



Freundeskreis
Indianerhilfe e.V.

www.indianerhilfe.de

Mitteilungen

Die Urarina: Erwartungen und falsche Annahmen | Aufatmen für Lorena
Supervision Chambira 2018 | Finanzbericht 2017 | Was macht Hugo? | uvm.



Titelbild:
Bei Hochwasser liegt der Parkplatz
direkt am Wohnzimmer



Konten des Freundeskreis Indianerhilfe e. V.

Commerzbank Leverkusen
IBAN
DE28 3754 0050 0446 1000 00
BIC
COBADEFFXX

Commerzbank Göttingen
IBAN
DE90 2604 0030 0616 0600 00
BIC
COBADEFFXXX

Kennwort für alle Spenden
„Indianerhilfe e.V.“

Freundeskreis Indianerhilfe e. V. (FKI)
Gemeinnützigkeit anerkannt

Vorstandsmitglieder

Maria Andrade de Schultze, Berlin – Projekt Peru 1
Dr. Nikolai Plöser, Köln – Personalreferent
Albrecht Trautmann, Göttingen – Schatzmeister
Hans-H. Schneider, Kassel – Schriftführer
Dr. Werner Fleck, Gießen – Projektleitung Peru 1
Dr. Andreas Langeheinecke, Saarbrücken – Projektleitung Peru 2
Dr. Bernhard Rappert, Burscheid – Geschäftsführender Vorsitzender
Peter Riehl, Kassel – Vertreter Alber-Schweizer-Schule
Dr. Louise Rech – Hannover
Dr. Malte Bräutigam- Neuburg an der Donau

Geschäftsstelle Freundeskreis Indianerhilfe e.V.

Leitung
Frauke Stachulla und Dr. Bernhard Rappert
Bürgermeister-Schmidt-Straße 25 · 51399 Burscheid
Telefon 02174/666 40 66 · Fax 02174/666 40 68
E-Mail info@indianerhilfe.de

Redaktion

Dr. Nikolai Plöser, Köln

Gestaltung und Produktion

Team Feyerabend, Langenfeld
www.feyerabend.biz

Herausgeber

Freundeskreis Indianerhilfe e.V.

Verantwortlich für den Inhalt

Dr. Bernhard Rappert · Jahnstraße 14 · 51399 Burscheid
bernhard.rappert@t-online.de · www.indianerhilfe.de



Das Deutsche
Zentralinstitut
für soziale
Fragen (DZI)
bescheinigt:
**Geprüft +
Empfohlen**

Liebe Freunde der Indianerhilfe, liebe Spender!

Es gibt viel zu berichten über unser Projekt am Rio Chambira und die Arbeit in Peru.

Seit die Klinik ins peruanische Gesundheitswesen integriert werden konnte, ist die Zahl der Mitarbeiter deutlich angestiegen. Die Anforderungen sind nun anders und zum Teil auch erheblich umfangreicher.

Krankenschwestern, Hebamme und Laborantinnen werden vom peruanischen Gesundheitssystem (DIRESA) bezahlt, ebenso die Medikamente und die meisten Notfallvakuumierungen.

Seit April haben wir ein neues Ärzteteam an der Klinik, die deutschen Ärztinnen Hannah Seeba (Kinderärztin) und Sarah Schwannecke (Internistin). Sie haben unser holländisches Team Petra van der Lelie und Florian Huiskes abgelöst. Ich kann unseren Ärzten nur Dank und höchste Anerkennung zollen – es ist unglaublich, was hier geleistet wurde und wird! Alle Berichte verblassen gegen die Wirklichkeit und die Strapazen der Arbeit vor Ort.

Es ist wunderbar zu sehen, dass sich immer wieder junge Menschen für diese Arbeit melden und auf Geld und Bequemlichkeiten verzichten.

Die Ethnie der Urarinas ist einzigartig und von Linguisten, Ethnologen und Anthropologen bislang kaum erforscht. Einer von zwei Anthropologen, die sich mit den Urarinas beschäftigt haben, ist Dr. Harry Walker aus London. Seit über 10 Jahren sind wir ihm immer mal wieder begegnet. Dieses Jahr hat er unsere Jahreshauptversammlung besucht und dort einen Vortrag gehalten. Die Übersetzung seines Vortrages lesen Sie in diesem Heft..

Bereits in einigen der letzten Ausgaben haben wir über das Projekt Lehmziegel berichtet (Dezember 2016 und Juni 2017). Hierbei geht es vereinfacht gesagt um mit hohem Druck gepresste (eben nicht gebrannte) Lehmziegel zum Häuserbau. Für die Umwelt, die Wälder und die Atmosphäre wäre es eine erhebliche Entlastung, wenn diese Form der Produktion sich durchsetzen würde. Endlich starten wir jetzt – unter der Regie von Max Druschke, unserem Vertreter in Peru – ein Pilotprojekt bei den Aguarunas! Über die Fortschritte dieses Projekts werden wir in Zukunft ausführlich berichten.

Wir haben viele Ideen und viele neue Aufgaben, längst geht es nicht mehr nur um medizinische Inhalte, wobei wir natürlich weiterhin in der Ausbildung der Gesundheitshelfer (Promotores de Salud) in den Dörfern aktiv sind. Maximal 10



Aufatmen für Lorena

von Hannah Seeba

Die Verlegung von Notfällen in eine größere Klinik ist am Rio Chambira nie einfach gewesen. Hier berichtet unsere Ärztin Hannah Seeba vom Fall der kleinen Lorena und von den Stationen einer Odyssee...

Während wir Ende Mai noch ziemlich viele kranke Kinder hatten, darunter vermutlich auch einige Fälle von echter Grippe (Influenza) und anderen Erkältungskrankheiten (insbesondere Kinder mit Bronchitis), nahm diese Welle im Juni ein wenig ab. Bevor es soweit war, kam es aber noch einmal richtig dicke: Lorena, ein kleines Mädchen, 4 Monate alt, hatte sich bereits am Vortag mit einer Bronchitis vorgestellt, die Eltern wollten aber nicht bleiben, weshalb ich sie für den Folgetag zur Kontrolle einbestellt hatte. Die Familie stammt aus Pijuayal, dem nur 20 Minuten entfernten Nachbarort der Klinik. Sie kamen auch direkt morgens wieder und der Zustand der Kleinen hatte sich deutlich verschlechtert, so dass ich schon ein schlechtes Gewissen hatte, sie überhaupt gehen gelassen zu haben. Aber ich hatte ja eine Hospitalisation empfohlen, der die Eltern nun auch zustimmten. Bei Aufnahme sättigte das Kind um die 85-90% und atmete sehr schnell, so dass wir uns entschieden, ihr Sauerstoff vorzulegen, eine Entscheidung, die hier nicht einfach ist, da wir nur eine kleine Flasche vorrätig haben und man die Indikation sehr genau bedenken muss. Wir ließen Lorena engmaschig inhalieren. Nichtsdestotrotz verschlechterte sich ihr Zustand rasch weiter, so dass ich um 11 Uhr die Entscheidung zur Verlegung fällte.

Das bedeutet hier, dass man zunächst die Logistik klären muss. Wer nimmt das Kind wo entgegen? Welche Boote fahren es welche Abschnitte? Da unsere Was-

serambulanz zu der Zeit noch in der Reparatur war, mussten wir Hilfe aus Nauta erbitten, dem Iquitos vorgelagerten Ort. Wir baten auch um weitere Sauerstoffvorräte. Weil meine Arbeitserlaubnis noch nicht da war und sich die Patientin so schnell verschlechterte, entschieden wir, zu zweit zu fahren. Ich nahm die peruanische Rotationsärztin Daynaluz aus Tacna an der chilenischen Grenze mit. Sie ist noch sehr jung, arbeitet aber bereits selbständig und sicher. Gegen 13 Uhr ging es dann endlich los, nachdem ein Arztbrief und ein Verlegungsformular per Email nach Nauta versandt worden waren. Die Kleine schnappte bereits zwischendurch ziemlich nach Luft und hatte trotz Inhalation und Sauerstoff eine Atemfrequenz von etwa 60/Minute.





Wir nahmen die Mutter mit und mussten den Vater, der zwischenzeitlich nach Pijuyal zurückgefahren war, dort noch abholen. Nachdem er die weiteren Kinder versorgt hatte, ging es los. Die Mutter hatte ihr in eine Decke und mit Sauerstoffmaske verpacktes Bündel eng an sich gedrückt und wirkte sehr besorgt. Leider konnten wir nicht direkt kommunizieren, ich erklärte aber dem Vater die Situation. Ich setzte mich neben die Mama, um Lorena gut im Auge behalten zu können. Gegen 15 Uhr riss die Mutter plötzlich die Augen auf, das Kind hatte aufgehört zu atmen.

