsultationen auf Bewohner der Kallawaya-Region innerhalb eines Radius von 3 Stunden Fußmarsch um den Hauptort Charazani [Bild] entfallen. Innerhalb des dadurch eingegrenzten Gebietes leben allerdings lediglich 30% der Bevölkerung.

² Im Verlauf von 15 Jahren besuchten 3000 Patienten entweder das Hospital oder die Gesundheitsstation.

Bezüglich der Verteilung nach den miteinander verknüpften Variablen Schichtzugehörigkeit und Ethnizität, d.h. der Dichotomie *mestizo* (Angehöriger der ländlichen Oberschicht) versus *campesino* (indianischer Bauer), war festzustellen, dass ein Drittel der Konsultationen sowohl im Krankenhaus wie auch in der Krankenstation auf „Mestizen“ entfiel, was allerdings in enger Verknüpfung zur Determinante der geographischen Erreichbarkeit zu sehen ist, da bis in die 1990er Jahre hinein Mestizen vornehmlich im Hauptort Charazani wohnten, im dem auch die biomedizinischen Versorgungseinrichtungen angesiedelt sind.

Zwei Drittel der Gesamtkonsultation entfielen auf indianische Bauern über 15 Jahre, die 55% der Gesamtbevölkerung stellen, d.h. Männer sind als Klientel der biomedizinischen Einrichtungen überrepräsentiert.

Als weitere Determinante stellte sich der Wochentag heraus: ein Viertel aller Konsultationen entfällt auf Sonntag, der gleichzeitig Markttag der Region ist, und zwar sowohl im Krankenhaus als auch im Sanitätsposten.

Vergleich der Konsultationen im Krankenhaus und im Sanitätsposten

Beim Vergleich der beiden Einrichtungen (Hospital versus Krankenstation/ *farmacia*) stellt sich heraus, dass die *farmacia* zum einen 40% mehr Behandlungen als das Krankenhaus aufweist, zum anderen die Zahl an Mehrfachkonsultationen sehr viel höher ist (1261 Patienten bei 3 000 Konsultationen). Daraus lässt sich eine entschieden höhere Akzeptanz der *Farmacia* als des Hospitals innerhalb der Bevölkerung ableiten, und zwar sowohl bei den *campesinos* als auch bei den Mestizen. Wie auch die informellen Befragungen zeigen, ist dieser Umstand auf die insgesamt größere Akzeptanz von Einrichtungen einer „kulturell informierten Entwicklungshilfe“, getragen von einer NGO, gegenüber der staatlichen Krankenversorgung zurückzuführen – und dies auch bei Angehörigen der ländlichen Oberschicht. Bei allen Bevölkerungsgruppen der Region wird somit die Gesundheitsversorgung durch Fachkräfte vom Typ des Community Health Worker (Spanisch: *promotor de salud*) gegenüber den zwangsversetzten, als jung, unerfahren und demotiviert eingestuften Ärzten, die in der Region ihr *año de provincia* ableisten, bevorzugt. - Ein weiterer Grund für die Präferenz der *farmacia* ist sicherlich darin zu sehen, dass dort angeblich deutsche Medikamente verabreicht werden, denen eine höhere Wirksamkeit als einheimischen Produkten zugeschrieben

wird. Bezüglich des Krankheitsspektrums lässt sich nachweisen, dass chronische Infektionskrankheiten eher in der Farmacia, akute Infektionskrankheiten eher im Hospital behandelt werden.

Schlussfolgerungen

1. Plädoyer für kultursensible „biomedizinische“ Gesundheitsversorgung

Gerade die stärkere Beliebtheit der Krankenstation gegenüber dem Hospital zeigt, dass einer kultursensiblen, patientenorientierten Krankenversorgung durch muttersprachliche indigenas entscheidende Bedeutung zukommt.

