

Gut leben – gesund leben

Das andine Ideal des *Vivir Bien* (Gut Leben) und die Frage nach der globalen Gesundheit (*global health*)

Josef Estermann

Kann man das Adjektiv „gesund“ steigern? Wenn jemand „gesund“ lebt, könnte er oder sie auch noch „gesünder“ leben? Wir sind natürlich geneigt, den Begriff der Gesundheit als einen graduellen Begriff zu interpretieren, wie etwa „Reichtum“, „Wohlfahrt“ oder „Konsum“. Die dabei zugrundeliegende Wachstumsideologie legt uns nahe, von einer sich in Vermehrung oder Vergrößerung befindlichen Gesundheit zu sprechen, und die Wellness-Euphorie ist ja regelrecht ein Spiegelbild des Superlativs: am „gesündesten“. Aber ist „gesünder“ oder gar „am gesündesten“ wirklich auch besser als einfach „gesund“? Es erinnert mich an den markanten Satz von George Orwell in *Animal Farm*: „Alle Menschen [bei ihm sind es Tiere] sind gleich, aber einige sind gleicher als andere“. Oder eben auch an den saloppen Ausdruck, der sich nur auf Englisch sagen lässt: *Such is life, and it's getting always sучer*.

Und damit sind wir mitten im Thema, der Diskussion um die Lebensqualität, bzw. um das „Gute Leben“, oder noch genauer: um die Frage, was denn „Leben“ eigentlich ist und was es braucht, damit dieses als „gut“, bzw. eben als „gesund“ bezeichnet werden kann.

1. Andines „Gut Leben“ (*suma qamaña/sumak kawsay*) versus abendländisches „Gutes Leben“ (*euzén*)

Im Andenraum Südamerikas (Kolumbien, Ecuador, Peru, Bolivien, Norden von Chile und Argentinien) hat sich in den letzten zwanzig Jahren ein neues Konzept entwickelt, nicht zuletzt aufgrund des Auf- und Hereinbrechens indigener Völker und deren Spiritualitäten im Zusammenhang mit dem Gedenken an fünfhundert Jahre Eroberung, Kolonialisierung und Marginalisierung im Jahre 1992. Der Begriff des andinen „Gut Leben“ hat sogar ein derartiges Gewicht bekommen, dass er Eingang in die beiden neuen Staatsverfassungen von Ecuador (2008) und Bolivien (2009) gefunden hat; in letzterer kommt er insgesamt sieben Mal vor. Der Begriff stammt von den beiden stärksten ethnischen Volksgruppen der Anden, den Quechuas (oder Kichwas in Ecuador) und den Aymara. Auf Quechua (oder *Runa Simi*) lautet der Begriff *Allin Kawsay* (vor allem in Bolivien und Peru) oder *Sumak Kawsay* (Ecuador), auf Aymara *Suma Qamaña*. Wichtig ist dabei zu beachten, dass *kawsay*, bzw. *qamaña* wie im Deutschen als Verb oder Substantiv verwendet werden kann; im erwähnten Ausdruck handelt es sich um ein substantiviertes Verb. Entscheidender aber ist die an seiner Seite stehende Qualifizierung (*allin/sumak/suma*), die nicht etwa eine Adjektiv- sondern eine Adverbialform ist. Deshalb ist auch die Übersetzung ins Spanische und Deutsch mit gewissen Schwierigkeiten verbunden. Im Spanischen hat sich der Begriff des *Buen Vivir* (vor allem in Ecuador und Peru) durchgesetzt, in Bolivien aber eher die Bezeichnung *Vivir*

Bien; ersterer deutet das „gut“ als Adjektiv, das einem Substantiv (bzw. substantivierten Verb) zugeordnet wird, also als „Gutes Leben“ zu übersetzen wäre, letzteres aber als Adverb zu einem substantivierten Verb, was in einer etwas ungehobelten Form eben als „Gut Leben“ zu bezeichnen ist.

