

Universität Witten/Herdecke
Medizinische Fakultät
Institut für Pflegewissenschaft
Sommersemester 2001

1.10.2001

Praktikumsbericht

Bolivien

vorgelegt von: Angela Wehr
Am Rahmer Wald 3
44369 Dortmund

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	2
2.	Das Gastland.....	3
2.1	Topographische Lage	3
2.2	Bevölkerung.....	3
2.3	Politische Situation.....	4
2.4	Wahl des Gastlandes.....	4
3.	Informationen über die Arbeit des DED.....	5
4.	Strukturen im bolivianischen Gesundheitssystem.....	6
5.	Reiseverlauf und Praktikumsbericht.....	7
5.1	Anreise.....	7
5.2	Erste Etappe: San Ignacio.....	7
5.3	Zweite Etappe: Reise ins Hochland.....	14
5.4	Dritte Etappe: San Ramon.....	15
6.	Erlebnisse an beiden Praktikumsorten.....	18
7.	Mein Eindruck der Stellung der Frau in der bolivianischen Kultur unter besonderer Berücksichtigung ihrer Rolle als Schwangerer, Gebärender und Mutter...	19
8.	Mein Erleben der Fremdheit.....	20
9.	Literaturverzeichnis.....	22

1. Einleitung

Im Rahmen des Studiums der Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke habe ich in der Zeit vom 5. März bis zum 19. April 2001 ein Praktikum in Bolivien durchgeführt.

Ich werde in diesem Bericht einen Überblick über das, was ich erlebt habe, geben und hoffe, den LeserInnen so einen Eindruck vermitteln zu können von den Menschen, die dort leben, ihren Lebensbedingungen in diesem Land im Hinblick auf ihre gesundheitliche Versorgung und v.a. von dem, was ich in diesen 6 1/2 Wochen in Südamerika erlebt habe.

2. Das Gastland

2.1 Topographische Lage Boliviens

Bolivien ist neben Paraguay eins der beiden Binnenländer Lateinamerikas. Es grenzt im Westen an Chile und Peru, im Süden an Argentinien, im Südosten an Paraguay und im Norden und Osten an Brasilien. Mit 1098581 km² Fläche ist Bolivien das fünftgrößte Land Lateinamerikas und ca. dreimal so groß wie Deutschland. Verwaltungsmäßig ist die Republik Bolivien in neun *Departamentos* aufgeteilt, die wiederum in 98 Provinzen gegliedert sind.

Aufgrund von geologischen und morphologischen Besonderheiten und Unterschieden in Klima, Flora und Fauna, läßt sich Bolivien in zwei große Teile gliedern. Das kalte und hoch liegende Andengebiet im Südwesten umfaßt etwa zwei Fünftel Boliviens. Auf das wärmere Tiefland im Norden und Osten entfallen mehr als drei Fünftel des Landes.

Von den Breitengraden her müßte Bolivien überwiegend ein tropisches Klima haben. Durch die Höhe hat das Hochland jedoch ein gemäßigtes und trockenes bis kaltes Klima. Die Temperatur liegt im Tiefland im Jahresdurchschnitt bei 25°C, in den Tälern bei 18°C und im Hochland bei 10°C. Verallgemeinernd kann man sagen, daß Bolivien tropisches Klima mit einer kurzen Regenzeit im Sommer (Dezember bis März) und einer langen Trockenzeit (April bis November), die Frühling und Herbst mit einschließt, hat.

2.2 Bevölkerung

Die Bevölkerung des Landes umfaßt ca. 7,5 Mio. Einwohner, von denen ungefähr 57% in den Städten und 43% auf dem Land leben. Die Bevölkerungsdichte liegt durchschnittlich bei 6,8 Menschen pro km² (zum Vergleich in Deutschland bei 225 pro km²). Die größte Stadt in Bolivien, und gleichzeitig Regierungssitz, ist La Paz (1,5 Mio. Einwohner), Santa Cruz die zweitgrößte mit 1,2 Mio. Einwohnern.

Die Verkehrssprache in Bolivien ist Spanisch. Außerdem werden zwei indianische Sprachen, Aymara (ca. 1,5 Millionen der Einwohner) und Quechua (ca. 2 Millionen der Einwohner) gesprochen. Zudem gibt es besonders im tropischen Tiefland ca. 30 verschiedene ethnische Gruppen, die ihre eigenen Sprachen sprechen.

In Bolivien herrscht Religionsfreiheit. 80% der Bevölkerung sind römisch – katholisch, 10% evangelisch und 10 % gehören anderen Religionen an.

2.3 Politische Situation

Seit 1982 wird der Andenstaat von verfassungsmäßig gewählten Präsidenten gewählt. 1997 wurde Hugo Banzer Präsident. Banzer war 1971 durch einen Putsch schon einmal an die Macht gekommen und hatte dann sieben Jahre lang autoritär regiert. Damals ließ er die Gewerkschaften und Oppositionsparteien verbieten und die freie Presse ausschalten. Später hielt er sich allerdings streng an die demokratischen Regeln und kandidierte dann zunächst mehrmals erfolglos für die Präsidentschaft, bis seine Partei ADN in der Wahl von 1997 zwar mit nur 22% zur stärksten Partei gewählt wurde. Mit den Stimmen von drei anderen Parteien wurde eine Regierungskoalition gebildet und Banzer vom Parlament zum Präsidenten des Landes gewählt (Handelskammer Hamburg 2000). Im Juli 2001 trat er aus Krankheitsgründen zurück und übergab sein Amt an seinen Stellvertreter.

2.4 Wahl des Gastlands

Grund für meine Entscheidung, ausgerechnet nach Bolivien zu reisen, war, daß ich in der Lage sein wollte, mich mit den Menschen, in deren Land ich mein Praktikum absolviere, direkt in deren eigener Sprache zu unterhalten und so unmittelbar mit ihnen in Kontakt treten zu können. Auch wenn ich nicht fließend spanisch spreche und auch nicht alles verstehen kann, war es mir ausgesprochen wichtig, nicht auf einen Dolmetscher angewiesen zu sein und Unterhaltungen auch nicht auf Englisch führen zu müssen, wenn englisch nicht die Muttersprache der Menschen im Gastland ist. Ich hatte den Wunsch, selbständig und ungefiltert Unterhaltungen führen zu können, um so nah wie möglich an die einheimische Bevölkerung heranzukommen.