2. Die ethnomedizinische Versorgung der Region stellt keinesfalls eine adäquate Gesundheitsversorgung sicher

Als weitere Schlussfolgerung stellte sich heraus, dass die traditionelle „Ethnomedizin“ – auch bei gegenüber dem landesweiten Durchschnitt überproportionaler Inanspruchnahme traditioneller Heiler - keinesfalls alle Gesundheitsbedürfnisse der örtlichen Bevölkerung befriedigen kann – dies auch, wenn die Zensusdaten eine geringere Inanspruchnahme westlicher Einrichtungen als im nationalen Durchschnitt zeigen. Vielmehr kann eine einseitige Favorisierung der „Ethnomedizin“ sogar dazu führen, dass wesentliche Gesundheitsbedürfnisse der indigenen Bevölkerung vernachlässigt werden: Das heißt, indigene Heilritualisten decken – trotz gegenteiliger Bekundungen, etwa auch in der gewerkschaftlichen Erwachsenenbildung - keinesfalls alle Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung ab. Das bedeutet, dass die Stärkung der Ethnomedizin und ihr neu geschaffener Nimbus dazu beitragen können, dass grundlegende Gesundheitsbedürfnisse vernachlässigt werden. Die Emanzipation und Wertschätzung indigener Traditionen kann hier gegebenenfalls in eine für die Patienten nicht förderliche Richtung gehen.

Es bleibt allerdings zu fragen, in wieweit überregional gültige Determinanten des Patientenverhaltens in indigenen Regionen mit einer tief verwurzelten Heiltradition benannt sind.

3. Kommodifizierung der traditionellen Heilkunde auf dem globalen Markt der Ethnomedizin (auch für nicht-indigenes Klientel) und „Medikalisierung“ indigener Ritualisten

Im Zuge indigener Emanzipationsbewegungen und der Aufwertung des *indigenous knowledge* kommt es zu einer Kommodifizierung der traditionellen Heilkunde -

gerade auch für ein nicht-indigenes Klientel (einheimische Mittel- und Oberschichten europäischer Herkunft, Touristen) auf dem globalen Markt der Ethnomedizin, und zur Medikalisierung indigener Ritualisten – überspitzt gesagt: „Aus Priestern werden Ärzte,“ denn eigentlich geht die Tätigkeit indigener Medizinmänner und –frauen über die Gesundheitsfürsorge weit hinaus. Ausgehend von patientenzentrierten Heilritualen, aber auch der schwarzmagischen Verhexung von Widersachern des Patienten, gibt es einen fließenden Übergang von der individuellen Heil- zur Kollektiv-Ritualistik. Diese ist – in der *Kallawaya*-Region wie in anderen andinen und indigenen Regionen auch – um die Verhinderung von Unglücksfällen, Mißernten und Schlechtwetterlagen bemüht und bietet unter anderen lokalen Gottheiten als Eignern heiliger Orte (*achachilas*) im Austausch gegen fruchtbare Ernten Opfergaben (z.B. Meerschweinchen oder Lamföten [*sullus*]) an. Sowohl die *Kallawaya*-Tradition der reisenden Medizinmänner als auch die Selbstbezeichnung als *médicos kallawayas* und ihre zunehmende Einbindung in die biomedizinische Gesundheitsversorgung (siehe Deklaration von Almaty 1987) verschleiern die Tatsache, dass es in der *Kallawaya*-Region einen fließenden Übergang von der Individual- zur Kollektivritualistik gibt. Damit findet eine Einengung des Betätigungsfeldes traditioneller Ritualisten auf die Gesundheitsversorgung statt, die eigentlich nur eines unter mehreren Betätigungsfeldern darstellt. Gleichzeitig wird damit auch – um auf das zentrale Thema dieser Tagung zurückzukommen – eine Medikalisierung der Klienten geleistet, ja: Patienten werden in dieser Rolle durch den Kontext der westlichen Medizin überhaupt erst geschaffen. Das heißt: Menschen, die eigentlich zum Priester gehen wollen, landen wider Willen beim Arzt.

Literatur

- Adler, L. L.; Mukherjee, B. R. (Hrsg.): *Spirit versus Scalpel: Traditional Healing and Modern Psychotherapy*. Westport / Connecticut: Bergin & Garvey 1995.
- Bastien, J. W.: *Drum and Stethoscope. Integrating Ethnomedicine and Biomedicine in Bolivia*. Salt Lake City: University of Utah Press 1992.
- Bastien, J. W.: *Healers of the Andes. Kallawaya Herbalists and their Medical Plants*. Salt Lake City: University of Utah Press 1987.