Diese sprachlichen Feinheiten wären nicht weiter von Interesse, würden sie nicht einen wesentlichen Unterschied zu dem auch im Abendland geläufigen und von Aristoteles geprägten Begriff des „Guten Lebens“ (*euzén* oder *eubiós*) offenbaren. In letzter Zeit ist auch in Europa und den USA ein wachsendes Interesse für diese aristotelische Tradition des „Guten Lebens“ (auf Spanisch wäre dies *Buena Vida*) festzustellen, einerseits im Kontext der postmodernen Spaß-Kultur, andererseits aber auch als Grundlage für einen neuen Gerechtigkeits-Begriff (vor allem bei Martha Nussbaum). Bei Aristoteles bezeichnet das Ideal des *Euzén* einen Mittelbegriff zwischen zwei Extremen, wie ja seine Tugendlehre als solche verfasst ist. Also wäre „Gutes Leben“ weder armes und karges Existieren, noch überbordender Luxus und Überfluss. Diese Balance zwischen zwei Extremen liegt auch dem andinen Verständnis des „Gut Leben“ zugrunde. Allerdings unterscheidet sich der abendländische Begriff des „Guten Lebens“ in anderer Hinsicht entscheidend vom andinen Ideal. Erstens ist das aristotelische Ideal ein auf das Individuum fokussierte Ideal; zweitens geht es vor allem um den Umgang mit Gütern und materiellen Werten; und drittens war bei Aristoteles das *Euzén* dem erwachsenen und männlichen weißen Eigentümer, also dem *Polítés* oder „Bürger“ vorbehalten. Sklaven, Frauen und Kinder fielen selbstverständlich nicht unter die Kategorie dessen, was das „Gute Leben“ ausmacht.

Im Zuge der Postmoderne wird in unserem Kontext das „Gute Leben“ immer mehr im Sinne eines hedonistischen und konsumistischen Ideals interpretiert, was es bei Aristoteles sicherlich nicht war, und gerät somit in einen antagonistischen Gegensatz zum andinen Begriff des *Vivir Bien*. Aufgrund des Selbstverständnisses beinhaltet das andine Ideal gerade eine Fundamentalkritik am abendländischen hedonistischen Ideal. Deshalb die Wichtigkeit einer Abgrenzung von sprachlich praktisch identischen Bezeichnungen. Bevor ich etwas näher auf den Begriff des „Lebens“ (*kawsay*, *qamaña*) eingehe, was uns natürlich in einem Kontext von Gesundheit, Krankheit und medizinischer Versorgung besonders interessieren dürfte, noch ein Wort zur Bezeichnung „gut“ im erwähnten Ausdruck des „Gut Leben“. Der dem Quechua und Aymara gemeinsame Wortstamm *suma-* (im Quechua bedeutet das Suffix *-k* eine Dynamisierung) hat seinen „Sitz im Leben“ im Kulinarischen: er meint also „schmackhaft“, „köstlich“, „lecker“. Übersetzt würde also *suma qamaña* oder *sumak kawsay* das Ideal einer Lebensform bezeichnen, die sich auf „köstliche“ oder „schmackhafte“ Weise (Adverb) realisieren lässt. Wenn man also jemanden nach seinem Befinden fragt und dieses „gut“ ist, wäre die korrekte Antwort: „ich lebe köstlich“. In den Anden erhält man auf die Frage, „wie es denn gehe“, auf dem Land noch oft die Antwort: „wir sind köstlich unterwegs“ (*andamos bien – sumata sarqañani*). Auch im Deutschen ist die Bewegung des „Gehens“ in Frage („wie geht es?“) und Antwort („mir geht es gut“) enthalten, auch wenn es passiv und vor allem ichbezogen formuliert wird. Der Ausdruck bringt uns zwei weitere Elemente des andinen „Gut Leben“ ins Bewusstsein: es geht um ein kollektives oder soziales Ideal („wir sind...“), und es handelt sich um einen dynamischen Prozess („unterwegs“) und nicht so sehr um einen statischen (End-)Zustand.