Ich entnahm es ihr rasch und legte es auf den Boden des Bootes. Wir hielten an, um den Beatmungsbeutel und die Maske umzubauen. Dann begannen wir mit der Maskenbeatmung, die wir bis zum Krankenhaus in Iquitos durchziehen mussten, da Lorena zwischendurch zwar wieder ein bisschen mitatmete, sich aber anscheinend so erschöpft hatte, dass es nicht mehr reichte. Leider begann sie irgendwann auch damit, Krampfanfälle zu zeigen. Dabei stieg ihre Temperatur, so dass man hoffen konnte, dass es sich „lediglich“ um gutartige Fieberkrämpfe handelte und nicht um Schäden durch den Sauerstoffmangel. Aber es bedeutete auch, dass sie sich noch schlechter beatmen ließ und ihr Zustand zunehmend wackeliger wurde.

In Ollanta stiegen wir nach 2 Stunden Wartezeit – die uns wie Tage vorkamen unter ständiger Beatmung – im Dunkeln mit Mücken in die Hydroambulanz von Nauta um. Dort gab es neuen Sauerstoff und wir wurden im neuen Boot etwas schneller. Die besorgte Mutter fasste während der Reise immer wieder Lorenas Beine an, vermutlich, um zu gucken, ob sie noch warm war. Derweil hielt der Vater uns fast die ganze Fahrt über die Taschenlampe, damit wir auch sehen konnten, ob wir richtig beatmeten und wie es um die Patientin stand. Wir hatten gehofft, bereits in Ollanta abgelöst zu werden – nun wäre es also in Nauta gewesen, wo uns ein Rettungswagen an den Hafen versprochen wurde. Leider wurden wir dort stattdessen mit der Aufforderung empfangen, in ein Motocarro (Tuktuk) umzusteigen. Ich weigerte mich zunächst, da ich eine Beatmung im Motocarro für unmöglich hielt. Als sich aber nichts tat, blieb mir keine Wahl. Am Gesundheitsposten Nauta informierte man uns, dass wir auch den weiteren Transport übernehmen müssten. Also noch einmal 2 Stunden Schnellstraße ohne Gurte oder Sitze auf einer Krankenliege seitwärts im Rettungswagen unter Beatmung. Ich hatte mir bereits eine Blase gebeutel.

Es erfordert durchaus Konzentration, die Maske immer korrekt aufliegen zu haben, die richtige Atemfrequenz vorzulegen und dabei noch die ständige Kontrolle der Sättigung und des Pulses im Blick zu behalten. Ein Glück waren wir ja

zu zweit und das Teamwork mit Dra. Dayna funktionierte wirklich gut. Endlich in Iquitos angekommen beschwerte man sich zunächst, wir seien nicht angekündigt und man hätte heute bereits mehrere Verlegungen angenommen. Wir bekamen das arme Mädchen einfach nicht in andere Obhut.

Letztendlich konnten wir das Team des Notfallraumes aber doch von der Notwendigkeit der Übernahme überzeugen und nach ein paar nächtlichen Scherzen (es war mittlerweile 2 Uhr) ging die Anspannung auch zurück. Allerdings mussten wir uns noch anhören, dass vermutlich die traditionellen Armbändchen und die Kette der Grund seien, dass das Mädchen nicht mehr richtig atmete. Ich wollte nur noch ins Bett.

Die gute Nachricht, die einen all das vergessen lässt und jede aufgewendete Minute rechtfertigt, ist, dass die kleine Patientin mittlerweile wieder zuhause in ihrem Dorf ist und gesund zu sein scheint. Nächste Woche werden wir ihr einen Besuch im Rahmen der „Visitas domiciliarias“ abstatten!



Lorena hat es geschafft und ist wieder gesund in Pijuyal, ihrem Heimatdorf angekommen! Im nächsten Monat sollen wir auch eine größere Sauerstoffflasche in die Klinik bekommen.



Finanzbericht per 31.12.2017 für unsere Spender

Einnahmen

Das Geschäftsjahr 2017 konnte mit einem positiven Ergebnis von € 45.904,65 abgeschlossen werden.

Dieses hohe Ergebnis ist zurückzuführen auf die Auszahlung des Nachlasses der in 2016 verstorbenen Spenderin Regina Heckmann aus Meerbusch.

Wenn man das Vermächtnis nicht berücksichtigt, haben sich die Spendeneingänge im Vergleich zum Vorjahr um € 32.000 verringert.

Anlässlich der RIPA-Aktion der Albert-Schweitzer-Schule in Kassel wurden beachtliche € 19.265,14 für den FKI gespendet, sicher eines der höchsten Ergebnisse bisher.

Die Endabrechnung des Kinderschutzbundes für die Charity Veranstaltung im Audi-Zentrum lag noch nicht vor. Bisher haben wir einen Gewinn von € 9.250 für den FKI verbucht.

Im vergangenen Jahr konnten wir Spendeneingänge von 468 Personen und Einrichtungen verbuchen. Die Anzahl der Mitglieder – in 2017 waren es 319 – aber auch der neuen Mitglieder und neuen Spender ist weiterhin rückläufig.

Ausgaben

Projektkosten

In 2017 fielen nur Projektkosten am Chambira an. Hier sind die Sachkosten trotz Extrakosten für Motor, Boot und Behandlung von Hugo geringer als in 2016. Die Personal- und Lohnnebenkosten sind etwas höher als im Vorjahr, da Gehälter für zwei Ärzte gezahlt wurden. In 2016 war bis Oktober nur 1 Ärztin angestellt.

Gesamt wurden im Projekt am Chambira € 8.330 mehr ausgegeben als im Vorjahr.

Weitere Ausgaben

Die Personalkosten in Deutschland entsprechen dem Vorjahr. Die **sonstigen betrieblichen Aufwendungen** sind in der Summe etwas geringer als im Vorjahr.

Ausgaben für die Einrichtung der Geschäftsstelle sind in 2017 nicht mehr angefallen.

Die Kosten für Druck und Versand der Mitteilungen sind wieder gestiegen, im Vorjahr wurden die Mitteilungen nur einmal verschickt.

Die Kosten für Werbung / Öffentlichkeitsarbeit und sonst. Aktionen entsprechen in der Summe dem Vorjahr.

Vom Tri-Café erhalten wir einen monatlichen Zuschuss von € 400 zur Miete, somit zahlt der FKI noch ca. € 156,51 pro Monat an Miete und Nebenkosten für die Geschäftsstelle. Die Zahlung vom Tri-Café ist auf dem Konto **sonstige betriebliche Erlöse** gebucht. Der Verbrauch von Strom und Gas ist im vergangenen Jahr etwas gestiegen.

Alle weiteren sonstigen Aufwendungen entsprechen etwa dem Vorjahr.

Die Kassenprüfung erfolgte zeitnah. Gemäß DZI Vorgaben wurde auf der JHV ein weiterer Kassenprüfer gewählt.

Hierfür hatte sich bereits Herr Badem, ein langjähriger aktiver Spender aus Leverkusen, zur Verfügung gestellt. Seine Wahl erfolgte einstimmig.

Das DZI Spendensiegel wurde bis 31.03.2019 verlängert.

Übersicht nächste Seite ...

