

Gabriele Alex

**Medizinische Diversität
im postkolonialen Indien**

Dynamik und Perzeption von
Gesundheitsangeboten in Tamil Nadu

Berliner Beiträge zur Ethnologie
Band 21

WeißenseeVerlag[●]

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Gedruckt auf holz- und säurefreiem Papier, 100 % chlorfrei gebleicht.

©Weißensee Verlag, Berlin 2010
www.weissensee-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten

Satz und Layout: Birgitt Sippel, Göttingen

Printed in Germany

ISSN 1610-6768

ISBN 978-3-89998-181-0

Vorbemerkung

Teile der Forschung sowie Abfassung und Fertigstellung dieser Monographie wurden mir von der Max-Planck-Gesellschaft im Rahmen meiner Anstellung am Max-Planck-Institut zur Erforschung multireligiöser und multiethnischer Gesellschaften ermöglicht.

Diese Studie wäre nicht ohne die Hilfe und Unterstützung verschiedener Personen zustande gekommen.

Ich möchte an dieser Stelle meinen Informanten in Madukottai, Puduchery und Seyyar ganz herzlich danken und auch meinen Assistenten David Chakravarti, Frau F. Saritha, Herrn S. Raja sowie Herrn Magesh, Herrn Cinnaturai und Frau U. Savithri meinen Dank aussprechen für ihre exzellente Hilfe. Weiterhin möchte ich den Angestellten der medizinischen Einrichtungen und den vielen unterschiedlichen Heilern und Patienten danken, die mit mir ihr Wissen und ihre Erfahrungen sowie ihre Lebensgeschichten und Krankengeschichten teilten.

Besonderen Dank für ihre fachliche Unterstützung möchte ich Herrn Kannan aus der Indologie-Abteilung am Institut Francais de Pondichery sowie Herrn Thomas Malten von der Universität Köln aussprechen.

Ferner danke ich meinen Kollegen vom Südasien Institut und den Studierenden des Masterkurses Health and Society in South Asia für die anregenden Diskussionen, die einen Niederschlag in diesem Buch finden.

Ganz besonderer Dank geht an Steve Vertovec und an meine Kollegen vom Max-Planck-Institut zur Erforschung multireligiöser und multiethnischer Gesellschaften für die fachlichen Diskussionen, die diese Arbeit sehr bereichert haben. Ich danke Birgitt Sippel für die kompetente Durchführung von Satz und Layout und Norbert Winnige für die Unterstützung bei der computergestützten Datenanalyse; weiterhin möchte ich Bettina Voigt, Annkathrin Kühn, Birgit Baumann, Christina Templin und Fanny Hocker für editorische Hilfe danken.

Ich widme dieses Buch meiner Tochter Charlotte.

Göttingen, im Februar 2010

Inhalt

1. Fragestellung.....	11
2. Forschungssituation und Methodologie.....	21
3. Das Forschungsfeld.....	41
Einführung.....	41
Sozialstruktur in Tamil Nadu - Geschichte und Gegenwart.....	41
Die traditionelle tamilische Dorfgemeinschaft.....	49
Das Forschungsfeld.....	52
Die Vagri.....	54
Die Mutturaja.....	58
Die Paraiyar.....	60
Zusammenfassung.....	63
4. Medizinethnologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit.....	65
Einführung und theoretische Prämissen.....	65
Das health explanatory model und das health belief Konzept.....	68
Medizinischer Pluralismus.....	75
Erklärungsansätze von health seeking behaviour.....	77
5. Das indische Gesundheitssystem.....	81
Einführung.....	81
Voraussetzungen des indischen Gesundheitssystems.....	82
Grundlagen des indischen Gesundheitssystems.....	84
Die drei Kerneinrichtungen des Gesundheitssystems.....	87
Der private Sektor des Gesundheitssystems.....	90
Krankheitsrisiko Trinkwasser.....	92
Aktuelle Zielsetzungen: Die National Health Policy (NHP) 2002 und National Rural Health Mission (NRHM) 2005.....	93
Staatlich anerkannte medizinische Traditionen Indiens.....	96
Ayurveda.....	97
Unani.....	99