2. Was ist denn „Leben“?

Während sich für Aristoteles und praktisch die gesamte abendländische Philosophie das Leben (*zoé*; bzw. *biós*) auf Pflanzen, Tiere und Menschen, und vielleicht noch auf die Götter bezieht, also in erster Linie eine biologische Kategorie ist, meint der andine Begriff *kawsay* oder *qamaña* etwas Allumfassendes und Kosmisches; in der abendländischen Geistesgeschichte würde man sagen: es ist ein „transzendentaler Begriff“, der allen Seienden eigen ist. Nur wenige Traditionen innerhalb des Abendlandes haben eine ähnliche Auffassung, die man im Fachjargon „Panzoismus“ oder auch „Panpsychismus“ (weniger verbreitet ist „Hylozoismus“ und „Vitalismus“) nennt und die auch in medizinischer Hinsicht sehr aufschlussreich wäre: die stoische Philosophie; Franciscus Mercurius van Helmont; Leibniz; Whitehead; Teilhard de Chardin. In der andinen Weltanschauung oder Philosophie haben alle Bereiche der Wirklichkeit Leben, wie auch alle „sexuiert“, also geschlechtlich konnotiert sind. „Leben“ und „Geschlechtlichkeit“ gehen weit über das Biologische hinaus; für letzteres habe ich den Begriff der „Sexuität“ eingeführt, um ihn von der biologisch konnotierten „Sexualität“ zu unterscheiden. Für das „Leben“ (*qamaña*; *kawsay*) in dieser meta-biologischen Bedeutung steht kein entsprechender Begriff zur Verfügung. Der andine Panzoismus gründet auf dem philosophischen Grundaxiom der Relationalität alles Bestehenden. Das bedeutet, dass nicht die Substanz oder das abgesonderte Einzelwesen („Individuum“) die Grundlage der Wirklichkeit bildet, sondern die Beziehung. Den Johannesprolog abwandelnd, könnte man sagen: „am Anfang war die Beziehung“. Ich kann dies an dieser Stelle nicht weiter ausführen, möchte aber die Konsequenzen für den Begriff des „Lebens“ als solchem, und des „Gut Leben“ im Speziellen aufzeigen. „Leben“ ist im andinen Kontext eine Beziehungsgröße und nicht etwa eine (statische) Qualität, die einem „Lebewesen“ innewohnt. „Leben“ ist nur in und durch Beziehung möglich. Das vom kosmischen Begriff des allumfassenden Lebens abgeleitete biologische Leben (Pflanzen, Tiere, Mensch) kann sich nur erhalten und vermehren, indem es sich mit dem großen holistischen Beziehungsgeflecht verbindet. Leben ist im Grunde genommen eine *Chakana*, eine „kosmische Brücke“. Eigentlich ist uns dies auch bewusst, denn biologisches Leben ist ohne einen intensiven Austausch mit anderen Wesen (Photosynthese; Atmung; Ernährung; sexuelle Reproduktion; usw.) gar nicht möglich. Im andinen Verständnis haben aber auch so genannte leblose Wesen „Leben“: Bergspitzen, Flüsse, Steine, Gestirne, usw.

„Bezüglichkeit“ (Relationalität) und „Leben“ sind für das andine Verständnis gewissermaßen austauschbare Kategorien. Leben heißt: bezogen sein, in Beziehung stehen, im Austausch stehen. Und „Tod“ – den es als absolute Größe gar nicht gibt – meint dann eine Existenzform in absoluter Abgeschlossenheit, Beziehungslosigkeit und Selbststand, Attribute, die im Abendland genau für die „Substanz“ und das autarke Individuum verwendet werden. Damit ist auch klar, dass das andine „Gut Leben“ weit über das menschliche (Zusammen-) Leben, aber auch über das biologisch verstandene Leben hinausgeht. Als Beziehungsgröße ist es eine kosmische Größe, oder, wenn man die Relationalität auch als Religiosität deutet, eine spirituell-religiöse Größe. Die hedonistische Abkoppelung der postmodernen Ich-AG von der Allverbundenheit und spirituellen Bezüglichkeit, wie es etwa im US-Elektronik-Konzern LG (*Life is Good*) zum Ausdruck kommt, ist die absolute Perversion des andinen „Gut Leben“.