- Bös, B.; Wörthmüller, A. (Hrsg.): *Krank heilen. Medizinische Entwicklungshilfe und Verdrängung der Heilkunde* (ASA-Studien Bd.10). Saarbrücken: Karl Duisberg-Gesellschaft 1987.
- Diesfeld, H.-J., Wolter, S.: *Medizin in Entwicklungsländern. Handbuch zur praxisorientierten Vorbereitung für medizinische Entwicklungshelfer* (Schriftenreihe zu Medizin und Gesundheitsproblemen in der Dritten Welt). Frankfurt/Main: Peter Lang 1989.
- Djukanovich, V.; Mach, E. P. (Hrsg.): *Alternative Approaches meeting Basic Health Needs in Developing Countries. A Joint UNICEF/ WHO Study*. Genf: World Health Organization (WHO) 1975.
- Doyal, L.; Penell, I.: *Den Tod verhindern – ohne das Leben zu verbessern. Der Widerspruch imperialistischer Medizin in der Dritten Welt* (Arbeitsmaterialien zur Dritten Welt). Frankfurt/ Main: Medico International 1982.
- Faust, Franz Xaver: *Medizin und Weltbild. Zur Ethnographie der Coyaima- und Natagaima-Indianer in Kolumbien*. München: Trickster-Verlag 1989.
- Faust, Franz Xaver: *Medizinische Anschauungen und Praktiken der Landbevölkerung im andinen Kolumbien*. Münchner Beiträge zur Amerikanistik, Bd. 10. Hohenschäftlarn: Klaus Renner 1983.
- Girrbach, E.: *Zwischen Beruf und Berufung: Hebammen in einem guatemaltekischen Dorf. Ergebnisse einer ethnologischen Studie*. Magisterarbeit am Institut für Ethnologie, Universität Tübingen 1992.
- Grollig, F. X., Haley, H. B. (Hrsg.): *Medical Anthropology*. World Anthropology Series; Gen. Ed.: Sol Tax. Den Haag, Paris: Mouton 1976.
- Hahold, A.; Kroeger, Axel: *Krankheitsbewältigung im Andenhochland Perus. Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung*. Medizin in Entwicklungsländern, Band 23. Frankfurt/ Main: Peter Lang 1987.
- Knipper, Michael: Indianische Heilkunde im politischen Raum: Die Entwicklung der „traditionellen Medizin“ in Ecuador um die Wende zum 21. Jahrhundert. In: Büschges, Christian; Pfaff-Czarnecka (Hrsg.): *Die Ethnisierung des Politischen. Identitätspolitik in Lateinamerika, Asien und den USA*. Frankfurt, New York: Campus-Verlag 2007, S. 216-247.
- Knipper, Michael: Traditionelle Medizin als strategische Ressource in Ecuador. Indianische Heilkunde im Kontext. In: Dilger, Hansjörg; Hadolt, Bernard (Hrsg.): *Medizin im Kontext. Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt*. Frankfurt/Main: Peter Lang 2010, S. 203-222
- Kressing, Frank: *Westliche Medizin in der Kallawaya-Region. Kontrastive Analyse des Patientenverhaltens in den Anden Boliviens am Beispiel verschiedener*