Einnahmen und Ausgaberechnung



Freundeskreis Indianerhilfe e.V.		Einnahmen- und Ausgabenrechnung per 31.12.17		Stand 01.03.2018	
		31.12.17	Vorjahr EURO	Bemerkungen Konto	Differenzen
Einnahmen					
Beiträge u. Spenden					
Spenden Deutsche Bank Freiburg		1.423,40	1.776,12	08200	-352,72
Spenden Commerzbank Göttingen		17.891,65	17.584,32	08201	307,33
Spenden Commerzbank Leverkusen		124.342,36	151.088,51	08202	-26.746,15
Mitgliedsbeiträge		4.073,81	4.586,52	08206	-512,71
Zuw. andere Organisationen		27,71	3.395,11	08207	-3.367,40
Zuwendungen Kirchen		300,00	1.500,00	08205	-1.200,00
Schenkungen, Nachlässe		86.648,19	0,00	08203	86.648,19
Spenden Gesch.stelle Burscheid		0,00	2.424,23		-2.424,23
		234.707,12	182.354,81		52.352,31
sonstige Erlöse		20.972,00	19.089,67	08600	1.882,33
Zinserträge		3.515,70	2.250,85	02650	1.264,85
Ertr. aus Erstattg. Lohnfortzahlg.		576,78	622,26	01520	-45,48
Außerordentliche Erträge		0,00	0,00	02500	0,00
Einnahmen gesamt		259.771,60	204.317,59		55.454,01
Ergebnis		45.904,65	1.541,25		
Ausgaben					
Projektkosten					
Peru I	Projektkosten	0,00	0,00	04902	
	Personalkosten	0,00	0,00	04902	
	Lohnnebenkosten	0,00	0,00		
		0,00	0,00		0,00
Peru II	Projektkosten	53.740,95	60.586,80	04903	0,00
	Personalkosten	97.919,91	76.946,45	04903 u. 04121	0,00
	Lohnnebenkosten	3.753,12	9.549,97	04131	0,00
		155.413,98	147.083,22		8.330,76
Personalkosten					
	Gehälter Deutschland	11.291,10	11.001,74	4120, 4180, 4190	289,36
	gesetzl. soziale Aufwendungen	10.592,94	10.300,35	04130	292,59
	Berufsgenossenschaft	158,67	162,78	04138	-4,11
Reisekosten					
	Reise- u. Supervisionskosten	6.124,09	2.529,74	04661	3.594,35
	Reisekosten in der BRD	607,70	280,50	04660	327,20
sonst. Betriebliche Aufwendungen					
	Geschäftsführung, Bürobedarf	772,98	1.087,98	04930	-315,00
	Ausgaben Gesch.stelle Burscheid	0,00	6.000,85	04931	-6.000,85
	Telefon / Internet	549,55	488,66	04920	60,89
	Porto	356,50	791,84	04910	-435,34
	Druck u. Versand Mitteilungen	29.678,47	31.418,01	04610 + 04611	4.801,14
	Werbung/Öffentlichkeitsarbeit	2.436,74	2.217,38	04600	219,36
	Rechts- und Beratungskosten	60,00	0,00	04950	60,00
	sonst. Gebühren u. Abgaben	824,68	901,68	4390 u. 4955	-77,00
	Versicherungen	382,81	660,44	04360	-277,63
	Sonstige Abgaben	69,96	0,00	04390	69,96
	Mieten u. sonst. Raumkosten	6.043,67	5.476,98	04200 + 04210	566,69
	sonst. Betriebsausgaben	0,00	551,86	04958	-551,86
	sonst. Aktionen/Aufwendungen	6.346,39	5.925,36	04959	421,03
	Zinsaufwendungen	0,00	0,00	02100	0,00
	Kosten des Geldverkehrs	960,43	1.107,43	04970	-147,00
	Kursdifferenzen Wertpapiere	0,00	0,00	02150	0,00
	Abschreibungen u. GWG	629,52	763,45	04830 + 04855	-133,93
Ausgaben gesamt		213.866,95	202.776,34		11.090,61

Save the Date – Bitte vormerken!



Die Charity-Veranstaltung „Alle Kinder dieser Welt“ im Audi Zentrum Leverkusen findet dieses Jahr am Samstag, den **1. Dezember ab 18.00 Uhr** statt.

Wie jedes Jahr berichten wir zusammen mit dem Kinderschutzbund Leverkusen über unsere Arbeit in Leverkusen und in Peru.

Karten können in der Geschäftsstelle der Indianerhilfe reserviert werden!



Am selben Wochenende vom **30.11. – 1.12.** findet auch das große Schulfest der **Albert Schweitzer Schule Kassel** unter dem Motto: „NACHHAL(L)tig“ statt.

Fast 20.000,-€ haben die Schülerinnen und Schüler der Albert Schweitzer Schule 2017 für unser gemeinsames Projekt gesammelt. Eine unglaubliche Summe!



Dr. Harry Walker ist derzeit Associate Professor am Institut für Anthropologie der London School of Economics (LSE) und Spezialist für die Anthropologie Lateinamerikas unter besonderem Fokus auf die indigenen Völker Amazoniens. Er hat eine Langzeitfeldstudie bei den Urarina durchgeführt, deren Ergebnisse unter dem Titel „Under a Watchful Eye“ 2013 in englischer Sprache publiziert wurden. Vorstandsmitglied Malte Bräutigam und seine Frau lernten Harry während ihrer Zeit an der Clinica Tucunaré kennen, wo er immer wieder einmal vorbeikam. So entstand eine Freundschaft, die Harry nun auch zu unserer Jahreshauptversammlung führte.

Einführung: Wer sind die Urarina?

Das erste Mal begegnete ich den Urarina 2005, als ich eine eineinhalbjährige Feldforschung für meine Doktorarbeit an der Universität Oxford begann. Während dieser Zeit lebte ich überwiegend in zwei Dörfern am Oberlauf des Rio Chambira. Als Sozialanthropologe versuchte ich mein Bestes, meine Lebensweise so weit wie möglich den dort lebenden Menschen anzupassen: das gleiche zu essen, anzubauen, zu jagen, zu fischen und ganz grundsätzlich so viel wie möglich darüber zu lernen, wie die Urarina leben, denken und die Welt verstehen. Als Hauptthema meiner Doktorarbeit kristallisierte sich schließlich die Frage heraus, was es bedeutet, eine moralisch integre Persönlichkeit zu werden und wie die Menschen ihr starkes Bestreben nach Unabhängigkeit in Einklang bringen mit den engen Abhängigkeitsverhältnissen von ihrer Umwelt. Seither bin ich dreimal jeweils für ein bis zwei Monate an den Rio Chambira zurückgekehrt: 2012, 2013 und 2017. Im Verlauf der Jahre tat ich mein Möglichstes, ein weites Spektrum unterschiedlicher Aspekte im Leben der Urarina zu verstehen und darüber zu schreiben – unter anderem über Schamanismus, Handel, Fußball, Schreiben und Dokumente, Recht und Struktur der Sprache.

Gestatten Sie mir an dieser Stelle die Zwischenbemerkung, dass ich noch immer eine große Dankbarkeit empfinde gegenüber den Ärzten und Mitarbeitern der Klinik Tucunaré, die ich im Laufe der Jahre kennengelernt habe und die mich mit ihrer Großzügigkeit und Freundschaft immer unterstützt haben. Jemandem, der niemals in solch abgelegenen Gebieten auf sich selbst gestellt solche Erfahrungen gemacht hat, ist es schwer zu vermitteln, was so einfache Dinge wie ein warmes Nudelgericht nach europäischer Art oder ein ausgeliehener Krimi für das eigene geistige Wohlergehen bedeuten können.

Unter dem ausdrücklichen Vorbehalt, dass ich bislang (noch) keine konkrete Forschung bezüglich der Wahrnehmung westlicher Schulmedizin oder zur Sicht-

Die Urarina: Erwartungen und falsche Annahmen

Vortrag gehalten gehalten von Dr. Harry Walker am 09.06.2018 im Rahmen der Jahreshauptversammlung des FKI e.V. in Burscheid (übersetzt von Malte Bräutigam)



weise der Urarina auf die Klinik und andere Projekte des FKI durchgeführt habe, hoffe ich, auf Basis meiner Zeit in Gesellschaft der Urarina gleichwohl vielleicht einige Anmerkungen beisteuern zu können, die für die Arbeit des Vereins von Belang sein könnten.

Zum Verständnis des Weiteren erscheint es mir hilfreich, einleitend einige Gemeinsamkeiten zwischen den Urarina und anderen Ethnien der Amazonasregion hervorzuheben sowie herauszuarbeiten, worin sie sich von ihnen unterscheiden.

Die Ähnlichkeiten sind zunächst recht augenfällig: Die Völker der Amazonasregion verfügen allgemein über eine sehr egalitäre und freiheitsliebende Einstellung und pflegen eine auf Jagen, Fischen und Kleinackerbau basierte Lebensweise, ergänzt durch kurzzeitige Arbeit für Außenstehende (in erster Linie Holzhändler, Flusshändler oder Erdölfirmer) sowie zunehmend häufiger werdende Unterstützung durch den Staat (in der Regel kleine Geldmengen nach Erfüllung bestimmter Bedingungen). All dies ist typisch für die Region. Wie die meisten anderen amazonischen Völker sind die Urarina ziemlich argwöhnisch und misstrauisch gegenüber Außenstehenden – auch und obwohl sie ein Inte-

resse an deren Wissen und materiellen Gütern haben und auch obwohl ihnen irgendeine Form der Interaktion mit Außenstehenden als wichtig erscheint, um die eigene Lebensweise aufrechtzuerhalten. Man könnte sagen, dass für amazonische Völker der Umgang mit Außenstehenden im Allgemeinen ein notwendiges Übel ist: riskant und unangenehm, aber auch unvermeidbar da potentiell vorteilhaft.