Man könnte jetzt natürlich einwenden, dass ja die Mehrheit der Andenbevölkerung dieses Ideal des „Gut Leben“ selber gar nicht praktiziere. Das ist tatsächlich der Fall, insofern besonders unter der in die Städte umgesiedelten indigenen Bevölkerung der *American Dream* ausgesprochen präsent ist und sich die Konsumwünsche nur graduell von jenen einer europäischen Mittelschicht unterscheiden. Die „Entfremdung“ von den eigenen Werten, Visionen und Idealen, wie sie durch die Massenmedien zusätzlich gefördert wird, hält große Teile der lateinamerikanischen Bevölkerung im Griff. Trotzdem finden gerade in indigenen Kreisen ein Umdenken und eine Rückbesinnung auf indigene Werte und Vorstellungen statt, zu denen auch das Ideal des „Gut Leben“ gehört. Man stellt in Europa auch nicht das christliche Ideal der Nächsten- und Fernstenliebe in Frage, nur weil sich die übergroße Mehrheit nicht annähernd daran ausrichtet.

3. „Gut leben“ – nicht besser

Die abendländische Moderne geht von einem linearen Zeitverständnis aus, das die ideologische Grundlage für „Entwicklung“ und „Fortschritt“ bildet. Die Zukunft ist notwendigerweise „besser“ als die Gegenwart und Vergangenheit, weil wir ja „fortschreiten“. Der aktuell vorherrschende Turbo-Kapitalismus und die damit einhergehende Konsumwut fußen auf dem Axiom des prinzipiell unbegrenzten „Wachstums“: mehr Güter, mehr Geld, mehr Genuss. Dabei steht die Quantität klar vor der Qualität, auch wenn versucht wird, qualitative Merkmale wie Glück oder Liebe immer mehr auch quantitativ und vor allem neurobiologisch zu erfassen.

Sowohl von der Physik, der Astronomie wie auch der Biologie wissen wir aber, dass es unbegrenztes Wachstum gar nicht geben kann. Das Universum ist eine Konstante von Masse und Energie, die sich in dauernder Transformation befindet, ohne aber zu- oder abzunehmen. Und das biologische Leben ist endlich und gehorcht dem Gesetz der unterschiedlichen Lebenszyklen. Vermeintlich grenzenloses Wachstum hat in der Medizin einen eindeutigen Namen: „Krebs“. Eine auf dem Axiom unbeschränkten Wachstums fußende Wirtschaftsordnung und der damit einhergehende Konsumismus können nur als „krebszerregend“ (karzinogen) bezeichnet werden.

Die andine Weltanschauung und Spiritualität ist sich der Endlichkeit des Universums (*Pacha*) und des Lebens in aller Deutlichkeit bewusst. Alle Wesen sind mit allen anderen verbunden und hängen deshalb von anderen ab. Ihre Existenzform als klar abgegrenzte Einzelwesen (Individuen) ist eine der Beziehung nachgeordnete Form und baut auf dieser als unabdingbare Voraussetzung auf. Aufgrund der prinzipiellen Endlichkeit von Energie und Masse, bzw. des Universums, sowie der Interdependenz von allem, was existiert, ergibt sich die einfache Konsequenz, dass jede „Vermehrung“ oder jedes „Wachstum“ eines Teils eine „Verminderung“ oder „Schrumpfung“ anderer Teile bedingt. Oder gesellschafts- und globalpolitisch ausgedrückt: wenn es einem Teil der Menschheit „besser“ geht, wird es einem anderen Teil unweigerlich „schlechter“ gehen. Dies gilt auch für die ökologische Frage: Ressourcen können nicht beliebig geplündert und die Natur unbeschränkt verschandelt werden.