Siddha	102
Homöopathie.....	108
Naturopathie.....	110
Zusammenfassung.....	112
6. Konzeptionen und Begriffe von Gesundheit und Krankheit im ländlichen Tamil Nadu	115
Einführung.....	115
Tamilische Begriffe von Gesundheit und Krankheit	115
Fieber – <i>curam</i> und <i>kayccal</i>	117
Körperschmerz und Kopfschmerz – <i>utampuvai</i> und <i>talainvai</i>	118
Magen-Darm Probleme – <i>vayiru kolaru</i>	119
Körperkonzepte	119
Krankheitsursachen – eine Typologie.....	122
Gewöhnliche – „natürlich“ verursachte Krankheiten	126
Hygiene und Umwelt.....	127
Nahrung	130
Jahreszeiten und Klima	133
Payanta kolaru – durch Geister oder Furcht verursachte Krankheiten	135
Tevai kolaru – göttliche Bestrafung	137
Ceyvinai kolaru – Schadenszauber	140
Manai kolaru – Raum und Zeit-Defekte	142
7. Die Medizinische Landschaft – eine ethnographische	
Beschreibung.....	145
Einführung.....	145
Heiler und Mediziner in Madukottai.....	146
Medizinische Einrichtungen.....	148
Staatliche medizinische Einrichtungen	148
Nicht staatliche medizinische Angebote – der private Gesundheitssektor.....	156
OTC - Over-The-Counter-Angebote: Apotheker und Arzneimittelverkäufer	164
„Nicht medizinische“ Gesundheitsangebote	166
Der pujari	168
Der kutukutuppanti	171

Der kotanki	174
Der mantiravati	176
Der Tempel.....	177
Volksmedizin – nattu maruntu.....	180
Hausmedizin	183
Knochensetzer – elumbu murivu vaittiyan	183
Tierbiss Heiler – kati vaittiyan	184
Gelbsucht Heiler – mancak kamalai vaittiyan.....	184
Hautkrankheiten Heiler – Tol viadu vaittiyan	185
Traditionelle Hebammen – maruttuvacci.....	185
Professionelle nattu maruntu vaittiyan	186
8. Die Professionalisierung von traditioneller Medizin – ein ethnographisches Beispiel.....	189
Die nattu maruntu der Vagri.....	193
Wahrnehmung und Konzeptualisierung der Vagri und ihrer Heiltradition.....	194
Die Vagri nattu maruntu vaittiyam: drei Porträts	200
Vergleich und Zusammenfassung der Porträts.....	208
9. <i>Health Seeking Behaviour</i> , Heilerwahl und Konzepte von Gesundheit und Krankheit.....	217
Einführung.....	217
Fallbeispiel 1: Krankengeschichte Vallarmadi	218
Fallbeispiel 2: Krankengeschichte Suresh	220
Fallbeispiel 3: Krankengeschichte Saravanan	223
Fallbeispiel 4: Krankengeschichte Selvam Kumar	226
Fallbeispiel 5: Krankengeschichte Gnanasundari	229
Fallbeispiel 6: Krankengeschichte Mallikai	230
Fallbeispiel 7: Krankengeschichte Ramesh	232
Fallbeispiel 8: Krankengeschichte Milatur	234
Fallbeispiel 9: Krankengeschichte Arukani.....	235
Fallbeispiel 10: Krankengeschichte Murugan.....	237
Krankenbiographie Savithri	239
Interview mit Frau Savithri	239
Zusammenfassung.....	267

10. Eine Evaluation zu Frequentierung und Präferenz von Gesundheitseinrichtungen auf der Basis einer Face-to-face Befragung	269
Gesundheitsprobleme	271
Frequentierung von Gesundheitseinrichtungen.....	274
Bewertung der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen.....	279
Inanspruchnahme der unterschiedlichen medizinischen Einrichtungen für Geburtsvorgänge.....	280
Inanspruchnahme der unterschiedlichen medizinischen Einrichtungen für Bronchialinfekte	281
Inanspruchnahme der unterschiedlichen medizinischen Einrichtungen für Fiebererkrankungen.....	282
Konzepte zu Gesundheitsprävention und Gesundheits- verbesserung	284
Zusammenfassung.....	286
11. Konklusion.....	289
Einführung.....	289

APPENDIX

Fragebögen.....	307
Kreisdiagramme	316
Abbildungen.....	326
Glossar.....	339
Liste der für die Kodierung verwendeten Krankheitsbegriffe.....	346
Bibliographie.....	347
Internetquellen	368
Register	371