Andererseits verfügen die Urarina über einige Charakteristika, die sie von ihren indigenen Nachbarn wie den Cocama, Candoshi und anderen Jivaro-Völkern unterscheiden. Besonders zu betonen ist, dass die Sprache der Urarina eine isolierte ist, während die meisten amazonischen Völker jeweils Teile von größeren Sprachfamilien mit linguistischen und kulturellen Ähnlichkeiten bilden. Daher ist auch die Sicht der Welt – sind die Mythen der Urarina, ihre schamanischen Gesänge und Rituale, ihre Begriffe von Person, Seele und Körper – in vielerlei Hinsicht recht eigen.

Dies gilt auch für ihre Persönlichkeiten oder Charakterzüge. Während es in der Nachbarschaft viele berühmte streitbare und kriegerische Gruppen gibt, sind die Urarina Außenstehenden immer als friedfertig und ruhig, ja nahezu gefügig und unterwürfig erschienen, was allerdings nicht heißt, dass sie nachgiebig wären. Es bedeutet lediglich, dass ihre Strategien des Widerstandes andere sind. Anstelle kompletter Missachtung oder Konfrontation neigen sie dazu, ihre Autonomie durch subtiles Ausweichen und Rückzug zu erhalten. Diese Art von passivem Widerstand geschieht meist still und leise und ist auf Anhieb daher nur schwer wahrzunehmen. Andere Unterscheidungsmerkmale sind eine sehr strenge Geschlechterhierarchie in der Öffentlichkeit, relativ geringe Integration in den Staat und den wirtschaftlichen Markt sowie eine regelrechte Abneigung gegen autoritäre Organisationsformen, die ihre jeweilige persönliche Autonomie und Freiheit bedrohen.

Anstelle eines allgemeinen Überblicks über Gesellschaft und Kultur der Urarina werde ich nun zwei falsche Annahmen in Bezug auf dieses und andere indigene Völker ansprechen, die meiner Meinung nach häufig festzustellen und es daher wert sind, genauer betrachtet zu werden.

Falsche Annahme 1: „Sie brauchen Rettung“

Damit meine ich das generelle Gefühl, dass die Urarinas aus dem einen oder anderen Grund dringend auf unsere Hilfe angewiesen sind. Ich möchte in keiner Weise die vielfältigen und ernsten Herausforderungen kleinreden, welche



Im klaren Wasser des Rio Chambira spiegeln sich die Gesichter der vorbeifahrenden Urarinafamilie. Das Boot ist schwer beladen, daher gilt es für uns die Geschwindigkeit unseres Bootes zu reduzieren um die Bugwelle klein zu halten.



die Urarina zu bewältigen haben in Sachen Gesundheit, ihre natürliche Umgebung, ihre kulturelle und politische Selbständigkeit, die Bewahrung ihrer Kultur und Sprache sowie ihre ganz eigene Art zu leben. Nicht zuletzt sind es die Urarina selbst, die davon sprechen, dass das Leben am Rio Chambira nicht so ist, wie es sein sollte, und dass sich einiges bessern müsste.

Auch möchte ich nicht den Eindruck erwecken, dass Hilfsangebote von Außenstehenden, sei es von der Regierung oder von Nicht-Regierungs-Organisationen wie dem FKI, falsch oder unangemessen seien.

Wir sollten meines Erachtens nur kurz innehalten und die geläufige Einstellung reflektieren, die zum Thema „Entwicklung“ im Diskurs westlicher Gesellschaften vorherrscht. Es handelt sich dabei um einen Fortschrittsdiskurs mit der Neigung, Menschen in „weniger entwickelten“ Gesellschaften über das zu definieren, was sie nicht haben: sie haben kein Geld, sie haben keine richtigen Häuser, sie haben keine lange Lebenserwartung etc. Selten betrachten wir in diesem Zusammenhang die Dinge, die sie im Gegensatz dazu haben: nämlich einen engen Familienzusammenhalt, politische Unabhängigkeit, keine Lohnabhängigkeit mit unbefriedigender Arbeitsroutine, dafür aber ein stilles Selbstvertrauen basierend auf dem praktischen und alltäglichen Umgang mit der Natur usw.

Diese Überlegungen sollten meines Erachtens bei der Gestaltung der Entwicklungszusammenarbeit mit den Urarina einfließen, um ihre Ziele – wie beispielsweise Gesundheit und Wohlbefinden – zu erreichen. Der Ausgangspunkt sollte also vielleicht nicht lediglich sein, ihnen etwas zu geben, was sie nicht haben, sondern zu bewahren, was sie bereits haben und schätzen.

Falsche Annahme 2: „Sie leben in Gemeinschaften“

Die zweite falsche Annahme ist, dass indigene Völker in fest vernetzten und eng miteinander verbundenen Gemeinschaften leben. Zuweilen findet sich sogar das Missverständnis, dass indigene Völker in ihrer Grundeinstellung und Haltung gemeinschaftlich oder sogar kollektivistisch organisiert seien – im Gegensatz zu unserem modernen westlichen „Individualismus“. Ich glaube, dass diese grundlegend falsche Annahme der Hauptgrund ist für einige gescheiterte Entwicklungsprojekte in Amazonien und anderswo, und dass dies auch relevant für die Arbeit des FKI ist.

Lassen Sie mich Ihnen eine Beschreibung der Urarina durch den Jesuitenpriester und Geschichtsschreiber Juan de Velasco aus dem Jahr 1789 zitieren, die in diesem Zusammenhang sehr aufschlussreich ist:

Es gibt immer was zu lachen beim Kurs der Hebammen in der Klinik Tucunaré



„Sie hatten weder viel noch wenig Bevölkerung. Alle waren in weit verstreute Stämme verteilt, jeder Stamm wiederum in mehrere Haushalte, die nicht in unmittelbarer Nähe von einander waren, allesamt unfähig, sich selbst zu einer Vereinigung zusammenzutun. Sie lehnten dies ab, da jedes Familienoberhaupt für sich unabhängig sein wollte und möglichst selten einem Herrn oder Ältesten untertan. Bereitwillig boten sie den Missionaren Freundschaft und Frieden an. Sie versprachen, sich ihren Lehren zu unterziehen und das Evangelium zu empfangen. Aber mit ihnen darüber zu sprechen, sich zu einer Bevölkerung zusammenzuschließen, verärgerte sie anschaulich, und da dies äußerst mühsam war, war es unmöglich zu erreichen.“

Es ist tatsächlich davon auszugehen, dass die Urarina noch bis vor kurzem gar keinen Begriff von „Gemeinschaft“ hatten. Sie lebten in kleinen Sippen, die um eine ältere, gewöhnlich männliche Person gruppiert waren und die in angespannten oder sogar feindlichen Beziehungen zu anderen ähnlichen Gruppen standen. Man könnte sogar behaupten, dass der an die Urarina herangetragene Entwurf von „Gemeinschaft“ eine westliche Erfindung ist, die eher in einer fehl-



geleiteten Vorstellung eines „Urkommunismus“ wurzelt als in einem originären Verständnis von nicht-westlichen sozialen Organisationsformen.

Die vermutlich wichtigste Veränderung, die in den vergangenen Jahrzehnten im Leben der Urarina stattgefunden hat, war die Einführung des „Ley de las comunidades nativas“ (Gesetz zur Regelung der indigenen Gemeinden) durch die peruanische Regierung im Jahr 1974. Basierend auf einem sehr oberflächlichen Verständnis indigener Andenvölker veranlasste dieses Gesetz Menschen, sich in offiziell anerkannten Gemeinden nach einem Einheitsmodell anzusiedeln. Vom Beobachterstandpunkt desjenigen aus betrachtet, der heute in das Gebiet der Urarina reist, entsteht leicht der Eindruck, dass diese nun in Dörfern mit Namen wie Santa Carmela, Buena Vista usw. leben. Das beschreibt sicherlich mit jedem weiteren Jahr auch zunehmend die Realität, bleibt meines Erachtens bislang aber noch eine sehr oberflächliche Wahrnehmung der tatsächlichen Verhältnisse. Insgesamt wird in wesentlich kleineren Gruppen gearbeitet und agiert, die ich als „Solidargruppen“ umschrieben habe. Auf dieser Ebene zeigen sich hohe Grade an Kooperation und Vertrauen. Eine Gemeinschaft „exi-

stiert“ dabei immer nur als eine sehr flüchtige Entität zu bestimmten Anlässen, etwa während Treffen oder zu besonderen Anlässen. Über die weiten Zeiträume des Alltagslebens der Urarina hinweg ist sie praktisch irrelevant.