Da ich in meinem Semester die Einzige war, die das Ziel Südamerika hatte, beschloß ich, mich alleine auf die Suche nach einem passenden Projekt zu machen. Anhand von Berichten in der „Deutschen Hebammenzeitschrift“ über Hebammenarbeit in Südamerika begann ich, Kontakt mit den Autorinnen dieser Artikel aufzunehmen und mich „durchzufragen“. Nach

den Deutschen Entwicklungsdienst (DED) in Bolivien arbeiten und die bereit waren, mich in ihren Projekten mitarbeiten zu lassen.

3. Informationen über die Arbeit des DED

Der DED wurde 1963 in Bonn gegründet. Gesellschafter des DED sind die Bundesregierung, vertreten durch das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) und der Arbeitskreis „Lernen und Helfen in Übersee“ e.V. Seine finanziellen Mittel erhält der DED von der Bundesregierung.

Mit ca. 1000 Entwicklungshelfern in Afrika, Asien und Lateinamerika ist der DED der größte deutsche Personalentsendedienst. Er ist in 43 Gastländern Afrikas, Asiens und Lateinamerikas tätig.

Der DED arbeitet schwerpunktmäßig in den Sektoren Land- und Forstwirtschaft/Ressourcensicherung, technisch-handwerkliche Berufsausbildung und Kleingewerbeförderung, Management, kommunale Selbstverwaltung sowie in der Gemeinwesenarbeit/Frauenförderung und im Gesundheitswesen. In geringem Umfang ist er auch im Bau- und Siedlungswesen und im Allgemeinen Bildungswesen tätig.

Das Leitbild des DED:

- Gemeinsam mit seinen Partnern in den Gastländern leistet der DED einen Beitrag zur Armutsbekämpfung und zur Durchsetzung der Menschenrechte sowie zur Demokratieförderung und zivilen Konfliktbearbeitung.
- Der DED fördert Entwicklungsprozesse „von unten“ – basisnah und mit Hilfe partizipativer Methoden. Er interveniert auf lokaler Ebene und unterstützt strukturelle Veränderungsprozesse.
- Der DED leistet entwicklungspolitische Öffentlichkeits- und Bildungsarbeit, um in der eigenen Gesellschaft das Verständnis für globale Zusammenhänge und Verantwortlichkeiten zu fördern.
- Im Mittelpunkt der Tätigkeit des DED steht die Entsendung von Entwicklungshelferinnen und Entwicklungshelfern auf der Grundlage des Entwicklungshelfergesetzes.

(DED Jahresbericht 1999, S.34)

4. Strukturen im bolivianischen Gesundheitssystem

Neben den Krankenhäusern in den Großstädten, die auf relativ hohem Niveau alle Fachrichtungen abdecken, gibt es in den kleineren Städten ebenfalls Krankenhäuser, in denen eine Grundversorgung gewährleistet wird. Nicht alle verfügen über die Möglichkeit, Operationen durchzuführen (sogenannte Microkrankenhäuser), sondern überweisen ihre PatientInnen dann weiter an sogenannte Referenzkrankenhäuser. Es gibt eine/n Chefarzt/ärztin und eine/n oder mehrere ÄrztInnen, die ihr sogenanntes *Ano de Provincia* (Provinzjahr) dort absolvieren, ein halbes Pflichtjahr, das alle ÄrztInnen direkt nach Abschluß ihres Medizinstudiums in einem Krankenhaus auf dem Land ableisten müssen. Erst danach dürfen sie eine Anstellung in der Stadt annehmen. Es handelt sich dabei um eine Maßnahme der Regierung, um die ärztliche Versorgung der Landbevölkerung abzudecken. Natürlich ist ein sechsmonatiger ÄrztInnenwechsel nicht gerade die Idealform der medizinischen Betreuung.

In den Referenzkrankenhäusern arbeiten in der Regel eine oder einige wenige Krankenschwestern/pfleger, die ein fünfjähriges Studium an einer Universität absolviert haben. Sie sind nicht „nur“ für die Pflege zuständig, sondern haben auch koordinative Aufgaben, wenn es z. B. darum geht, die Vorsorgeuntersuchungen in den Dörfern zu veranlassen und durchzuführen, oder die traditionellen Hebammen mit den nötigen Arbeitsmaterialien zu versorgen. Daneben arbeiten dort die sogenannten *Auxilliales*. Diese machen eine 15-monatige Ausbildung in Krankenpflege und Medizin, um später entweder im Krankenhaus als Krankenpflegehelfer zu arbeiten oder auf dem Land in einem Gesundheitsposten, weit weg von jeder ärztlichen Versorgung, allein für die medizinische Betreuung der Menschen verantwortlich zu sein. Zu ihren Aufgaben gehören Gesundheitsaufklärung, Kinder- und Schwangerenvorsorgeuntersuchungen, Impfkampagnen, das Aushändigen von Medikamenten, das Erkennen von Krankheiten, das Weiterleiten der Kranken in ein Krankenhaus und die Begleitung der normalen Geburt. Sie haben in ihren Gesundheitsposten die Möglichkeit, PatientInnen zu untersuchen und zu behandeln oder Frauen zu entbinden. Es gibt ein Funkgerät und manchmal sogar ein Mofa.

Am Ende der Kette sind die traditionellen Hebammen und Gesundheitspromotoren zu nennen. Die Hebammen haben ihr Können durch die Weitergabe von Wissen innerhalb der Familie erworben. Meistens gibt es eine lange Tradition innerhalb einer Familie. Die Promotoren sind Menschen aus dem Dorf, die ihr Wissen entweder auch von Familienmitgliedern erlernt haben, oder sie wurden von der Dorfgemeinschaft mit der Aufgabe betraut, sich um die

werden für ihre Arbeit bezahlt. Alles, was die Hebammen von den Krankenhäusern bekommen, ist die Ausstattung mit Materialien, die sie für die Geburtshilfe brauchen (Handschuhe, Rasierklingen, Nabelklemmen, etc.).

Es gibt eine staatliche Gesundheitsversorgung, die die Kosten für alle Maßnahmen, die im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und der Geburt entstehen, übernehmen, allerdings nur, wenn diese im Krankenhaus stattfindet. Darüber hinaus werden alle Kosten für Untersuchungen und Behandlungen der Kinder bis fünf Jahren und Tuberculose-, Cholera- und Malariatherapie übernommen. Alle anderen Leistungen der Krankenhäuser müssen von den PatientInnen selbst getragen werden.

5. Reiseverlauf und Praktikumsbericht

5.1 Anreise

Start meiner Reise war der 5. März 2001. Von Düsseldorf flog ich über London, Miami, La Paz nach Santa Cruz. Dort angekommen, hatte ich 10 Stunden Aufenthalt, um dann am Abend mit einem Überlandbus 15 Stunden bis San Ignacio de Velasco zu fahren. Aufgrund der starken Regenfälle in den Tagen vorher, konnte der Bus z.T. nur im Schrittempo über die meist nicht asphaltierte Straße fahren. Als ich nach 3 Tagen und 2 Nächten endlich an meinem Ziel ankam, konnte ich kaum glauben, daß ich diese Reise wirklich bewältigt hatte und dort trotz meiner 5-stündigen Verspätung am Bus von meiner Gasthebamme Sabine Burchardt abgeholt wurde.