1. Fragestellung

Diese Studie bietet dem Leser einen medizinethnologischen Ansatz zu Heilsystemen und Heiltraditionen, medizinischen Versorgungsstrukturen und zu Konzepten von Krankheit und Gesundheit in Tamil Nadu, Südindien. Es hat den Charakter eines an Beispielen und Fallstudien einführenden Buches, indem es ethnographisch die emische Perspektive von subalternen Bevölkerungsgruppen auf die Gesundheitslandschaft des ländlichen Tamil Nadus darstellt und in Zusammenhang mit indigenen Konzepten und Kategorien zu Gesundheit und Krankheit setzt. In diese Beschreibung sind auch die nicht formalisierten Heilpraktiken einbezogen, die in den offiziellen Gesundheitsstatistiken fehlen. Dieser ethnographische Teil bildet den Kontext für den analytischen Teil, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, die Bewertung und Annahme der unterschiedlichen Gesundheitsangebote im ländlichen Tamil Nadu zu kontextualisieren und zu analysieren.

Gesundheit in Indien ist ein wichtiges Thema, besonders im entwicklungspolitischen Diskurs: Morbidität, Kindersterblichkeit und Fertilitätsraten gelten als Indikatoren für Entwicklung und Fortschritt, und Indiens Gesundheitspolitik wird in direkten Zusammenhang mit wirtschaftlichem Wachstum gesetzt (Drèze und Sen 1995: 40).

Mangelnde Gesundheit und hohe Sterblichkeit werden als direkte Folge von schlechter medizinischer Versorgung, unsozialen Verteilungsstrukturen und mangelhafter Gesundheitsaufklärung gesehen. Wenig wird der allgemeinen Annahme entgegen gesetzt, dass, wenn die entsprechenden Gesundheitseinrichtungen da sind, die Ausgaben für den Gesundheitssektor steigen und die Gesundheitsaufklärungsprogramme gut funktionieren, sich auch die Gesundheit der Bevölkerung verbessert und die Lebenserwartung

steigt. Diese Annahme gründet sich auf die Erfahrung, dass eine positive Korrelation zwischen den Ausgaben für den Gesundheitssektor und den Gesundheitsindikatoren besteht. In dem entwicklungspolitischen Diskurs ist dabei mit Medizin in der Regel immer die Biomedizin¹ gemeint, andere medizinische Systeme oder Traditionen finden wenig, wenn überhaupt, Beachtung. Zwar gibt es Ansätze, traditionelle Medizin in die öffentlichen Gesundheitsprogramme zu integrieren und mit lokalen Heilern zusammenzuarbeiten (siehe zum Beispiel Nichter 2008; Wolf 2007), aber diese Ansätze bleiben dennoch der Biomedizin verhaftet. Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation/WHO) räumt selber ein, dass in einigen Ländern Afrikas und Asiens rund 80% der medizinischen Versorgung aus der traditionellen Medizin und nur 20% von der Biomedizin abgedeckt werden, und definiert traditionelle Medizin als

„the sum total of the knowledge, skills and practices based on the theories, beliefs and experiences indigenous to different cultures, whether explicable or not, used in the maintenance of health, as well as in the prevention, diagnosis, improvement or treatment of physical and mental illnesses. The terms complementary/alternative/non-conventional medicine are used interchangeably with traditional medicine in some countries“ (WHO 2000 General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine).

Das Anliegen der WHO ist es, die Sicherheit, Effizienz und Qualitätskontrolle der traditionellen Medizin zu gewährleisten, da die Entwicklung derselben in der Regel außerhalb der internationalen Standards und der angemessenen Methoden der Evaluation der Medikamente und Behandlungsmethoden stattgefunden hat.

Trotz des Interesses an der traditionellen Gesundheitsversorgung und der Erkenntnis, dass die traditionellen Angebote oftmals den öf-

1 Ich gebrauche im Folgenden den in der Medizinethnologie gebräuchlichen Terminus Biomedizin, der synonym zu Schulmedizin und Allopathie gebraucht wird.

fentlichen Einrichtungen vorgezogen werden, sind Studien hierzu eher selten. So ist das Zusammenspiel der respektiven lokalen Gruppen und Individuen mit den jeweiligen Gesundheitsmaßnahmen bisher wenig erforscht worden; außerdem gibt es kaum Studien, die sich mit der Wahrnehmung und Akzeptanz von öffentlicher Gesundheit befassen. Stattdessen wird weiterhin angenommen, dass ein entsprechend gutes Angebot an Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung auch zur Frequentierung derselben führe.