Deshalb bedeutet das andine „Gut Leben“ nicht ein „besseres Leben“. Wie eingangs angedeutet, handelt es sich bei der Qualität „gut“ nicht um einen Komparativ oder

Superlativ, sondern um eine Qualität, die nicht quantifizierbar und auch nicht vergleichbar ist. „Gut Leben“ ist eine menschliche und gesellschaftliche Existenzform, die im Gleichgewicht mit allen Wesen ist, die in einem harmonischen oder „gerechten“ Verhältnis zu den anderen Lebewesen steht, die also gerade nicht das postmoderne autarke Ego ist, sondern eine sozial, ökologisch, spirituell und generationenübergreifend „harmonische“ Form des Zusammenlebens und der Koexistenz beinhaltet. Man könnte von fünf wesentlichen Kompatibilitäten oder Verträglichkeiten sprechen, denen das andine „Gut Leben“ Rechnung tragen muss: ein Leben ist dann „gut“, wenn es lebensverträglich (biokompatibel) sozialverträglich, umweltverträglich, mit den zukünftigen Generationen verträglich und spiritualitätsverträglich ist. Die aktuelle Entwicklungsdebatte nennt dies „Nachhaltigkeit“, wobei damit nur die Umweltverträglichkeit und teilweise die Sozialverträglichkeit gemeint ist.

4. Andine Krankheiten

Nach dem bisher Ausgeführten sollte klar geworden sein, dass die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ auf dem Hintergrund der andinen Weisheit und Spiritualität anders verstanden und gewichtet werden als im Mainstream der abendländischen Moderne. Was viele VertreterInnen der so genannten Biomedizin – so wird die akademische pharmazeutische Schulmedizin westlicher Prägung in Lateinamerika genannt – verwirrt, ist die Tatsache, dass es typisch andine Krankheiten gibt, wofür es im hiesigen europäischen Kontext weder ein entsprechendes Krankheitsbild noch eine angemessene Therapiemöglichkeit gibt. Man könnte also von „ethnogenen“ Krankheitsbildern und Krankheiten reden, wie sie sicher auch im afrikanischen, asiatischen und ozeanischen Kontext zu finden sind. Diese ethnogenen Krankheiten – vielleicht sollte man die so genannten „Zivilisationskrankheiten“ im globalen Norden, wie Stress, Burnout, Herzversagen, Krebs und Allergien auch als solche verstehen – können uns helfen zu verstehen, was „Gesundheit“ oder „Krankheit“ in einem andinen Kontext eigentlich bedeuten, und was das für das Ideal einer „globalen Gesundheit“ (*global health*) heißen könnte.

Neben anderen Krankheitsbildern (das böse Auge, der Würgegriff der Erde, der Fettsauger, usw.) bildet der so genannte „Schrecken“ (*susto; mancharisqa*) eine panandin bekannte und relativ gut dokumentierte Krankheitsform. In aller Kürze geht es um Folgendes: die Symptomatik weist eine wachsende Appetitlosigkeit, Übelkeit, Fieber, generell ein Schwinden der Lebenskräfte und der Lust am Leben auf. Die Krankheit des *Susto* zeigt sich vor allem bei Kindern und Jugendlichen im Wachstumsprozess, kann aber auch Erwachsene heimsuchen. Die Schulmedizin wird meistens irgendeine Infektion oder eine Beeinträchtigung des Verdauungsvorgangs feststellen, aber meistens werden die dafür eingeleiteten Therapieformen (Medikamente und Antibiotika) nicht greifen. Es gibt viele Fälle, in denen die Biomedizin kapitulieren musste und wo die so genannte „traditionelle Medizin“ – ein unglücklicher Begriff für die auf indigener Weisheit basierende Gesundheitslehre – zu Hilfe geholt wird. Der Schamane (*Yatiri; Paq'o*) oder Naturheiler wird dagegen die erwähnten Symptome relativ schnell als Manifestationen des *Susto* erkennen, nicht aber ohne die Ätiologie desselben abgefragt zu haben. Konkret heißt das, dass in letzter Zeit im Umfeld der betroffenen Person etwas vorgefallen sein muss, was wir