5.2 Erste Etappe: San Ignacio

San Ignacio ist eine kleine Stadt mit 14000 Einwohnern. Es liegt 400 km von Santa Cruz entfernt und ist mit dem eben erwähnten Überlandbus oder mit einem Flugzeug, das alle zwei Wochen San Ignacio anfliegt, erreichbar. Es gibt einige Schulen, eine Kaffeeabrik, zwei Krankenhäuser (ein staatliches und ein konfessionelles) und eine Jesuitenkirche. Der größte Teil der Bevölkerung gehört zum Stamm der Chiquitano-Indianer.

Sabine lebt und arbeitet seit einem Jahr in San Ignacio. Sie ist dort im Auftrag des DED tätig an einer Schule für *Auxilliaires*. Ihre Aufgabe bestand bisher darin, ein Modul für das Fach Geburtshilfe und Reproduktive Gesundheit auszuarbeiten, und dieses Fach dann in der Schule zu unterrichten. Um die Abläufe und Strukturen des bolivianischen Gesundheitssystems kennenzulernen, arbeitet sie auch im Krankenhaus, fährt mit dem Krankenschwestern-Arzt-

Kindervorsorgeuntersuchungen dabei zu sein und gibt einmal im Monat Fortbildungen für die traditionellen Hebammen der umliegenden Dörfer, die über Radio über Zeit und Ort des Treffens informiert werden und dann oft stundenlange Fußmärsche in Kauf nehmen, um zu diesen Fortbildungen zu kommen.

Am Tag meiner Ankunft sind wir nach einem Rundgang durch den Ort und zum See zur Schule gegangen, in der Sabine unterrichtet, und ich hatte die Möglichkeit, mich bei den SchülerInnen vorzustellen und Estella, die Schulleiterin, kennenzulernen. Für mich war damit eine erste Hürde im Hinblick auf mein Praktikum genommen. Als ich vor dieser Schulklasse stand und auf Spanisch erzählte, warum ich nach Bolivien gereist bin, wurde mir selbst nochmal klar, daß damit mein eigentliches Praktikum begonnen hatte.

Auf dem Programm für den ersten Arbeitstag stand eine Fahrt nach San Miguel, ca. eine Busstunde entfernt. Im dortigen Krankenhaus haben wir die *Auxilliar* SchülerInnen besucht, die dort gerade einen Praxiseinsatz absolvierten. Sabines Aufgabe war es, sich zu erkundigen, ob die SchülerInnen mit ihrer Arbeit zurechtkommen, ob es von Seiten der PraxisanleiterInnen Probleme gibt, und Fortbildungen für das Personal des Krankenhauses zu planen. Gemeinsam mit den SchülerInnen haben wir eine Latrine besichtigt, die sie angelegt hatten, nachdem Latrinbau vorher Thema im Unterricht gewesen war. Nachdem sie diese schwere körperliche Arbeit jetzt selbst geübt hatten, hatten sie die Idee, mit ihrem Wissen und Können als nächstes zu einer Elternversammlung in der Schule zu gehen, um bei der Gelegenheit möglichst viele Leute gleichzeitig im Latrinbau unterrichten zu können.

Mit einer weiteren SchülerInnengruppe sind wir am Nachmittag in die Schule gegangen, wo drei Klassen zwölf-jähriger Mädchen gegen Tetanus geimpft wurden. Hintergrund dieser Impfkampagne war die Absicht, bei evtl. eintretender Schwangerschaft das dann neugeborene Kind für den Fall, daß es unsauber abgenabelt wird, durch den Impfschutz, den es von der Mutter bekommt, vor einer Tetanusinfektion zu schützen – eine der häufigsten Todesursachen in den ersten Lebenstagen der bolivianischen Kinder. Abgesehen davon, daß diese Prophylaxe für mich völlig neu war, weil das Krankheitsbild bei Neugeborenen in Deutschland kein Thema ist, war mein Entsetzen riesengroß, als ich bemerkte, daß die ganze Klasse mit einer einzigen Spritze geimpft wurde! In einem anschließenden Gespräch mit den SchülerInnen sagten sie, daß sie eine klare Anordnung hatten, so vorzugehen, weil es nicht genügend Spritzen gäbe. Ich war sehr erstaunt darüber, weil die SchülerInnen immerhin von einem Krankenhaus kamen, das zwar nur eine Minimalversorgung gewährleisten kann, aber auf der Ebene doch ausreichend ausgestattet schien (medizinische Geräte, Medikamente,

subcutanen Spritzen relativ gering ist, frage ich mich doch, wer entscheidet, was das „kleinere Übel“ ist: ein Neugeborenes, das an einer Tetanusinfektion verstirbt, oder ein junges Mädchen, das an AIDS, Hepatitis, o.ä. erkrankt?

An einem anderen Arbeitstag stand eine Fortbildung mit den Frauen eines sehr kleinen Dorfes, ca. eine Autostunde entfernt von San Ignacio, auf dem Programm. Es war das erste von acht Treffen, die Sabine in diesem Jahr gemeinsam mit einem DED- Kollegen aus dem Bereich der Forstwirtschaft dort durchführen wird. Unter einem Palmendach in der Dorfmitte, direkt neben der kleinen Schule, warteten wir auf die Frauen, die nach und nach mit ihren Kindern eintrafen. Was mir am ungewöhnlichsten in dieser Situation vorkam, war die Tatsache, daß von den deutschen Entwicklungshelfern überhaupt nicht gedrängelt wurde, sich zu beeilen. Es gab zwar eine verabredete Anfangszeit, aber offensichtlich kam jede der Frauen nach ihrem eigenen Zeitgefühl. In aller Ruhe haben wir da gestanden und einfach nur abgewartet. Ich wurde von allen Frauen mit viel Interesse und großer Herzlichkeit begrüßt.

Thema der Fortbildung waren heimische Medizinalpflanzen. Spielerisch und in Gruppenarbeiten haben die Frauen selbst erarbeitet, welche Pflanzen bei ihnen vorkommen, welcher Teil der Pflanze als Heilmittel benutzt wird, wo sie wächst, wie sie zubereitet wird und bei welchen Beschwerden oder Krankheiten sie eingesetzt wird. Ich war überrascht, wie groß das Wissen der Frauen ist und wie selbstverständlich viele Indikationen und Anwendungsgebiete für sie sind. Sehr positiv ist mir auch das Verhalten der deutschen Entwicklungshelfer aufgefallen: sie haben an keiner Stelle irgendwelche Aussagen korrigiert oder eigenes Wissen mit einfließen lassen, sondern es ging ihnen nur darum, das Wissen, das im Dorf vorhanden ist, zu bündeln und allen zugänglich zu machen.