In Tamil Nadu hat sich in den letzten 10 Jahren das Angebot an öffentlichen Gesundheitseinrichtungen und Programmen merklich verbessert, vor allem durch die flächendeckende Einführung von größeren und kleineren Basisgesundheitseinrichtungen (*Primary Health Centre/PHC* und *Primary Health Subcentre/PHSC*). Die seit den 1950er Jahren bestehenden staatlichen Krankenhäuser (*Government Hospital*) und die Universitätskliniken (*Medical College*) wurden vergrößert und modernisiert, aber auch die Dichte an privaten Ärzten hat zugenommen. Als ich 1998 in Madukottai meine erste Forschung begann, war dort nur ein Arzt ansässig – und dieser war kein „echter“ Arzt, sondern ein *quack doctor*, der bei einem biomedizinischen Arzt viele Jahre als Gehilfe gearbeitet und sich dann nach einigen Jahren selbstständig gemacht hatte. Im Jahre 2009 gab es in Madukottai drei private Ärzte, ein staatliches Gesundheitszentrum, in dem an Wochentagen in den Morgenstunden ein Arzt, eine Krankenschwester und eine Laborantin zur Verfügung stand, und ein *Primary Health Subcentre*, das eine Apotheke, einen Entbindungsraum und einen Untersuchungsraum beherbergte. Die medizinische Infrastruktur hat sich dort in den letzten elf Jahren seit meinem ersten Besuch sichtbar gewandelt. Auch aus den Zensusdaten lassen sich eindeutig Verbesserungen der Gesundheitssituation ablesen: Die Kindersterblichkeitsrate ist in Tamil Nadu von 68/1000 in den späten 1980er Jahren auf 51/1000 in 2001 gefallen (Tamil Nadu Human Development Report: 46). Die Anzahl von Geburten, die in Anwesenheit von ausgebildetem Gesundheitspersonal (*skilled health per-*

sonnel) stattgefunden hat, ist im gesamten Indien von 34% im Jahre 1993 auf 43% im Jahre 2000 und 48% im Jahre 2006 gestiegen (siehe Internetquelle 1:108).

Eine der Fragen, die sich mir stellte, war, ob diese offensichtliche quantitative und qualitative Erweiterung des öffentlichen biomedizinischen Gesundheitssektors die anderen Gesundheitsangebote abgelöst oder obsolet gemacht hat. Dass dies nicht der Fall war, stellte sich schon bald heraus. In den ersten Gesprächen, die ich 2006 mit meinen Informanten führte, stellte ich fest, dass die staatlichen öffentlichen Gesundheitseinrichtungen eine hohe Wertschätzung bei der Bevölkerung erfahren und durchaus angenommen werden. Trotzdem werden diese kostengünstigen Einrichtungen nur in begrenztem Maße frequentiert und die vielen anderen vorhandenen Gesundheitsangebote – Hausmittel, die Volksmedizin, unterschiedliche traditionelle Medizinsysteme und die privaten Ärzte, die zum großen Teil mit sehr viel höheren Kosten verbunden sind als die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen – werden nach wie vor von der Bevölkerung in Anspruch genommen. Die Frage, die aus diesem Paradox entstand, war die nach der Konzeptualisierung und Bewertung des Gesundheitsmarktes seitens der tamilischen Bevölkerung. Einerseits wird in Gesprächen das öffentliche Gesundheitssystem gelobt und werden die öffentlichen Einrichtungen im Krankheitsfalle aufgesucht, andererseits zeigt sich aber in der Praxis, dass diese Einrichtungen nur begrenzt und auch nur für bestimmte Erkrankungen frequentiert werden. Eine weitere Frage, die sich stellte, war, ob es kasten- und klassenspezifische sowie altersbedingte Unterschiede in der Einschätzung und Inanspruchnahme der Angebote gäbe. Die Effektivität von gesundheitsfördernden Maßnahmen wird in der Public Health auf der Basis von statistischen Erhebungen und Mortalitätsraten und Morbiditätsraten gemessen. Ohne Zweifel reflektieren diese gesundheitsbezogenen statistischen Daten zu einem Teil