in abendländischer Diktion vielleicht ein „traumatisches Erlebnis“ nennen würden, und was die andine Weisheit einfach den „Schrecken“ nennt. Die Person ist durch etwas „erschreckt“ worden, sei es durch eine bruske Bewegung, einen Fall, ein ungewöhnliches Geräusch, einen plötzlich auftretenden Lärm, ein aufgescheuchtes Tier oder auch durch häusliche oder andere Gewalt.

Da bei Kindern der so genannte Lebensgeist (*ajayu; animu*) noch sehr schwach mit der physischen Konstitution verbunden ist, kann der *Susto* dazu führen, dass dieser eben „erschrickt“, also gleichsam erstarrt und am entsprechenden Ort „hängen“ bleibt. Da es in der andinen Vorstellung weder reine Geistwesen noch reine materielle Wesen gibt, sondern immer eine psycho-spirituell-physische Einheit, kann der so erstarrte Lebensgeist nicht einfach frei schwebend außerhalb der vom Schrecken betroffenen Person existieren, sondern wird sich mit dem nächstbesten Gegenstand verbinden, also einem Felsen, einem Baum, vielleicht sogar einem Berg oder einem Fluss. Die Person bleibt dann gleichsam „entseelt“ zurück, bzw. vom Lebensgeist verlassen, und zeigt in der Folge die bereits erwähnten Krankheitssymptome. Die Heilung besteht im Wesentlichen in der erneuten Zusammenführung des erstarrten und gleichsam neu verleiblichten Lebensgeistes mit dem Körper der betroffenen Person. Dies geschieht allerdings nicht im Rahmen einer auf Kausalität fußenden Logik, sondern einer auf symbolischer Repräsentation basierenden Ritualität, bei der die wichtigsten Prinzipien andiner Philosophie, eben das Relationalitäts-, Korrespondenz-, Komplementaritäts- und Reziprozitätsprinzip, eine entscheidende Rolle spielen. Kann die beeinträchtigte Person nicht selbst an den Ort des Geschehens zurückkehren, geschieht die Heilung in symbolischer Substitution. Ich möchte nicht auf die Einzelheiten der symbolischen Ritualität eingehen, die man in einschlägigen Publikationen nachlesen kann, sondern die wichtigsten Schlussfolgerungen ziehen, die sich daraus für den Begriff der „Gesundheit“ (und damit auch der „Krankheit“) ergeben.

5. Und was ist „gesundes Leben“?

Da das Leben als solches aufgrund der Relationalität als Beziehungsgröße definiert wird, ist auch „Gesundheit“, bzw. „Krankheit“ kein Zustand eines individuell abgeordneten Wesens, sondern im Wesentlichen eine Frage der Qualität vitaler Beziehungen. Es dürfte klar geworden sein, dass sich das Binom „Gesundheit/Krankheit“ weder auf die biologische Dimension noch auf das unmittelbare soziale und energetische Umfeld der beeinträchtigten Person beschränkt, sondern spirituelle und kosmische Dimensionen aufweist. Der andinen Vorstellung am nächsten kommt wohl die auch im Abendland bekannte Metapher des „Gleichgewichts“ oder der „Harmonie“. Gesundheit ist in diesem Sinne ein Leben in harmonischen Beziehungen zur sozialen, spirituellen, kulturellen und physischen Umwelt, und zwar im Sinne eines „kosmischen Gleichgewichts“, das sich aus den oben erwähnten Prinzipien der andinen Philosophie herleiten lässt. Wer im Sinne des universalen Relationalitätsprinzips die Balance von Korrespondenz („so wie oben, so auch hier“), Komplementarität (pachasophische Entsprechungen), Reziprozität (kosmische Gerechtigkeit) und Zyklizität (alles hat seine Zeit und seinen Rhythmus) durchbricht, wird oder ist „krank“. Dass also Gesundheit und Krankheit auch spirituelle und kosmische Dimensionen aufweisen, ist für das andine Verständnis selbstverständlich.