Vor unserer Abfahrt wurde Sabine dann noch gebeten, in einer Hütte nach einem erkrankten Mann zu sehen. In einer ca. 25qm großen Hütte, in der acht Menschen leben, lag ein junger Mann in seiner Hängematte. Sabine hat ihn untersucht und vermutete einen grippalen Infekt. Gegen das Fieber und die starken Kopfschmerzen ließen wir ihm Paracetamol da, das ich in meinem Handgepäck dabei hatte. Für den Mann und seine Familie war das natürlich viel mehr Hilfe, als sie in ihrem Leben sonst bekommen, für mich aber eine erste Begegnung mit der Hilflosigkeit, in der sich die Landbevölkerung befindet. Diesem Mann ging es zwar schlecht, aber es handelte sich bei ihm nicht um einen Notfall. Für mich wurde an dieser Situation aber erkennbar, daß auch in einer Notsituation überhaupt keine Hilfe dagewesen wäre.

Ein paar Tage später sind Sabine und ich noch einmal in dieses Dorf gefahren, um die Hebamme dort zu besuchen. Da wir dieses Mal nicht erwartet wurden, waren die Menschen

die Familien saßen vor ihren Hütten und schälten und rieben Mais. Die Hebamme, Don_a Maria, hat uns ihren Heilpflanzengarten gezeigt und erklärt, welche Pflanze sie bei welcher geburtshilflichen Situation einsetzt (z.B. Schmerzlinderung, Wehenanregung, Blutstillung, Unterstützung der Placentageburt).

Auch bei dem kranken Mann machten wir noch mal einen Besuch. Es ging ihm etwas besser, aber immer noch nicht gut. Sabines Angebot, ihn mitzunehmen in das Krankenhaus von San Ignacio, um sich dort untersuchen zu lassen, lehnte er entschieden ab.

An zwei Tagen habe ich am Schulunterricht für die angehenden *Auxilliales* teilgenommen. Unterrichtsthema war AIEPI (Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia), ein Unterrichtsprogramm von UNICEF. Inhalt dieses Unterrichtsprogramms sind folgende Krankheiten und Probleme bei Kindern bis fünf Jahren: Durchfall, Fieber, Fehl- und Unterernährung, Anämie, Ohrenschmerzen, Husten und andere Atemwegserkrankungen und Impfungen. Die SchülerInnen lernen die Krankheitsbilder und ihre Behandlung kennen, und nach einem vorgegebenen Schema werden die Krankheiten anschließend je nach Schwere der Symptomatik klassifiziert in leicht/nicht beobachtungsbedürftig, mittelschwer/beobachtungsbedürftig und schwer/ gefährlich/ bedarf ärztlicher Hilfe. Die Einteilung in die jeweilige Kategorie erleichtert den *Auxilliales* die Arbeit sehr, indem sie jede Erkrankung auf das Wesentliche reduziert und durch farbliche Kennzeichnung in grün – gelb – rot als Alarmstufen die Eingruppierung zusätzlich erleichtert (wobei ich mir allerdings nicht ganz sicher bin, ob diese Farbzunordnung für die Landbevölkerung – es gibt keine Ampeln - die gleiche Bedeutung hat, wie für uns?).

Gestaunt habe ich über die erstklassige Ausstattung der Schule mit Videorecorder, Fernseher und Unterrichtsvideos. Beim Video z.B. über die Symptome einer Lungenentzündung wurden Fallbeispiele gezeigt, bei denen die SchülerInnen üben konnten, die Atmung zu zählen und Einziehungen oder Stridor zu diagnostizieren. Die sehr gute Ausstattung der Schule ist für bolivianische Verhältnisse sehr ungewöhnlich und sicher dem unglaublich ehrgeizigen Einsatz der Schulleiterin zu verdanken, die an die SchülerInnen sehr hohe Ansprüche stellt, selbst aber eben auch sehr engagiert ist.

An mehreren Tagen bin ich mit Sabine in den Krankenhäusern gewesen, um Dias als Anschauungsmaterial für den Unterricht zu machen. Ich konnte also zwei Fliegen mit einer Klappe schlagen: Beitragen zur Ausstattung der Schule mit Materialien und dabei gleichzeitig einen Einblick in die Arbeit der Menschen im Krankenhaus bekommen. Wir haben bei der Schwangerenvorsorge durch einen Arzt zugeschaut und selbst auch Untersuchungen

zu lassen, haben wir mit weißer Creme bestimmte Punkte des Beckens, die Rückschlüsse auf eine mögliche Beckenanomalie zulassen, aufgemalt und miteinander verbunden, um das Becken beurteilen zu können. Bei anderen Frauen haben wir die Lage der Kinder mit Creme auf die Bäuche gemalt, damit die SchülerInnen sich besser vorstellen können, welchen Teil des Kindes sie wo tasten können. Die schwangeren Frauen und auch der Arzt hatten viel Spaß an unseren „Malaktionen“, und besonders die Frauen haben davon profitiert, weil sie sich danach besser vorstellen konnten, wie ihre Kinder eigentlich in ihren Bäuchen liegen. Es war die einzige Situation, bei der sie während der ganzen Untersuchung von sich aus mal deutliches Interesse gezeigt haben.