den Gesundheitszustand der Bevölkerung und lassen Rückschlüsse auf die Qualität und Verfügbarkeit der gesundheitlichen Versorgung zu. Aber das ist nur eine Hälfte der Geschichte. Diese Daten verraten nichts darüber, wie die Bevölkerung die Gesundheitsangebote wahrnimmt und beansprucht und warum sich der Gesundheitszustand einer Bevölkerung verbessert oder verschlechtert. Gesundheitsstatistiken messen körperliche Befindlichkeiten und Todesfälle, sie geben aber den Betroffenen, den Kranken und Gesundheitssuchenden keine Stimme, und sie erfassen nur die Erkrankungen, die in den öffentlichen Einrichtungen behandelt und registriert werden. Erkrankungen und Behandlungen, die außerhalb des formellen Sektors stattfinden, finden keinen Niederschlag in den Statistiken, die wiederum ausschlaggebend für die Planung von Gesundheitsprogrammen sind.

Mein Anliegen ist es, in diesem Buch die Bewertung und Inanspruchnahme der Gesundheitsangebote aus der Sicht der subalternen Gruppen der tamilischen Landbevölkerung darzustellen. Die Bezeichnung „subaltern“ bezieht sich auf die von Guha (1982) getroffene Gegenüberstellung von Elite auf der einen und Subalternen auf der anderen Seite. Der Begriff subaltern meint im gesundheitlichen Kontext jene Bevölkerungsgruppen, die zwar Subjekt der Gesundheitspolitik sind, aber nicht an der Planung und Ausgestaltung dieser teilhaben.

Ein zweiter Fokus meiner Arbeit ist die traditionelle Medizin. Ich beschreibe und untersuche indigene und alternative Heilpraktiken sowie Gesundheitskonzepte und beschreibe exemplarisch die Heiltradition einer ehemals peripatetischen Kastengruppe von marginalem Status, der Vagri. Diese Heiltradition hat in den letzten Jahren nicht nur eine Art Revival erlebt, sondern sich auch der neuen Marktsituation und der Entwicklung im Gesundheitssektor angepasst und dabei neue Wege in der Vermarktung und dem Verkauf eingeschlagen. Die Vagri-Heiler praktizieren sowohl auf dem Land als auch in den Städten. In Puduchery und Umgebung gibt es beispielsweise vier Vagri-Heilershops

(*bealershops*) – niedergelassene Heiler, die über einen Konsultationsraum verfügen – und es gibt überdies saisonweise Vagri-Heiler, die für kurze oder auch längere Zeiträume ihre Medizin am Straßenrand praktizieren. Die unterschiedlichen Fokusse dieser Arbeit, einerseits die traditionelle und die biomedizinische Gesundheitslandschaft im ländlichen Umfeld und andererseits die Vagri-Heiler im städtischen Raum, sind mit unterschiedlichen Orten der Feldforschung verbunden. Die Untersuchungen zur Perzeption und Akzeptanz der unterschiedlichen Gesundheitsangebote fand im Thanjavur-Distrikt bei der Landbevölkerung statt. Die Forschung zu den professionellen Vagri-Heilern dagegen wurde in Puduchery und Umgebung sowie in weiteren Städten Tamil Nadus durchgeführt.

In der vorliegenden Studie geht es also weder darum, eine Heiltradition im Detail zu beschreiben, noch wird untersucht, welche kulturellen Faktoren auf die Effizienz der biomedizinischen Versorgung einwirken. Stattdessen ist die vorliegende Arbeit auf den Patienten fokussiert und fragt, wie sich aus der Sicht des Erkrankten und seiner Familie die Gesundheitslandschaft und die Möglichkeiten, gesund zu werden, konstituieren. Dabei sind es unterschiedliche Leitfragen die dieser Studien zugrunde liegen: Was unternehmen Menschen, wenn sie selbst oder Familienangehörige krank werden? Wie erklären sie Gesundheit und Krankheit und welche Sinnzuschreibungen treffen sie? An wen wenden sie sich und warum? Welche Heiler, Ärzte, Krankenhäuser, öffentliche und private, medizinische und nicht medizinische Angebote, die Gesundung versprechen, gibt es? Wie diagnostizieren diese, wie erklären sie Gesundheit und Krankheit und wie behandeln sie die Patienten? Was kostet ihre Behandlung und wie legitimieren sie ihre Position innerhalb der medizinisch pluralistischen Angebotslandschaft?