Therapeutische Maßnahmen zielen deshalb auf die Wiederherstellung des aus den Fugen geratenen Gleichgewichts ab. Die physisch-biologische „Heilung“ (etwa die Senkung des Fiebers oder die Bekämpfung einer Infektion) ist dabei nur einer von vielen Aspekten einer integralen Wiederherstellung der gestörten Harmonie. Der Mensch ist nach andiner Auffassung prinzipiell eine *Chakana*, also eine „kosmische Brücke“. Je nach energetischem Niveau oder Charisma vermag er oder sie diese Funktion auch im Sinne der „Heilung“ zu realisieren. Andine SchamanInnen sind nicht nur rituelle und symbolische „Brücken“, sondern vermögen solche auch zu errichten oder wiederherzustellen. „Heilung“ ist im Prinzip eine rituelle Form der Wiederherstellung von Beziehung. In abendländischer Begrifflichkeit würde man sagen: Ermöglichung eines freien Energieflusses, allerdings immer mit der Erweiterung, dass dabei auch die Urahnen und die Geistwelt, die astronomischen und kosmischen, religiösen und spirituellen Dimensionen miteinbezogen werden.

Grundsätzlich macht andines Empfinden auch keinen prinzipiellen Unterschied zwischen somatischen und psychischen Krankheiten, bzw. zwischen physischer und psychischer Gesundheit (*salud mental*), da die Dichotomie von Körper (*soma*) und Seele (*psyché*) nicht der ganzheitlichen und holistischen Auffassung des Lebens entspricht, wie sie im andinen Kontext vorherrscht. Trotzdem sei an dieser Stelle spezifisch auf ein immer bedrohlicher werdendes „Ungleichgewicht“ hingewiesen, das mit den Kategorien der „psychischen Gesundheit“ zu tun hat. In den meisten Gesellschaften Lateinamerikas – auch den indigenen – haben das Gewaltpotenzial und die dazu gehörenden traumatischen Erfahrungen, der Alkoholismus und die Drogensucht erschreckend zugenommen. Die kollektive psychische Gesundheit ist – zusammen mit der ökologischen Balance – derart aus dem Gleichgewicht geraten, dass viele Schamanen vom unausweichlichen Ereignis eines baldigen *Pachakuti*, eines kosmischen Kataklysmus sprechen.

Gründe für die Zunahmen dieser zumeist soziogenen Krankheitsbilder gibt es viele, und nicht alle können einfach der Zunahme eines westlich geprägten Lebensstils zugeschrieben werden. Auch vor der Kolonialisierung durch Europa waren Alkohol und Drogen – meistens in einem rituellen Zusammenhang – in indigenen Gesellschaften bekannt, und auch Gewaltlosigkeit gehörte nicht gerade zu den Wesensmerkmalen indigenen Zusammenlebens. Was neu ist, ist der individuelle und exzessive Konsum von Drogen (vor allem in der Form von Leimschnüffeln und Cannabis) und Alkohol (hier vor allem Bier und reiner Sprit), sowie die häusliche und sexuell motivierte Gewalt (vor der vor allem die mit der Selbstjustiz verbundenen Gewaltanwendung). Durch die großen Wanderbewegungen, vor allem vom Land in die Armenviertel der Städte, ist nicht nur das soziale Gefüge durcheinander geraten, sondern auch das intuitive Wissen um die Verbundenheit von allem mit allem, die grundlegende Komplementarität der Geschlechter, der Sinn für das „gesunde“ Maß und eine spirituelle Einbettung in eine rituelle Normativität. Gerade unter Jugendlichen indigenen Ursprungs, die in den Elendsvierteln rund um die Metropolen Lateinamerikas leben, ist das psychische Ungleichgewicht stark und damit die Suizidrate eklatant hoch.