Das sollte insbesondere dann in Erinnerung behalten werden, wenn es um Initiativen geht wie die Implementierung eines „Promotor de Salud“, ein Konzept, in dessen Rahmen von ein oder zwei Menschen erwartet wird, sich um die gesundheitlichen Belange ihrer gesamten Dorfgemeinschaft zu kümmern. Aufgrund des großen Misstrauens zwischen unterschiedlichen Solidargemeinschaften ist es nicht verwunderlich, dass die häufigste Beschwerde über einen „Promotor de Salud“ die ist, dass er sehr geizig mit seinen Medikamenten sei, weshalb er auch nur selten um Hilfe gebeten wird.

Gesundheit und Krankheit

Ich möchte nun zu einem anderen Thema überwechseln und einige kurze Bemerkungen zu den Begriffen von Gesundheit und Krankheit darlegen.

Zunächst einmal wird die Mehrheit der Krankheiten von indigenen Volksgemeinschaften im Allgemeinen als ein Ergebnis von Hexerei oder böswilliger Aktivität betrachtet. Dies ist weitverbreitet in Amazonien, aber die Urarina unterscheiden sich insofern doch deutlich von ihren Nachbarn wie beispielsweise den Jivaro, als in der Mehrzahl der Fälle das für die Urarina verantwortliche Medium nicht-menschlicher Natur ist.

Das ist wichtig für ein Verständnis dafür, wie Heilung funktioniert. Es existieren bei den Urarina fünf verschiedene Heilmethoden, die ich kurz aufzählen möchte. Welche davon zu einem gewissen Zeitpunkt ausgewählt wird, hängt von der Diagnose der Krankheit und von bereits gemachten Erfahrungen ab. Die Verfahren sind aber miteinander kombinierbar und meist wird auch mehr als nur eine Therapiemöglichkeit ausprobiert.

Die erste ist der Gebrauch von Heilpflanzen, der meist von den Frauen beherrscht wird. Mein Eindruck ist, dass derzeit viel von diesem traditionellen Wissen bereits verloren geht. Bislang hatte ich aber noch keine Gelegenheit, mich länger mit jemandem auszutauschen, der viel Erfahrung auf diesem Gebiet hat.

Die zweite Methode besteht im Einsatz zahlreicher Heilgesänge, genannt baau. Sie sind allseits bekannt, nicht beschränkt auf bestimmte spezialisierte Personen und einfach in der Anwendung. Der Heiler, gewöhnlich (aber nicht immer) ein Mann, singt und bläst Luft auf ein kleines Gefäß mit Muttermilch oder Bananengebräu (chapo), das dem Patienten dann verabreicht wird. Die



Die ganze Familie kommt zur Untersuchung beim Besuch der Ärztin



Vorstellung dahinter ist, dass die Worte sich in der Flüssigkeit wie Zucker im Tee auflösen und sich dann mit dem Blut des Patienten vermischen. Die Gesänge sind angepasst an den Schaden, der durch eine bestimmte Tier- oder Pflanzeart oder ein anderes natürliches Objekt wie die Sonne oder einen Strudel im Fluss entstanden ist.

Die dritte Methode ist der Ayahuasca-Schamanismus. Hierbei trinkt ein erfahrener Schamane, fast immer ein Mann, eine psychoaktive Zubereitung aus Ayahuasca oder Brugmansia, die starke Halluzinationen hervorruft. Dabei trägt er einen improvisierten Gesang vor, bläst den Patienten an und reibt ihn mit den Händen ab.

Die vierte Methode ist die Anwendung von Tabak in Kombination mit starkem Saugen mit dem Mund, um Schmerz zu stillen. Der Heiler raucht Zigarre und saugt, den Rauch im Mund, sehr heftig an der Stelle des Schmerzes am Körper des Patienten.

Die fünfte Methode (und die neuste) ist der Einsatz von moderner westlicher Medizin: Antibiotika, Schmerzmittel und ähnliches, die von der Klinik über die Gesundheitshelfer (promotores de salud) in die Dörfer gelangen.

Die Klinik Tucunaré

Die naheliegende Frage ist nun natürlich, wie sich das traditionelle Konzept von Diagnose und Heilung, die westliche Medizin und neue Behandlungsformen der Klinik wechselseitig beeinflussen. Das ist zwar eine sehr komplexe Frage, aber ich möchte zumindest einige Anmerkungen hierzu machen.

Das Verständnis der Urarina in Bezug auf Gesundheit und Krankheit ist in vielerlei Hinsicht im Wandel und unterliegt raschen Veränderungen. Das ist einerseits das Ergebnis des intensiveren Kontakts zu Außenstehenden – nicht nur zur Clinica Tucunaré, auch zu Mestizen in der Region. Andererseits ist dieser Wandel der Tatsache geschuldet, dass viele ihrer traditionellen Mittel und Techniken sich als unwirksam gegenüber neuen Krankheiten wie Masern, Windpocken oder Tuberkulose erwiesen haben, denen die Urarina heutzutage ausgesetzt sind. Mindestens eine Person äußerte ganz konkret, dass „Schamanismus nicht wirklich gegen Krankheiten aus der Stadt hilft.“

Grundsätzlich genießt die Klinik daher ein hohes Ansehen. Die Leute sprechen über sie sehr positiv. Sie zeigen auch viel Respekt und Wertschätzung gegenüber den Ärzten, Schwestern und Mitarbeitern der Klinik. Tatsächlich habe ich nie ein schlechtes Wort über die Mitarbeiter und das Gesamtprojekt gehört.

Allerdings gibt es einige Punkte, in denen die Arbeitsweise der Klinik nicht vereinbar ist mit den traditionellen Praktiken. Ein wichtiger Punkt ist die Dauer der Behandlung. Während die meisten traditionellen Heilmethoden nahezu augenblicklich wirksam sind, benötigt die westliche Medizin längere Zeiträume, um eine sichtbare Heilung zu verzeichnen. Sehen die Leute nun nicht eine sofortige Verbesserung, sind sie frustriert und bezweifeln die Wirkung der Behandlung. Sie setzen eine Behandlung durchaus verständlicherweise dann nicht bis zum Ende fort.

Eine andere häufige Kritik ist, dass die Klinik nicht genügend Nahrungsmittel für Patienten bereitstellt. Es wird gesagt, dass Leute, die einen langen Weg zur Klinik zurücklegen, an Hunger leiden werden, weil sie nicht ihre Verwandten dabei haben, die ihnen mit Nahrungsmitteln aushelfen.

Der dritte Punkt ist, dass manche Leute beunruhigt sind wegen nächtlich umherwandernden Geistern von in der Klinik Verstorbenen und deshalb ungern die Nacht dort verbringen.

Im Großen und Ganzen sind die Leute aber sehr offen für neue Kenntnisse, die von der Klinik angeboten werden. Das ist nicht überraschend, da amazonische Völker immer schon offen waren für Kenntnisse von Außenstehenden und versucht haben, sich diese zu eigen zu machen und an ihre Bedürfnisse anzupassen. Auch finden wir ein großes Interesse an materiellen Dingen, die von Außenstehenden erworben werden können, einschließlich – wie in diesem Fall – Medikamente. Hier ist allerdings wiederum zu unterscheiden zwischen Kenntnissen und materiellen Gütern einerseits und sozialen Umgangsformen andererseits. Die Indigenen möchten Medikamente, wollen aber nicht ihren Lebensweise ändern. Sie möchten neue Kenntnisse erwerben, aber nicht auf Kosten alter oder traditioneller Kenntnisse. Ich glaube, dies zu reflektieren ist ein einfacher und hilfreicher Schritt, um zu verstehen, warum Urarina manche Dinge mit offenen Armen annehmen, andere aber rigoros ablehnen. Alles, was sie akzeptieren, wird stets zu ihren eigenen Bedingungen und im Abgleich mit bestehenden Traditionen eingegliedert.

Wie kann es weitergehen?