Besonderes Augenmerk wird auf die Erklärungen von „Gesundheit suchendem Verhalten“ (*health seeking behaviour*) gelegt, welches nur im Kontext eines grundsätzlichen Verständnisses von einerseits emischen

Begriffen sowie Erklärungsmodellen von Gesundheit und Krankheit und andererseits der Angebotsstruktur auf dem Gesundheitsmarkt erfolgen kann. Gängige Theorien in der Medizinethnologie postulieren, dass kulturelle Konzepte und Erklärungsmuster auf das *health seeking behaviour* einwirken, dass aber auch logistische und ökonomische Faktoren bei der Wahl des Arztes oder Heilers eine Rolle spielen (Beals 1976; Begum 1996). Aber wie sieht dieses Zusammenspiel aus, wie wirken diese Faktoren zusammen und was bedeutet das für die konkreten Handlungen der Menschen? Wie wird die Biomedizin, wie das staatliche Gesundheitssystem wahrgenommen und angenommen? Wie wird mit dem pluralistischen medizinischen Angebot umgegangen und wie werden die unterschiedlichen medizinischen Traditionen evaluiert und konzeptualisiert? Welche Rolle spielen dabei sozio-ökonomische Faktoren, welche Rolle kulturelle, aber auch historische Faktoren?

Die Biomedizin galt als Instrument der Kolonialisierung und wird in vielerlei Hinsicht immer noch als Repräsentant des „Westens“ gesehen. So wird sie in Tamil Nadu gemeinhin als englische Medizin (*english medicine*) bezeichnet. In diesem Kontext haben auch indigene Heilmethoden einen neuen Aufschwung erfahren, indem sie an verloren geglaubte Traditionen anknüpfen und sich als Repräsentanten des wahren Tamil Nadus verstehen und somit auch Schauplatz von und Plattform für nationale und ethnische Identitätspolitik werden (Weiss 2009; Langford 2002).

Gesundheit ist aber auch ein Kostenfaktor – die staatliche Gesundheitsversorgung soll kostenfrei sein und damit allen Bevölkerungsgruppen gleichermaßen offen stehen. In der Praxis sind diese staatlichen Angebote für den Patienten trotzdem oftmals mit Kosten verbunden. Neben ökonomischen und auch logistischen Problemen, die es dem Individuum oder der Familie erschweren, medizinische Hilfe oder auch schon Prävention in Anspruch zu nehmen, sind es aber auch sozio-kulturelle Gründe, die das *health seeking behaviour*

als auch die Grundeinstellung zu Gesundheit, Krankheit, Körper und adäquater Gesundheitsvorsorge und Behandlung beeinflussen. Die Fragestellung dieser Arbeit positioniert sich in diesem Spannungsfeld zwischen sozio-kulturellen und ökonomischen Faktoren und versucht durch ethnographische Forschung, die Positionen und die emischen Konzeptionen derer aufzuzeigen, für die das öffentliche Gesundheitssystem in erster Linie gedacht ist.

Das erste Kapitel führt in die Fragestellung ein und diskutiert die Ausgangsthesen und die Motivation, die hinter dieser Studie steht. Das zweite Kapitel gibt einen Einblick in die Forschungssituation und erläutert die Methodologie. Das dritte Kapitel beschreibt das Forschungsfeld, es bietet einen kurzen geschichtlichen Abriss, gibt ferner Aufschluss über politische und sozio-ökonomische Strukturen der Region und beschreibt dann das Dorf, in dem ein Teil der Feldforschung durchgeführt wurde. Im vierten Kapitel werden die medizinethnologischen theoretischen Prämissen erläutert, die für die Forschung und die Analyse grundlegend waren: Konzepte zu *health seeking behaviour* und zu medizinischem Pluralismus. Das fünfte Kapitel gibt einen Überblick über die öffentliche Gesundheitsversorgung in Indien und die staatlich anerkannten medizinischen Systeme und Praktiken. Im sechsten Kapitel stelle ich die emischen tamilischen Konzeptionen zu Gesundheit und Krankheit vor. Die Gesundheitslandschaft – damit sind die Angebote, die dem Erkrankten zur Verfügung stehen, gemeint – werden in Kapitel sieben beschrieben. Die dynamische historische Entwicklung und die Bedeutung und Symbolik einer prominenten tamilischen *folk*-Heiltradition wird im achten Kapitel diskutiert. Im neunten Kapitel werden Fallstudien und Krankengeschichten vorgestellt und analysiert. Im zehnten Kapitel werden quantitative und qualitative Forschungsergebnisse zum Gesundheitsstatus und zu *health seeking behaviour* von den drei untersuchten Kastengruppen miteinander verglichen. Das elfte Kapitel fasst die Ergebnisse zusammen und diskutiert die Entwicklung der medizinischen Angebotslandschaft im