Die Frauen sind in dieser Umgebung und besonders in Anwesenheit des Arztes sehr zurückhaltend, trauen sich nicht zu fragen oder sich zu wehren. Eine Routinemaßnahme des Arztes war es, den Frauen zu zeigen, wie sie ihre Brustwarzen auf das Stillen vorbereiten könnten. Ohne vorher zu fragen oder auch nur zu informieren, schob er den Frauen den BH hoch und massierte und stimulierte sicher zwei Minuten lang die Brustwarzen dieser Frauen zwischen seinem Daumen und Zeigefinger. Sabine und ich waren fassungslos, daß so etwas überhaupt passierte, aber auch ebenso entsetzt, daß die Bolivianerinnen sich bei einem solchen Übergriff nicht wehrten, bzw. man ihnen eine Ablehnung gar nicht anmerken konnte. In der Kinderabteilung konnte ich einen Eindruck von der Versorgung der kranken Kinder bekommen. Es gab einen großen Saal mit ca. 20 Gitterbettchen. Durch Oberlichter fiel etwas Licht in den Saal, jedoch kein direktes Tageslicht. Die Abteilung ist hauptsächlich für unterernährte Kinder, ich habe dort aber z.B. auch ein kleines Mädchen mit Tuberkulose gesehen, das schon seit drei Monaten dort lebt, einen Jungen mit einem Wasserkopf, der dort nicht operiert werden kann, und einen Jungen mit Kinderlähmung. Der Umgang mit den Kindern erschien mir sehr liebevoll, wobei aber auch klar war, daß die Kinder wohl kaum ausreichende persönliche Zuwendung bekommen. Z.B. wurden alle Kinder gleichzeitig zum Wasserlassen auf ihre Töpfchen gesetzt - eine Maßnahme, die ich bis dahin für 2 - 3 jährige Kinder für ausgeschlossen gehalten hätte. Ein anderes Kind saß in einem Hochstuhl auf dem Flur und schlief mit dem Kopf auf dem Tischchen. Die Krankenschwestern hatten ihm die Füße zusammengebunden, damit er nicht raus fallen konnte - eine sicher gut gemeinte Maßnahme, die sehr deutlich werden ließ, wie allein so ein Kind in einem Krankenhaus eigentlich ist. Die wenigsten dieser Kinder bekommen während ihres Aufenthalts dort Besuch, und es kommt auch immer wieder vor, daß Eltern ihre Kinder gar nicht wieder abholen.

Im Zusammenhang mit unserer Dia - Aktion hatte ich auch die Möglichkeit, gemeinsam mit Sabine eine Frau unter der Geburt zu begleiten. Es handelte sich um eine Frau, die in dem Krankenhaus bereits fünf Kinder zur Welt gebracht hatte. Wir haben ihr erklärt, wer wir sind, was wir in Bolivien machen und was wir vorhaben. Sie war einverstanden damit, daß wir von der Geburt ihres Kindes Dias machen. Wir haben ihr versichert, darauf zu achten, daß ihr Gesicht nicht zu erkennen sein würde, damit sie, wenn die Dias bei Fortbildungen oder im Unterricht eingesetzt würden, nicht erkannt werden könnte. Ich bin mir im Nachhinein nicht sicher, ob sie wirklich einverstanden war, weil es für sie sicher viel Selbstbewußtsein erfordert hätte, in einem Krankenhaus die Bitte von zwei weißen Frauen, deren Anliegen von dem zuständigen Arzt unterstützt wird, abzulehnen. Ich hoffe sehr, daß die Betreuung durch uns für sie trotzdem gut war!

Die Geburt verlief jedenfalls sehr problemlos und zügig. Wir hatten ihr erklärt, daß sie die Möglichkeit hätte, eine andere Gebärposition als die übliche auf dem gynäkologischen Stuhl einzunehmen. Sie war maßlos erstaunt darüber, daß es ihr möglich sein sollte, ihr Kind z. B. hockend oder im Vierfüßlerstand auf dem Boden zu gebären, und nach ihrer fast ablehnenden



Reaktion auf unseren Vorschlag hatte ich nicht damit gerechnet, daß sie das Angebot tatsächlich wahrnehmen würde. Um so erstaunter und erfreuter war ich, daß sie, als sie spürte, daß das Kind kam, sich ohne ein Wort zu sagen auf den Boden

kniete und dort ganz selbstverständlich mit zwei kräftigen Preßwehen ihr Kind zur Welt brachte. Sabine hat ihr das Neugeborene dann direkt zwischen den Beinen durchgeschoben, so daß sie ihr Babys sofort sehen und auf den Arm nehmen konnte - eine Handlung, die in Deutschland absolut selbstverständlich ist, für diese Frau aber, obwohl es bereits ihr sechstes Kind war, völlig neu und überwältigend war, wie ihr an ihrer spontanen Freude deutlich anzumerken war.

Die Besonderheit dieser Gebärposition und dieses Umgangs mit dem Kind wurde mir eigentlich erst so richtig bewußt, als wir die Dias einige Tage später bei einer Fortbildung für Krankenschwestern, *Auxilliaires* und Ärzte des Krankenhauses zeigten. Sie waren völlig fassungslos, daß eine Geburt, noch dazu im Krankenhaus, auch so ablaufen kann, und daß die Mutter das Baby sofort im Arm halten kann. Ich bin zuversichtlich, daß wir mit diesen Dias viel erreicht haben, auch wenn es nur ein erster kleiner Schritt hin zu einer frauen- und kinderfreundlicheren Geburtshilfe ist.

Bei einer dreitägigen Fortbildung zum Thema „Familienorientierte Geburtshilfe“ konnte ich miterleben, wie Sabine daran arbeitet, dem bolivianischen Krankenhauspersonal Aspekte einer weniger medizinisch orientierten Geburtshilfe nahe zu bringen und sie für die Bedürfnisse der Mutter und des un- bzw. neugeborenen Kindes zu sensibilisieren. Als Aufhänger nannte sie Zahlen des Gesundheitsministeriums, die besagen, daß von 100 Frauen, die zur Schwangerenvorsorge in ein Krankenhaus kommen, nur 37 auch zur Geburt kommen. Um die Kinder- und Müttersterblichkeit zu senken, ist es ein Ziel der Regierung, die Frauen dazu zu bringen, ihre Kinder im Krankenhaus zu gebären. Um das zu erreichen, wurde in Vortragsform, Gruppenarbeit und praktischen Übungen erarbeitet, was in der Kreißsaal-Routine verändert werden könnte, damit gebärende Frauen sich dort wohler fühlen können. Themen waren u.a.: Verhalten des Krankenhauspersonals, Schutz der Intimsphäre der Gebärenden, Schwangerengymnastik, Atemübungen, Babyhandling, Gebärpositionen, werdende Väter oder andere Begleitpersonen im Kreißsaal, Umgang mit dem Neugeborenen, sanfte Geburt, Massagen unter der Geburt und gesunde Lebensweise und Ernährung der Schwangeren. Viel Raum nahm die Frage ein, wie den werdenden Eltern die Veränderungen und Vorgänge im Zusammenhang mit der Geburt so nahe gebracht werden können, daß sie informiert und angstfreier in die Geburt gehen können. Es wurden Bildergeschichten gemalt, in denen die Zeugung eines Menschen dargestellt wurde (auch für aufgeklärtes Pflegepersonal nicht ganz problemlos) bis hin zur Geburt eines Kindes.