Zum Ende möchte ich einen sehr einfachen Vorschlag unterbreiten, wie mit den Urarina im laufenden und in kommenden Projekten gearbeitet werden könnte. Für gewöhnlich werden die Gesundheitskurse an der Klinik nicht nur in Spanisch abgehalten (sondern auch in Urarina übersetzt, Anm. des Übersetzers), allerdings beruhen sie auf den Annahmen und Wissenskategorien von Europä-



ern und nicht denjenigen von indigenen Völkern. Ich wage die These, dass eine höchst effektive Alternative darin bestünde, die Kurse mit den Kategorien und dem Verständnis der Urarina selbst beginnen zu lassen. Dieses könnte dann als Basis genommen werden; als eine Art „Richtgröße“, um daraus den Übergang zu einem medizinischen Krankheits- und Gesundheitsverständnis zu entwickeln. Anstatt den Urarina die Transferleistung vom traditionellen zum neuen Wissen aufzubürden, würde ich vorschlagen, dass der FKI selbst einen Teil dieser Arbeit leistet: die Vereinfachung von Verstehen und Annahme neuen medizinischen Wissens durch den Versuch, die Urarina mit den Schulungen da abzuholen, wo sie stehen. Das würde konkret bedeuten, so viel wie möglich zu lernen über das Verständnis der Urarina von Krankheitskategorien, Erregern, Krankheitsursachen und Heilmethoden mit dem Ziel, dieses Verständnis um neue Aspekte – idealerweise in Urarina-Sprache – zu bereichern. Das klingt nach einer großen Aufgabe, aber solche Versuche wurden schon in anderen Bereichen unternommen und sind meiner Meinung nach grundlegende Voraussetzung für einen ernsthaften Dialog und eine fruchtbare Zusammenarbeit mit den Urarina.



Große Versammlung in Iquitos 2017

Von rechts: Max Druschke, Malte Bräutigam, Paulina Yance, Petra van der Lelie, Florian Huiskes, ein befreundetes Anthropologenpaar, Bernhard Rappert, Harry Walker

Spende des Fotoclubs Miltenberg e.V. für T-Shirts für die Urarinas

Peru hat erstmals seit 1982 wieder an einer Fußballweltmeisterschaft teilgenommen (und nicht schlechter als Deutschland abgeschnitten). Auch am Rio Chambira ist die Fußballbegeisterung grenzenlos, jedes Dorf hat einen kleinen Fußballplatz. Da lag es nahe, die Spende des Fotoclubs Miltenberg so einzusetzen, wie unsere Ärztin Dr. Hannah Seeba es hier beschreibt.

Hiermit möchten wir uns im Namen der Clinica Tucunaré sehr herzlich für die Spende des Fotoclubs Miltenberg e.V. über 350,00€ für T-Shirts für die Kinder bedanken! Da es schwierig gewesen wäre, die T-Shirts einfach so zu verteilen, haben wir ein Fußballturnier für die umliegenden 4 Dörfer veranstaltet, die da sind: Dos de Mayo, Pijuayal, Caymituyo und Nuevo Zapotal. Zunächst wurden also Einladungen verschickt und Zusagen erwartet. Die Grundschulen aller 4 Dörfer meldeten sich hellauf begeistert zurück. Aufgrund der überschwänglichen Reaktionen beschlossen wir, Fußballtrikots zu bedrucken, was im Rahmen der Fußballweltmeisterschaft natürlich umso besser ankam.



Wir schickten unsere „Frau in Iquitos“, die Administratorin Cesiah, los, um in einem Druckcenter die T-Shirts zu bestellen: Hier steht unser Bootsführer Ramon Modell.



Nach einigem Hin- und Her der Planung und dem Aussuchen von Farben, Design und Stoff kamen schließlich wunderhübsche Trikots dabei heraus.

Mit der Einreise unserer Supervisoren aus Deutschland erreichten dann auch die Trikots die Klinik. Da man bei einer öffentlichen Veranstaltung immer auch etwas zu essen anbieten muss, gaben wir die ca. 30€, die vom Druck übrig waren, für das Lieblingsgericht der Urarinas aus: Trockenfisch (Pango).



Trockenfisch... gesalzen und an der Luft getrocknet!

Dazu gab es Reis und Kochbananen. Nun konnte es also losgehen. Zunächst kam nur ein Dorf mit seinen Kanus ange-tuckert. Wir begannen uns schon Sorgen zu machen, als eine Stunde nach der geplanten Uhrzeit immer noch nur 2 Teams eingetroffen waren. Zuletzt waren dann aber alle da und es konnte mit der Verteilung der Trikots begonnen werden. Die Kinder lächelten schüch-tern, die große Freude war ihnen aber dennoch anzumerken.

Dann begann das Turnier, vorher wurden aber noch Mannschaftsfotos geschos-sen. Vielleicht spielt in 8-12 Jahren ja ein Urarina-Stürmer für Peru bei der WM?

Was macht eigentlich Hugo?

In den Mitteilungen und Vorträgen 2017 haben wir ausführlich über Hugo berichtet, den 14-jährigen Jungen, dem nach einem Schlangenbiss das Bein amputiert werden musste. Die Anteilnahme an seinem Schicksal war groß und auf ein Sonderkonto wurde Geld für die Anpassung einer Beinprothese gesammelt.

Alles prima also, aber Hugo war nach seiner Rückkehr aus Iquitos verschwunden. Jetzt haben unsere Mitarbeiter ihn ausfindig gemacht. Er lebt wieder in seinem Dorf in Belo Horizonte und es geht ihm deutlich besser. Er hat tüchtig an Gewicht zugelegt. Aber noch fehlt ihm seine Beinprothese. Das soll jetzt organisiert werden, auch wenn es erneut eine Reise ins ferne Iquitos bedeutet... Danke an alle Spender! Wir werden weiter über Hugo berichten.





San Juan in Tucunaré

von Hannah Seeba

Ein gesundes Sozialleben ist wichtig, um inmitten des Urwalds und angesichts der körperlich wie psychisch zuweilen sehr belastenden Arbeit an der Klinik bei Verstand zu bleiben. Hier berichtet unsere Ärztin von einem Feiertag im Kreise von Freunden.

Heute, am 24. Juni, dem Tag des Festes zu Ehren des heiligen Johannes des Täufers (hier San Juan), einem der höchsten Feiertage in dem Bundesland Loreto, haben wir Juanes zubereitet. Juanes sind eine Allegorie zum abgeschlagen Kopf des Johannes: in einem aufwendigen Prozess wird Reis zubereitet, mit Gewürzen zusammengerührt und schließlich abgekühlt gemeinsam mit Oliven und einem Stück Huhn in ein Blatt einer bananenähnlichen Pflanze gewickelt, die hier Bijao heißt. Klassischerweise kommt zum Essen an diesem Tag die gesamte Familie zusammen und isst die Juanes an einem schönen Ort. Da der Fluss in den letzten 2 Wochen um mehrere Meter gesunken ist, hatten wir einen hübschen Strand zur Verfügung. Gestern wurde mit allen gekocht und heute verspeisten wir dann die Leckerbissen zum Mittag. Danach wurde geschwommen, einigen Mitarbeitern das Schwimmen nähergebracht und im Anschluss ein völkerballartiges Ballspiel gespielt.



Das Team bereitet die Juanes zu: Die Hebamme Liz raspelt Knoblauch.

Der Ingenieur Elvis hatte bereits 2 Hühner geopfert.



Doctora Sarah und die Urarina-Übersetzerin Sindi rufen die Hühner.



Der fertige Juanes („der abgeschlagene Kopf“) und die geöffnete Köstlichkeit





Supervision Chambira 2018

von Werner Fleck

Die diesjährige Supervision am Rio Chambira wurde vom 23.6.2018 bis 15.7.2018 durch Michael Malkus (früherer Mitarbeiter an der Clinica Tucunaré), Sabine Fink (Gynäkologin) und Werner Fleck (Praktischer Arzt) durchgeführt. Sabine und Werner waren in unserem früheren Projekt am Rio Pichis (Cahuapanas) tätig. Hier ihr Bericht in Auszügen....

Verlauf der Reise

Von Lima aus sind wir schnell nach Iquitos weitergereist, dort hat uns Cesiah abgeholt (sie leitet die Geschäftsstelle in Iquitos als Nachfolgerin von Paulina Yance), das FAAN Haus gezeigt und uns einen Überblick über ihre Arbeit verschafft.

Cesiah kümmert sich selbständig um viele Angelegenheiten in Iquitos von der Betreuung der evakuierten Patienten über Verhandlungen mit DIRESA bis hin zur Koordination der Ein- und Ausreise der Mitarbeiter. Sie begleitet uns die



Junge Urarina mit ihrem kranken Kind



Die kleine Schwester schaut zu, froh nicht selbst im Mittelpunkt zu stehen.

ersten Tage in der Klinik. Dabei ist viel Zeit, mit ihr über die Arbeit zu sprechen. Auch die Kooperation mit Max Druschke klappt sehr gut. Wir glauben, dass wir in Cesiah eine motivierte und engagierte Mitarbeiterin in Iquitos haben, die die administrativen Angelegenheiten zwischen Patienten, Personal, FKI und DIRESA super organisiert.