2. Forschungssituation und Methodologie

Ziel dieses Buches ist es, die Perspektive der statusniedrigen Kasten-
gruppen auf unterschiedliche Gesundheitsangebote und die Erfah-
rungen und den Umgang mit diesen im ländlichen Tamil Nadu zu
beschreiben und zu analysieren. Die Landbevölkerung, die in Tamil
Nadu 65% der Gesamtbevölkerung ausmacht (Tamil Nadu Human
Development Report 2001: 131), bildet den Fokus der Untersuchung.
Ich habe versucht, ihre Stimmen und Aussagen so viel wie möglich in
die vorliegende Studie mit einzubringen.

Zwischen 2006 und 2009 forschte ich insgesamt 13 Monate in
Tamil Nadu und Puduchery. Mit der Region Madukottai, einer länd-
lichen Gegend im Thanjavurdistrikt, war ich bereits durch meine
Promotionsforschung vertraut, die ich in insgesamt 16 Monaten zwi-
schen 1998 und 2003 durchgeführt hatte. Viele meiner Informanten
kannte ich bereits sehr gut, und so war der Eingang in das Feld etab-
liert. Die Promotionsforschung, die sich mit dem Konzept Kindheit
und dem Alltag von Kindern beschäftigte, hatte mich zwangsläufig
auch mit der Thematik der reproduktiven Gesundheit und Gesundheit
von Kindern in Berührung gebracht. Seit dem Beginn meiner ersten
Feldforschung habe ich erlebt, wie Menschen, die ich gut kannte, er-
krankten, gesundeten und auch zum Teil starben. Im Jahre 2006, in den
ersten zwei Wochen meines Forschungsaufenthaltes, wurde Chandra,
eine 52-jährige Kallarfrau, die für die Zeit meiner Forschung mit
uns lebte, von einer Katze gebissen. Chandra erzählte mir erst eine
Woche, nachdem sie gebissen worden war, von ihrer Verletzung, näm-
lich dann, als wir die Katze tot auffanden und der Biss sich entzün-
det hatte. Indien hat die höchste Tollwutrate der Welt und ich hatte
erlebt, dass Leute an Tollwut gestorben waren, und so fürchtete ich,

Chandra könnte mit Tollwut infiziert sein. Da wir nicht wussten, wann die Katze gestorben war, begann ein Wettlauf mit der Zeit, denn wenn Chandra infiziert worden wäre, wäre es für die HDC-Tollwut-Impfung (die inaktivierte Tollwutviren enthält, so dass nach der Impfung eine Antikörperproduktion beginnt), bereits zu spät gewesen. In solch einem Falle muss mit einem Tollwutimmunglobulin geimpft werden, der die Viren sofort abfängt. Eine sofortige Impfung mit Tollwutimmunglobulin verhindert eine mögliche Ansteckung und ist somit bis zu zwei Wochen nach Infektion ein sicherer Schutz.

Ich versuchte, Tollwutimmunglobulin über die Apotheke zu bestellen und sie damit impfen zu lassen. Das wurde zu einem schwierigen Unterfangen, denn weder die Apotheken in Puduchery noch die in Chennai hatten den Impfstoff vorrätig, also mussten wir ihn erst bestellen. Ich hatte Kontakt zu dem Institut für Tropenhygiene in Heidelberg aufgenommen, das mir kompetent weiterhalf und mich eindringlich vor dem indischen Impfstoff, der auf dem Markt war, warnte, da dieser als potentiell mit AIDS und Hepatitis verunreinigt galt.