Der letzte Tag der Fortbildung diente der Erstellung von Anschauungsmaterial aus Stoffresten. Anhand von anatomischen Modellen, die ich in den Tagen vorher schon erstellt hatte, nähten die Teilnehmerinnen einen schwangeren Uterus, einen Fetus in der Fruchtblase mit Placenta und Nabelschnur, ein Becken in der passenden Größe für das Kind, um den Weg durch das Becken demonstrieren zu können, einen Uterus mit Adnexen und Vagina, einen Penis und eine Brust. Außerdem schnitzten wir aus einem Stück Kernseife einen aufgeschnittenen Uterus in Originalgröße, in den wir eine Spirale einlegten, so daß die

können. Ein Hauptgrund, warum viele BolivianerInnen Vorbehalte gegen die Spirale haben, ist, daß die Männer Sorge haben, sich beim Geschlechtsverkehr zu verletzen, weil ihnen die anatomischen Verhältnisse nicht klar sind. Die genähten Modelle sollen dazu dienen, den Frauen und Paaren, die in die gynäkologische Ambulanz zur Untersuchung kommen oder zur Geburt im Kreißsaal sind, die Vorgänge in ihrem Körper zu erklären und so Ängste zu mildern und in der Folge weniger traumatische oder pathologische Geburtsverläufe zu ermöglichen und mehr Frauen dazu zu ermuntern, ihr Kind im Krankenhaus zu gebären.

Ich habe diese Frauen, die an der Fortbildung teilgenommen haben (der einzige Mann, der teilnahm, war ein österreichischer Arzt, der dort seinen Zivildienst ableistete), als sehr interessiert und engagiert erlebt, und trotz der großen kulturellen Unterschiede zwischen unseren Völkern haben diese Frauen die gleichen Wünsche in Bezug auf die Geburten der Kinder und mit den gleichen Probleme zu kämpfen, wie die deutschen Hebammen (z.B. die Aussage eines Arztes, der von den Geburtsdías gehört hatte: „Ich gehe doch für eine Frau nicht in die Knie“). Die Diskussion um Veränderungsmöglichkeiten in der Kreißsaal-Routine hätte genauso in vielen deutschen Hebammen-Teambesprechungen auch stattfinden können.

5.3 Zweite Etappe: Reise ins Hochland

Nach drei Wochen in San Ignacio bin ich zuerst zurückgereist nach Santa Cruz und von da aus weiter ins Hochland nach La Paz. Trotz anfänglicher Sorge wegen des Alleinreisens und gesundheitlicher Probleme, entschloß ich mich, doch zu fahren, weil ich aus den Aussagen der Einheimischen über das Hochland herausgehört hatte, daß ich Bolivien nicht wirklich „richtig“ kennen würde, wenn ich nicht auch im Hochland gewesen wäre. Nicht nur die Landschaft ist dort in 4000m Höhe eine völlig andere, auch die Menschen dort, zum größten Teil Aymara-Indianer, unterscheiden sich sehr von den Stämmen des Tieflands. Erschreckend fand ich immer wieder, wie verachtend die verschiedenen Stämme voneinander reden, und daß sie auf ihren Rassenhaß auch noch stolz sind!

Nach einer äußerst strapaziösen, 19-stündigen Busfahrt kam ich in La Paz an. Meine Suche nach einer Unterkunft wurde sowohl durch meine körperlichen Anpassungsprobleme an den Höhenunterschied, als auch durch eine Demonstration, die im Stadtzentrum stattfand gegen die Korruption in der Regierung, und bei der das Militär massiv gegen die Demonstranten vorging, sehr erschwert.

In La Paz nahm ich einen Tag lang an den Vorlesungen der studierenden Krankenschwestern an der Universität teil. Das Studium dauert dort fünf Jahre, und ich habe an einer

wurde gerade AIEPI unterrichtet. Was ich an der Schule für die *Auxilliales* allerdings noch für sinnvoll erachtet hatte, nämlich das Reduzieren der Krankheiten auf Symptome und das Einkategorisieren in verschiedene Gefahrenstufen, um unter einfachsten medizinischen Bedingungen möglichst eindeutige Diagnosen zu stellen, schien mir bei der Ausbildung von Fachleuten an der Universität nicht mehr angemessen. Stures Auswendiglernen und „Schubladendenken“, ohne für das Individuum zu sensibilisieren, scheint mir zu wenig für einen Beruf mit dieser Verantwortung und Ausbildung. Sehr erstaunt war ich, wie schwer den Studierenden die Diagnosestellungen und Therapien bei den Fallbeispielen fielen. Obwohl z. B. Medikamentengaben bei bestimmten vorgegebenen Erkrankungen nur aus Tabellen abgelesen werden mußten, war kaum jemand der Studierenden in der Lage, das richtig zu tun. Wie auch schon in der Schule in San Ignacio, erinnerte der Unterrichtsstil eher an militärischen Drill, und selbständiges Denken war nicht üblich. Ich nehme an, daß den StudentInnen diese Transferleistung bei den Fallbeispielen deshalb schwer fiel.

Von der Dozentin wurde ich gefragt, ob die Krankenschwestern in Deutschland auch so etwas lernen würden, und ich sagte ihr, daß es in Deutschland nicht die Aufgabe sei, medizinische Diagnosen zu stellen und Medikamente anzuordnen. Sie fragte daraufhin sehr erstaunt, was die Krankenschwestern denn dann machten. Als ich ihr sagte, daß ihre Aufgabe die Pflege der Menschen sei, war sie zuerst sehr erschrocken und sagte dann aber recht triumphierend: „Da sind Sie in Deutschland wohl sehr unterentwickelt. Wir sind da eben auf einem viel höheren Niveau, aber deshalb sind wir auch an der Universität!“ Ich war nicht schlagfertig genug, um zu kontern, und wahrscheinlich hätten mir auch die Vokabeln gefehlt, aber im Nachhinein hat es mich auch ein bißchen gefreut, daß sie so die Gelegenheit hatte, den Studierenden Stolz auf ihr Studium zu vermitteln!

Nach einem Ausflug nach Copacabana am Titicacasee und Besichtigung von La Paz einschließlich Besuch des Hexenmarkts, fuhr ich nach drei Tagen zurück ins Tiefland nach Santa Cruz.