Am selben Tag noch sind wir mit Max Druschke nach Nauta gefahren zusammen mit einigen Kisten Nahrungsmitteln und medizinischem Bedarf. Von dort ging es dann mit einem klimatisierten Schnellboot „Rapido“ (Eduardo II) nach Ollanta weiter. Dort warteten neben 2 Fässern Benzin auch der Anthropologe Harry Walker mit Juana sowie Daynaluz (Serumista) und Carlos (Krankenpfleger). Alle passten nicht ins Boot, aber mit einem zweiten konnten wir dann starten. Nach 7 Stunden Bootsfahrt durch Niedrigwasser empfingen uns unsere Ärztinnen Dr. Hannah Seeba und Dr. Sarah Schwanneeke an der Klinik in Urarina Tracht – ein Überbleibsel vom Abschied von Florian und Petra, unserem letzten Ärzteteam.

Am nächsten Tag gab es eine große Gesprächsrunde aller in der Klinik beschäftigten Mitarbeiter, dann Einzelgespräche unter der Moderation von Max Druschke.

Besuch im Nachbardorf Pijuayal

Wir sind in 3 Gruppen von Haus zu Haus durch das ganze Dorf gegangen und haben allen Bewohnern einen Tropfen Blut abgenommen zur Feststellung einer möglichen Malariainfektion. Von 152 Proben waren 42 positiv! Zur Hälfte Fälle von falciparum, zur anderen Positivbefunde auf vivax. Dabei handelt es sich in vielen Fällen um eine latente Malaria, d.h. die Personen haben zurzeit keine klassischen Malariasymptome. Als wir nachmittags zurückkamen, begann für Carlos und Karina die Arbeit. Blutausstriche mussten registriert, gefärbt und aufgearbeitet werden. Am Abend saßen wir dann in großer Runde zusammen und diskutierten die Konzepte des FKI und die Statuten, die die DIRESA vertritt.

Unser Personal in der Klinik

Am 26.6. moderierte Max Druschke ein Gespräch mit allen Mitarbeitern der Klinik und befragte sie zu ihren Plänen bezüglich ihres weiteren Arbeitsverhältnisses. Wir stellen die Aufgaben und Ideen des FKI vor Ort vor. Bei den Serumisten (Dayna und Ana) ist klar, dass sie nach ihrem Jahr die Klinik wieder verlassen werden. Sie haben durch die Arbeit in einer abgelegenen Gegend so viel Punkte gesammelt, dass sie auf eine adäquate Nachfolgestelle in Lima hof-



fen können. Die CAS-Mitarbeiter haben nur kurze Verträge (zwischen 1 und 3 Monaten), die gekoppelt sind an die Erfüllung ihrer Vorgaben (metas). Es hängt viel von der DIRESA ab, was die freien Tage, die Ausreisen und die Zuschläge für die Arbeit in einer abgelegenen Gegend betrifft.

Wir bieten anschließend Einzelgespräche an, die von vielen in den nachfolgenden Stunden wahrgenommen werden. Während Max, Sarah, Hannah, Sabine und Werner mit dem Gesundheitspersonal sprechen, treffen sich Mika und Elvis mit den Motoristen. Dabei geht es häufig um Anpassungen der Gehälter sowie um Weiterbildungen und Pflichtveranstaltungen der DIRESA.

Für die DIRESA steht die Statistik; stehen die Behandlungszahlen im Vordergrund, für den FKI eher die Urarinas als Gruppe und Patienten. Daraus ergibt sich einiges Konfliktpotential...

Eindruck zur Situation auf der Brigade

Die Sprechstunden verlaufen zäh, die Zuordnung der Menschen zu den Krankenakten ist schwierig. Da ändert sich mal der Namen oder das Geburtsdatum, mal aber auch die Familienzugehörigkeit. Letztendlich lässt sich jeder Patient irgendwie zuordnen, es kostet aber viel Kraft und Zeit. Das Nacharbeiten der Statistiken nimmt enorm viele Stunden in Anspruch, es wird aber auch sehr

detailliert abgefragt und das in verschiedenen Formularen. Den fertigen Stapel Papier bekommt dann Victor, der in der Klinik alles digitalisiert und nach Iquitos schickt. Die Zettel müssen indes archiviert werden zur Kontrolle. Auch die Anamnesen gestalten sich schwierig: Vom Arzt zum Dolmetscher über den Ehemann und weiter zur Frau als Patientin geht es dann wieder zurück zum Ehemann über den Dolmetscher zum Arzt – bei dieser Art der Kommunikation nach dem Prinzip „stille Post“ verändert sich doch mancher Fakt.

Dennoch ist die Teilnahme an einer Brigade für uns sehr beeindruckend. Es ist zu sehen, dass der Besuch der Brigade von vielen Urarinafamilien interessiert und dankbar angenommen wird, die geduldig warten und Impfungen sowie Kontrolluntersuchungen – ihrer Mentalität entsprechend – akzeptieren. Sicherlich hätten wir gerne, dass es manchmal schneller geht, aber letztendlich geben die Urarinas den Rhythmus vor und unter diesem Aspekt wurde in den 18 Jahren der FKI-Arbeit doch viel erreicht.

Am 3. Juli kommen wir nachmittags wieder in der Klinik an. Ein heftiges Gewitter hat uns dabei begleitet und Ramon hat das tiefliegende Boot sicher durch Treibholz, Windstöße und unglaublichen Regen geführt. Dabei hat sich gezeigt, dass es eine gute Entscheidung ist, wenn Motoristen das Boot per Lenkübertragung vom Bug her steuern, anstatt – wie bisher häufig – vom Heck aus direkt



Kinder im Nachbardorf Pijuyal



Familie auf dem Weg zur Klinik. Das Boot wird mit einem kleinen Motor („Peque-Peque“) angetrieben.



Unsere Köchin mit einem kleinen Tukan

am Außenbordmotor sitzend. Die größere Übersicht über den Fluss erhöht einfach die Sicherheit. Wir packten dann noch unsere Sachen zusammen und verließen die Klinik um 22:30 Uhr wieder, um das Anschlussboot in Ollanta um 7 Uhr zu bekommen. Nach einer Nachtfahrt unter Sternenhimmel gab dann zwar der Bootsscheinwerfer kurz vor der Dämmerung seinen Geist auf, wir kamen aber sicher um 5 Uhr an. Um 8 Uhr ging es dann mit dem nächsten Boot nach Nauta, wo Cesiah unsere Gruppe Hannah, Sarah, Mika, Sabine, Werner und Ana mit einem Bus abholte und uns zum Hotel in Iquitos brachte.

Für Freitag, den 6. Juli war dann ein Gespräch mit der Gesundheitsbehörde DIRESA anberaumt, wofür Max Druschke eigens noch einmal aus Lima anreiste. Hannah und Sarah hatten eine Präsentation von klinischen Fällen als PowerPoint-Präsentation und Cesiah die Dokumente vorbereitet, Max moderierte. Sabine,

Mika und Werner stellten das Konzept der Arbeit des FKI vor. Wir alle hatten vorab das Gefühl, dass viel von diesem Gespräch abhängen würde und so machte sich eine gewisse Nervosität breit. In einer zweistündigen Unterredung konnte dann vieles geklärt werden:

- Hannah und Sarah wurden als weisungsbefugt für die peruanischen Mitarbeiter anerkannt. Auf den Brigaden entscheiden damit die Ärztinnen, ob ein schwerkranker Patient per Klinikboot evakuiert wird oder die Brigade stattdessen fortgesetzt werden soll.
- Die Statistik ist sicherlich notwendig, aber es wird nach einem Entlastungsmodell gesucht.
- Das neue Schnellboot „Tucu Romero“ kann zwar nicht in das Eigentum der Klinik übergehen, aber es wird ein Dokument geben, in dem das Boot fest der Clinica Tucunare zugeordnet wird.
- Ferner geht es um Fortbildungen für die peruanischen Mitarbeiter sowie die Zusammenarbeit mit dem übergeordneten Zentrum Maypuco und den anderen Gesundheitseinrichtungen.