- Gesundheitseinrichtungen in der Provinz Bautista Saavedra.* Ulmer Kulturanthropologische Schriften, Band 6, 1995.
- Kressing, Frank: *La medicina occidental en la región kallawayá, Bolivia.* Documentos de trabajo no. 1. Ulm: Abteilung Anthropologie der Universität 1996.
- Kressing, Frank: Von Ärzten, Heilern und Campesinos. *Quetzal. Magazin für Kultur und Politik in Lateinamerika* Nr. 17, 1996; S. 26.
- Kroeger, Axel: *Gesundheitsfürsorge in transkultureller Sicht. Eine epidemiologische Studie bei vier Indianerbevolkerungen in Ecuador* (Habilitation). Heidelberg: Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen 1981.
- Kroeger, Axel: Kranksein in fremden Kulturen: Aufgabe und Dilemma der ethnologischen und sozialmedizinischen Forschung. *Curare* 1982, Nr. 5., S. 167-176.³
- Kroeger, Axel; Barbira-Freedmann, B.: *La lucha por la salud en el Alto Amazonas y en los Andes.* Cusco/ Quito: Centro medicina andina, Ediciones Abya-Yala 1992.
- Kroeger, Axel; Franken, H. P.: The educational value of participatory evaluation. An experience with four indigenous populations in Ecuador. *Social Science and Medicine* 1981, Nr. 15 B, S. 535-539.
- Kroeger, Axel; Luna, R.: *Atención primaria de la salud. Principios y métodos.* México D.F., Heidelberg: Editorial Pax México, Institut für Tropenhygiene: 1992 (2. Aufl.).
- MacLean, U.; Bannermann, R. H.: Introduction – Utilization of Indigenous Healers in National Health Systems. *Social Science and Medicine* 1982, Nr. 16/ 21, S. 1815-1816.
- Mainzer-Heyers, B.: *Krankheit und Gesundheit in Achoma. Eine ethnomedizinische Fallstudie zu Theorie und Praxis traditioneller Heilkunde und medizinischer Versorgung am Beispiel einer Dorfgemeinschaft im Departement Arequipa, Peru* (Diss. FU Berlin). Bonn: Holos-Verlag 1987.
- Morgan, J. H. (Hrsg.): *Third World Medicine and Social Change.* Lanham, Maryland: University Press of America 1983.
- Otto-Bennecke-Stiftung, Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen an der Universität Heidelberg; Beitz, W. G. (Hrsg.): *Medizin in Entwicklungsländern. Seminardokumentation Entwicklungsländerprogramme.* Baden-Baden: Nomos-Verlag 1987 (2. Aufl.).
- Pfleiderer, B.; Bichmann, W.: *Krankheit und Kultur. Einführung in die Ethnomedizin.* Berlin: Reimer-Verlag 1985.
- Rosenbohm, R. F.: *Gesundheit für alle im Jahre 2000? Gesundheitspolitik und ihre Grenzen in Peru.* Lima: Convenio alemán de cooperación técnica, asesoramiento al ministerio de salud 1984.

³ Die Zeitschrift mit dem doppeldeutigen Titel *Curare* (Lat. = heilen; gleichzeitig Bezeichnung eines indianischen Pfeilgiftes) wurde als *Zeitschrift für Ethnomedizin und Transkulturelle Psychiatrie* 1978 von der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V. (AGEM) gegründet.

- Rüttermann, V.: *Traditionelle Medizin der Yura in den bolivianischen Anden* (Diss. Univ. Düsseldorf). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung (VWB) 1997.
- Schupp, J. M.: *Alternative Medizin in Lima/ Peru* (Ethnologische Studien, Bd. 15). Münster, Hamburg: Lit-Verlag 1991.
- Sich, Diesfeld, H. J., Deigner, A., Habermann, M.: *Medizin und Kultur. Eine Propädeutik für Studierende der Medizin und der Ethnologie mit vier Seminaren in kulturvergleichender medizinischer Anthropologie (KMA)*. Frankfurt/ Main: Peter Lang 1993.
- Stoner, B.: *Health care delivery and health resource utilization in a highland Andean community of Southern Peru*. Bloomington, Ph.D. Diss. Indiana University 1989.
- Velimirovic, B.: Alternative medicine, dried lizzards and holistic fad: a polemic. *Curare* 1984, Nr. 7, S. 65-93.
- Velimirovic, B.: Traditional medicine is not PHC: a polemic. *Curare* 1984, Nr. 7, S. 61-79.
- Zeichner, C. I. (Hrsg.): *Modern and traditional Health Care in Developing Societies – Conflict and Cooperation*. Lanham, Maryland: American University Press 1988.
- Zschok, D. K.: *Health Care in Peru: Resources and Policy*. Boulder, Colorado, London: Westview Press 1988.

Kurzvita

Dr. Frank Kressing, geboren in Göttingen (1959), Studium der Ethnologie, Empirischen Kulturwissenschaften und Vergleichenden Sprachwissenschaften an der Eberhard Karls Universität Tübingen, Promotion an der Universität Ulm (Medizinische Fakultät) mit einer Studie zur Gesundheitsversorgung im ländlichen Bolivien (siehe oben), wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Kulturanthropologie (Universität Ulm) und im Fach Volkskunde (Universität Augsburg), Erfahrung in der Jugendbildungsarbeit (Deutsche Wanderjugend) und Aktionsethnologie sowie in der Ökologie- und Menschenrechtsarbeit (*World Uranium Hearing*, Institut für Ökologie und Aktionsethnologie, Gesellschaft für bedrohte Völker), seit 2009 Mitarbeiter am Institut für die Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der Universität Ulm.