5.4 Dritte Etappe: San Ramon

Von Santa Cruz aus reiste ich weiter nach San Ramon zu meiner nächsten Gasthebamme Doris Foede. Doris lebt in diesem kleinen Dorf gemeinsam mit ihrem Mann Andreas und ihrem acht Monate alten Sohn Michel. Das Dorf lebt nur vom Handel mit den durchfahrenden LKW-Fahrern und Busreisenden, die auf dem Weg in den Osten bzw. nach Brasilien sind, so daß sich das gesamte Dorfleben auf einer ca. 500m langen Strecke entlang der Hauptstraße

Doris' Aufgabe in San Ramon ist es, traditionelle Hebammen (männliche und weibliche) und Gesundheitspromotoren in einem Distrikt, der in seiner flächenmäßigen Ausdehnung vergleichbar ist mit Bayern, fortzubilden. Voraussetzung dafür ist immer, daß sie vorher Gelder beschafft, um diese Fortbildungen finanzieren zu können. Ihr Alltag besteht also zum großen Teil aus Büroarbeit, indem sie Anträge an verschiedene Hilfsorganisationen stellt und um Unterstützung ihres Projekts bittet.

Während meiner Zeit habe ich an einigen Fortbildungen mit den Hebammen und Promotoren teilgenommen. Zu meinem Erstaunen waren dabei nicht rein geburtshilfliche Probleme oder sogar Komplikationen die Hauptthemen, sondern im Vordergrund der Wissensvermittlung stand immer das saubere Arbeiten der Hebammen und die gesunde und saubere Lebensweise der Menschen. Auffallend war v.a., daß der Begriff „Geburt“ (parto) nie isoliert vorkam,

sondern daß in jedem Zusammenhang von der „sauberen Geburt“ (parto limpio) gesprochen wurde. Um die Handgriffe bei einer sauberen Geburt zu üben, wurden bei den Fortbildungen immer wieder Rollenspiele durchgeführt. Die Hebammen haben eigene Koffer mit allen Utensilien, die sie für ihre Arbeit brauchen. Bei den Rollenspielen haben sie dann alle ihre Dinge eingesetzt und neben dem eigentlichen Spielen auch erklärt, warum sie man dabei wie sie bei „Schwangere“



jedem Zusammenhang von der „sauberen Geburt“ (parto limpio) gesprochen wurde. Um die Handgriffe bei einer sauberen Geburt zu üben, wurden bei den Fortbildungen immer wieder Rollenspiele durchgeführt. Die Hebammen haben eigene Koffer mit allen Utensilien, die sie für ihre Arbeit brauchen. Bei den Rollenspielen haben sie dann alle ihre Dinge eingesetzt und neben dem eigentlichen Spielen auch erklärt, warum sie man dabei wie sie bei „Schwangere“

ich auch sehen, wie wichtig ihnen die Massage des Bauchs, die sogenannte Sobar, während der Geburt ist, um das Kind gut in das mütterliche Becken zu leiten - eine Maßnahme, die bei uns völlig unbekannt ist.

Eine weitere Lernform zu diesem Thema war das Erarbeiten der notwendigen Gegenstände

über verschiedene Handgriffe bei den Untersuchungen. Sinn und Zweck einer Schwangerenvorsorge unter diesen Bedingungen wurde für mich aber immer fragwürdiger, als ich registrierte, daß pathologische Befunde, die dort erhoben werden, für das weitere Vorgehen gar keine Konsequenzen haben. Es gibt vor Ort keine weiteren Möglichkeiten der Diagnostik, keine Medikamente und die Frauen suchen kein Krankenhaus auf, solange sie selbst nicht gerade in akuter Lebensgefahr sind.

6. Erlebnisse an beiden Praktikumsorten

Ich habe sowohl während der Zeit bei Sabine als auch bei Doris mehrere Gelegenheiten gehabt, Krankenhäuser zu besichtigen. Wir wurden überall freundlich empfangen und herumgeführt, und man konnte merken, daß die Menschen ihr Möglichstes getan hatten, um in den Häusern eine gute Atmosphäre zu schaffen. Ich habe Krankenhäuser gesehen, die offensichtlich gut ausgestattet waren mit moderner Technik und in denen qualifiziertes Personal arbeitete, aber auch solche, in denen z.B. zwei *Auxilliaires* die Stellung hielten - die einzige Ärztin hatte ein paar Tage vorher selbst ein Kind geboren und es gab keinen einzigen Patienten. Oder das Krankenhaus in San Ram_n – immerhin ein Referenzkrankenhaus - in dem gerade der einzige Facharzt mit der einzigen Krankenschwester durchgebrannt war.

Ich habe viele Menschen kennengelernt, die sich sehr für die Gesundheit ihrer Mitmenschen einsetzen, ohne dafür jemals eine Gegenleistung zu bekommen. Dazu gehörten v.a. die Hebammen und Promotoren, die für andere da sind, für ihre Arbeit aber weder von ihren Patientinnen (weil sie nicht können), noch vom Krankenhaus bezahlt werden. Die Gelder, die für ihre Arbeit eigentlich vom Staat zur Verfügung gestellt werden, „verschwinden“ in den Bürgermeisterämtern, so daß häufig auch die Krankenhäuser und ihre Angestellten keinen Lohn bekommen. Die Hebammen opfern zusätzlich Zeit, um sich fortzubilden, Zeit, in der sie selbst nicht auf dem Feld arbeiten können und zusätzlich noch Geld ausgeben z.B. für Fahrtkosten, um überhaupt an der Fortbildung teilnehmen zu können.

7. Mein Eindruck der Stellung der Frau in der bolivianischen Kultur unter besonderer Berücksichtigung ihrer Rolle als Schwangerer, Gebärender und Mutter

Ich habe während meiner Praktikumszeit ein besonderes Augenmerk darauf gerichtet, welche Rolle die Frauen in der bolivianischen Gesellschaft spielen. Ich hatte viele Gelegenheiten, die Frauen in ihren Dörfern in ihrer gewohnten Umgebung zu beobachten. Durch meine Anwesenheit war die Beobachtungssituation natürlich verändert und die Frauen zu Anfang



manchmal etwas verunsichert. Was ich beobachten konnte, waren aber Frauen, die sehr selbstbewußt auftraten und vor allem eine große Ruhe und Gelassenheit ausstrahlten. Die Frauen waren immer umringt von Kindern, und Säuglinge wurden in aller Selbstverständlichkeit in der Öffentlichkeit gestillt. ohne Hilfsmittel, wie z.B. Tragetücher, wurde bei Gruppenarbeiten oder Rollenspielen auch im Stehen gestillt und die Frauen hielten dabei die häufig schon recht großen Kinder auf dem Arm, was sicher sehr anstrengend ist, den Frauen aber offensichtlich gar keine Mühe bereitete. Die Ruhe, die die Mütter ausstrahlten, übertrug sich deutlich auch auf die Kinder – ich habe nie einen Streit zwischen Müttern und Kindern erlebt!