„Gesundes Leben“ ist nichts anderes als „Gut Leben“, auch wenn dabei der Aspekt des organischen Wohlbefindens im Vordergrund steht. Ist dieses Ideal im Sinne von *Global Health* universalisierbar? Da „Gut Leben“ bereits in der Wesensbestimmung die Universalisierbarkeit beinhaltet, da jemand nur dann „gut lebt“, wenn dies auch für alle

anderen und für die Natur möglich ist (die erwähnten „Verträglichkeiten“), schließt die Qualität eines „gesunden Lebens“ ebenfalls das Prinzip der Universalisierbarkeit ein. Ist dies mit dem Standard hoch technologischer und pharmakologischer Medizin, wie sie sich im Abendland in den letzten Jahrhunderten entwickelt hat, überhaupt möglich? Wie bereits angedeutet und auch sattsam bekannt sein dürfte, ist die aktuell propagierte kapitalistische und konsumistische „Globalisierung“ nicht globalisierbar: Eine globale Ausweitung des *American Way of Life* etwa würde die Existenz von sieben Erd-Planeten nach sich ziehen. Etwas Ähnliches können wir auch hinsichtlich des abendländischen Gesundheitsideals beobachten: die Anstrengungen der Biomedizin zu einer prinzipiell unbegrenzten Verlängerung der individuellen Lebenszeit sind nicht globalisierbar und führen unweigerlich zu einer Vertiefung der Kluft zwischen Nord und Süd, vertiefen also neben dem *Digital Gap* auch den *Health Gap*, was ja augenscheinlich ist.

Wie allerdings eine Strategie aussehen könnte, um dem Ideal eines „Gesunden Lebens für alle“ möglichst nahe zu kommen, und welche Rolle dabei das *Vivir Bien* spielen kann, ist nochmals eine ganz andere Frage, auf die ich bei dieser Gelegenheit nur ansatzweise eingehen kann. Wie bei unseren Konsumgewohnheiten, dem Energieverbrauch oder dem ökologischen Fußabdruck, stellt sich auch hinsichtlich der Gesundheit die Frage, ob das Gesundheitsideal des globalen Nordens überhaupt globalisierbar ist oder nicht. Vieles deutet darauf hin, dass wir die immensen Kosten für eine stark vom Ethos der Lebensverlängerung geprägte Medizin nicht einmal mehr in unserem Kontext werden aufbringen, geschweige denn diese auch im globalen Süden implementieren können. Ausgehend vom andinen Ideal des „Gut Leben“ müsste Gesundheit – eben auch im Sinne von *Global Health* – wieder vermehrt in qualitativen und relationalen Kategorien definiert werden. Ein gesundes Leben ist dann nicht einfach eines, das möglichst lang und schmerzfrei ist, sondern das eingebettet in den großen sozialen, spirituellen und kosmischen Bezügen verwirklicht werden kann und damit in dem zuvor genannten fünffachen Sinne vereinbar, bzw. nachhaltig ist: lebensverträglich, sozialverträglich, umweltverträglich, generationenverträglich und spiritualitätsverträglich.

„Gesundes Leben für alle“ (*global health*) heißt eben nicht, dass einige das Recht haben, „gesünder“ als andere zu sein, womit wir bei der Ausgangsfrage sind, ob denn „Gesundheit“ zu steigern ist.