Nach dem gemeinsamen Mittagessen haben wir den Eindruck, dass der DIRESA an einer guten Zusammenarbeit mit dem FKI gelegen ist, dass sie die Arbeit schätzt, und dass sie uns doch einige Freiräume zubilligt, die die Arbeit der Ärztinnen erleichtert. Für den Oktober ist ein weiterer Gesprächstermin mit der DIRESA vereinbart, um zu sehen, inwieweit das am 6.7. Vereinbarte umgesetzt werden konnte. Auf dieser Basis lässt sich für uns weiter im Gesundheitssektor für die Urarinas arbeiten, was meiner Meinung nach noch immer das Herzstück des FKI ist.

Pichis I (alt)

Über Pucallpa sind wir dann nach Lorencillo, Cahuapanas und Bermudez gekommen. Ricardo, unser ehemaliger Administrator des Projektes Pichis I, lebt jetzt mit seinem alkoholkranken Sohn in einem sich auflösenden Haus an der Brücke des Lorencillo. Die anderen Kinder leben in Satipo, Bermudez und Lima, wo auch seine Frau Elena wegen einer Operation ist. Er organisierte mit Roxanna zusammen für uns eine Fahrt nach Cahuapanas. Dort trafen wir Dona Carmen (ungefähr 85-jährig) und unsere ehemalige Krankenschwester Nancy, die immer noch im Staatsdienst ist und gerade von einer Impfkampagne zurückkam. Sie ist auch die Stütze des dortigen Gesundheitspostens. Das Wohnhaus und die ehemalige FKI-Klinik stehen nach 70 Jahren noch, wenn auch ein wenig verwahrlost.



Organisatorisch ist Cahuapanas jetzt Palcazu (Ciudad Constitution) zugeschlagen worden, wo man ein großes Centro de Salud vom selben Niveau „1.4.“ wie Bermudez gebaut hat. Zum Vergleich: Die Klinik Tucunará ist 1.2, also niedriger eingestuft. Wir haben den Eindruck, dass Cahuapanas an Bedeutung verloren hat, es spielt sich inzwischen doch alles mehr über die Straße ab. Nach wie vor wird am Apurucayali viel Coca angebaut, das über andere, clandestinere Wege befördert wird.

Auf dem Weg nach Bermudez sahen wir, dass viel Kakao, Ananas und Bauholz (Bolayna) angebaut wird. In Bermudez trafen wir dann Paulina, die als Zahnärztin dort ihre Serumen-Zeit machen will.

Senor Beto zeigte uns als Klinikleiter die Fortschritte des Klinikneubaus – es ist der zweite Anlauf. Der erste Anlauf ist 2015 an der Veruntreuung von 3 Mill. Soles gescheitert. Wir treffen einige ehemalige Mitarbeiter des FKI: Guido, Violetta, Daniel... um nur einige zu nennen. Die Ausbildung, die wir den Promotoren damals angeboten haben, hat insofern Früchte getragen, dass sie nun im staatlichen Gesundheitswesen weiterarbeiten können.

Über Facebook ist zu sehen, dass das Centro de Salud 2 neue Ambulanzwagen bekommt, deren besonderes Merkmal ist, dass sie hoch sind, damit auch große Leute darin stehen können. Die Notfälle werden nach Pucallpa transportiert, über die ausgebaute Straße ist das in 4 Stunden zu schaffen, also deutlich kürzer als nach La Merced oder nach Tarma in die Anden zu fahren.

Auf die Frage nach HIV und Tuberkulose bekommen wir eine bagatellisierende Antwort – in einigen Dörfern vielleicht, aber in Bermudez noch kein Problem.

Eco-Amazonia

Wir treffen und mit Alex Bottger, Paulina und Enrique Bottger. Zum einen geht es um Agrarprojekte, von denen Alex ein eher düsteres Bild entwirft. Es gab Projekte mit Schafen, Meerschweinchen und Fischzucht, vieles aber habe nicht funktioniert. Momentan wird mit viel Subvention auf Kakao gesetzt. Auch für Mais und Ajote sind die Preise sehr schwankend und keine verlässliche Einnahme für die Produzenten – im Gegensatz zu Coca, da wird vorher bezahlt, aber dann auch die Menge eingefordert. Der Fisch, der in Bermudez konsumiert wird, stammt aus Pucallpa! Der Fluss Pichis ist so gut wie leer gefischt. Alex erklärt uns, dass eine Bestandsaufnahme gemacht wird, was noch an Fisch vorhanden ist und in welcher Varietät. Durch die Dynamitfischerei wird es aber wohl ein eher deprimierendes Ergebnis geben.

Enrique spricht das Problem HIV an, er schildert die Situation etwas anders als Beto. Es gibt ein großes Problem in den Gemeinden, die zur Kaffee-Ernte nach Villa Rica gehen, dort ganz gut Geld verdienen und die Krankheit mit zurück in die Dörfer bringen. Nun gibt es aus Lima schöne Faltblätter, auch einen zweisprachigen Reader, aber wie kommt diese Info überzeugend an die Bevölkerung? Für Herbst ist ein Promotorenkurs geplant, der das zum Inhalt haben soll. Interessant ist, dass hier auf die alten Strukturen zurückgegriffen wird, weil man gesehen hat, dass das Wissen nur von unten nach oben wachsen kann.

Schlussbetrachtung

Großer Dank und Anerkennung gelten unseren Ärztinnen Hannah und Sarah, die sich in einer schwierigen Zeit in das Projekt eingearbeitet haben und den Spagat leisten, die Konzepte des FKI und der DIRESA unter einen Hut zu bringen. Die Arbeit mit und für die Urarinas erfordert von ihnen viel Empathie, Geduld und Aufmerksamkeit.

Der Übergang des Projektes in die Hände des peruanischen Gesundheitswesens in Form der DIRESA ist erstmal als Modell zu verstehen für eine Kooperation, die durch verschiedene Intentionen beider Organisationen charakterisiert ist. Ziel des FKI ist es, das Projekt ganz zu übergeben, die Zeitfenster dazu sind im Hinblick auf die Situation der Urarinas zu diskutieren und zu bestimmen.

Die Klinik Tucunará ist zu einem Kristallisationspunkt für kurative und präventive Medizin in der Gegend geworden, aber auch für die Ausbildung. Zudem hat sie Modellcharakter im Hinblick auf Nachhaltigkeit.

Insgesamt zeigt sich ein eindrucksvolles Engagement aller Beteiligten für die Arbeit – und für uns war es ein spannender Besuch!

Aufnahmeantrag

An den Freundeskreis Indianerhilfe e.V., Geschäftsstelle
c/o Dr. B. Rappert · Bürgermeister-Schmidt-Straße 25 · 51399 Burscheid

Ich werde Mitglied des Freundeskreis Indianerhilfe e.V. und unterstütze seine Arbeit unter den Indianern Südamerikas.

Meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag von (Mindestbeitrag jährlich Euro 20,- zur Deckung der Versandkosten der MITTEILUNGEN) überweise ich regelmäßig auf die angegebenen Konten des Freundeskreises Indianerhilfe.

Oder SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den Freundeskreis Indianerhilfe e.V. Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die vom Freundeskreis Indianerhilfe e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften in Höhe von (Mindestbeitrag jährlich Euro 20,-) einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubigeridentifikationsnummer des Zahlungsempfängers: DE08ZZZ00000123985

Mandatsreferenznummer: Wird separat mitgeteilt.

Vorname(n) | Name(n) (Kontoinhaber) _____

Straße | Hausnummer _____

Postleitzahl | Ort _____

Kreditinstitut Name | BIC _____

IBAN: DE _____

Datum | Ort | Unterschrift _____

Konten des Freundeskreis Indianerhilfe e.V.:

Commerzbank Leverkusen IBAN DE28 3754 0050 0446 1000 00 • BIC COBADEFFXX
Commerzbank Göttingen IBAN DE90 2604 0030 0616 0600 00 • BIC COBADEFFXXX
Kennwort für alle Spenden „Indianerhilfe e.V.“

Wichtige Information

Der Aufnahmeantrag kann innerhalb von 2 Wochen widerrufen werden.

Überweisungen werden von den Banken / Sparkassen maschinell gelesen und z.Z. auf neutrale Belege übertragen. Wir können somit auf unseren Bankbelegen nicht mehr erkennen, ob die Überweisung auf einem Vordruck mit unserem steuerbegünstigten Vermerk erfolgt ist oder nicht. Selbstverständlich werden wir Ihnen am Ende des Jahres eine Spendenbescheinigung schicken.

Bei Spenden bis Euro 200,- gilt die Quittung des Überweisungsformulars als Zuwendungsbescheinigung!