Im Hinblick auf die Geburten der Kinder gab es sehr große Unterschiede zwischen der Situation auf dem Land und der in den Städten. Bei Geburten auf dem Land mit den traditionellen Hebammen ist es völlig selbstverständlich, auf die Bedürfnisse der Mütter einzugehen und unter den gegebenen Umständen alles zu tun, was für die Frau das Beste ist. In Gesprächen mit den Hebammen konnte ich immer wieder hören, wie sehr diese sich um das Wohl der Mutter und ihres Kindes kümmern, mit Kräutern , Tees und Massagen die Geburt zu erleichtern versuchen und auch dafür sorgen, dass der werdende Vater oder eine andere Vertrauensperson anwesend sind, um die Frau zu unterstützen. Obwohl die Frauen

eines Aufenthalts in einem sehr abgelegenen Dorf erfuhren wir von einer Frau, deren Geburt anscheinend bald anstand. Am Nachmittag kam sie zu uns, um sich untersuchen zu lassen und alle im Dorf – auch die Männer – erschienen mir aufgeregt wegen der vermutlich in den nächsten Tagen stattfindenden Geburt.

Auch an der Wertschätzung, die den traditionellen Hebammen entgegengebracht wurde, ließ sich erkennen, welch hohen Stellenwert die Betreuung der Frauen und Kinder in den Dörfern hat.

Eine völlig andere Situation erlebte ich in den Krankenhäusern, in denen die Frauen alleine, auf einem gynäkologischen Stuhl liegend, unter Anleitung eines Arztes ihre Kinder gebären. Dort stehen Klinikroutine und Sterilität im Vordergrund, die Frauen scheinen völlig entmündigt und ordnen sich dem auch unter.

Insgesamt musste ich feststellen, dass meine Vorstellungen von selbstbestimmter Geburt in einem Land, in dem es um das blanke Überleben geht, keine Rolle spielen. Eine alte Hebamme, mit der ich mich am letzten Tag vor meiner Abreise lange unterhielt, antwortete auf meine Frage, ob sie glücklich sei, so wie sie lebe: „Wir leben da, wo wir Arbeit haben“. Mich hat diese Antwort sehr nachdenklich gemacht und mir gezeigt, dass ich trotz des Wissens um die katastrophalen Zustände in diesem Land und die unbeschreibliche Armut der Menschen immer noch nicht wirklich nachvollziehen konnte, was es wirklich bedeutet, unter solchen Bedingungen zu leben. Die Tatsache, dass diese Frau auf meine Frage nach Glück nicht antworten konnte, war eines meiner Schlüsselerlebnisse in Bolivien.

8. Mein Erleben der Fremdheit

Zusätzlich zu den hier beschriebenen Erfahrungen, die ich in direktem Zusammenhang mit der Arbeit gemacht habe, habe ich natürlich auch sehr viele Erfahrungen gemacht, die das Leben in einem so völlig fremden Land eben mit sich bringt. Vieles ist mir sehr schwer gefallen, wie z. B. das Aushalten von Schlangen, Kakerlaken und Taranteln in meiner Nähe, 15 Stunden non-stop-fahrende, Coca-kauende Busfahrer oder das Wissen, daß ich im Fall einer Erkrankung nicht so behandelt werden könnte, wie das in Deutschland möglich wäre.

Schwierig war auch, daß ich mich oft wie eingesperrt gefühlt habe, weil ich mich nicht so frei bewegen konnte, wie ich das gerne getan hätte. Grund dafür war auf der einen Seite, daß ich als Weiße und offensichtlich Fremde meistens beobachtet wurde, wenn ich auf der Straße unterwegs war, und auf der anderen Seite gerade abends die Angst vor Gefahren (am ersten

Die schönsten Erlebnisse waren die „kleinen“ Begegnungen mit den Menschen in ihrem Alltag, z.B. beim Busfahren oder „einfach so“ auf der Straße. Viele waren unglaublich interessiert an meinem Leben, an dem Leben in Deutschland überhaupt, und obwohl klar war, daß ich im Vergleich zu ihnen in einem unermeßlichen Wohlstand lebe, hatte ich an keiner Stelle ein Gefühl von Mißgunst oder Neid. Und obwohl der Bildungsunterschied und die Vermögensverhältnisse so sehr offensichtlich waren, habe ich die BolivianerInnen als würdevolle Menschen erlebt, die sehr stolz sind auf das, was sie haben und können!

Besonders in den Zeiten, in denen ich alleine unterwegs war, habe ich viel Angst vor Gewalt und Kriminalität gehabt, geschürt v.a. durch Warnungen in Reiseführern. Besonders gewarnt wurde dort vor Kindern, die zu Trickdieben ausgebildet werden, und es ist mir sehr, sehr schwer gefallen, die Armut der Menschen, und eben besonders der Kinder in den Städten zu sehen und entgegen dem eigenen Gefühl, das in der Situation eher Annäherung sucht oder Mitleid empfindet, auf Abstand zu gehen, jeden Kontakt mit ihnen zu meiden und dem Verstand klar zu machen, daß sie eine potentielle Bedrohung darstellen.

Ich habe das Alleinreisen in vielen Situationen als besonders große Belastung empfunden – nicht nur, wenn es darum ging, die volle Verantwortung stets selbst zu tragen, sondern auch in Situationen, in denen ich auch gerne mal mit einer mir vertrauten Person gesprochen hätte. Auf der anderen Seite war gerade diese Form des Reisens für mich eine große Chance zu erleben, wie ich in einer so fremden Situation alleine zurechtkomme, was ich mir zutrauen kann und eben auch zu erleben, daß ich dieser Herausforderung durchaus gewachsen bin.

Es gab Tage, an denen ich sicher war, daß ich nie wieder nach Südamerika reisen würde, weil mich die Fremdheit unglaublich belastet hat. Inzwischen empfinde ich bei den Erinnerungen an Bolivien auch schon wieder eine Sehnsucht und freue mich darauf, irgendwann noch einmal mit einer vertrauten Person dorthin zu reisen und gemeinsam das Land und die Menschen, die dort leben, genießen zu können.

Ich bin froh, nicht nur als Touristin durch dieses Land gereist zu sein, sondern einen Einblick in das Alltagsleben der Menschen mit allen Sorgen, Nöten und Freuden bekommen zu haben!

9. Literaturverzeichnis

Bruns, Dirk: Express Reisehandbuch Bolivien, Köln; Mundo Verlag GmbH 1997

Handelskammer Hamburg (2000). Länderbericht Bolivien. [On-line]. Available:
www.hamburg.ihk24.de/produktmarken/international/investitionen_im_ausland/laenderinformationen/laenderinformationen.jsp

Deutscher Entwicklungsdienst: Jahresbericht 1999

Sunderbrink, Ute: Capacitando a Promotores de Salud; Santa Cruz; Verlag Elisabeth Moser
1999