Als ich der Ärztin in Heidelberg das Problem schilderte, meinte diese, ich solle meine Freundin ins Flugzeug setzen und ihr in einem Frankfurter Krankenhaus die Impfung geben lassen. Der Rat war gut, aber ohne Visum und Krankenversicherung nicht durchführbar. Deswegen mussten wir den einzigen anderen Impfstoff, der auf dem indischen Markt erhältlich war und der aus Israel stammte, bestellen. Das Bestellen erwies sich als schwieriger als gedacht: Zuerst wurde nur eine Dosis geliefert, wir brauchten aber, entsprechend dem Körpergewicht Chandras, drei Dosen. Zudem war eine Impfstoffampulle offensichtlich nicht gekühlt gewesen, – einer der längeren Stromausfälle und der kaputte Generator des Apothekers hatten die Kühlung unterbrochen – und so war nicht klar, ob der Impfstoff noch wirksam war. Aber auch nach Erhalt des Impfstoffes wurde es kompliziert, einen Arzt zu finden, der bereit war, diesen zu injizieren. Wir verbrachten daher einen Tag mit unseren Kühlpaketen, in denen der Impfstoff eingewickelt war,

in einem der privaten Krankenhäuser Puducherys, bis sich endlich eine Ärztin nach längeren Konsultationen mit ihren Kollegen bereit erklärte, die Impfung vorzunehmen. Von der Bestellung des Impfstoffes bis zur Verabreichung vergingen sieben Tage – Tage, die voller Sorge und Angst waren, denn wenn Tollwut einmal ausgebrochen ist, verläuft sie immer tödlich. Meine Tochter und ich waren gegen Tollwut geimpft, aber Chandra hatte noch nicht einmal eine Tetanusimmunisation. Die Geschichte ging gut aus. Chandra erhielt die Impfung. Sie entwickelte keine Infektion, und auch jetzt, nach knapp drei Jahren, ist sie kerngesund. Im Gegensatz zu mir war Chandra während unserer Fahrten von einem Arzt zum anderen und von Apotheke zu Krankenhaus und zurück ausgesprochen ruhig. Wäre das in ihrem Dorf geschehen, hätte sie nichts dergleichen unternommen. Vielleicht wäre sie wegen der Entzündung um die Bissstelle herum zur traditionellen Hundebiss-Heilerin gegangen oder zur Apotheke, um eine Wundheilsalbe zu kaufen, aber auch das nur vielleicht. Für mich war diese Woche emotional die intensivste Auseinandersetzung mit der Gesundheitslandschaft und Struktur in Tamil Nadu und sie zeigte überdeutlich, dass die Grundversorgung dort mittlerweile sehr gut ausgebaut ist, dass aber alles, was darüber hinausgeht, kompliziert und kostenintensiv ist. Dies war mein Einstieg in das Forschungsfeld. In dieser Woche lernte ich fünf verschiedene Krankenhäuser kennen, sprach mit einem Dutzend privater und staatlicher Ärzte und fand heraus, welche Apotheken Verbindungen nach Chennai und Bangalore hatten.

Diese Krankheitsepisode ereignete sich in Puduchery, wo ich einen Teil der Feldforschung verbrachte und zu den professionellen Vagri-Heilern forschte, und wo ich als wissenschaftlicher Fellow in das Projekt *Societies and Medicines in South Asia* am *French Institute Pondichery* eingebunden war. Ich hatte das Privileg inne, dort einen Arbeitsplatz zur Verfügung gestellt zu bekommen. In Puduchery bestand meine Forschung darin, bei den Vagri-Heilern zu hospitieren und bei Konsultationen und

Behandlungen dabei zu sein. Das war nicht immer einfach und möglich. Wenn es zum Beispiel um Krankheiten wie Impotenz ging, die von Seiten des Heilers Fragen nach Masturbation und den Besuch bei Prostituierten erforderlich machten, war meine Anwesenheit problematisch und zum Teil unerwünscht. Es gab einige Männer, die mit mir offen über diese Themen sprachen, aber das war nur außerhalb der Heilershops in einem privaten Umfeld möglich. Hier war mein Assistent David Chakravarti eine große Hilfe, denn er konnte problemlos bei den Konsultationen anwesend sein und mit den Männern über körperliche Befindlichkeiten reden.

Die Vagri-Heiler aus Puduchery, die den Fokus meiner Forschung dort bildeten, kamen alle aus der Gegend um Seyyar, im Norden Tamil Nadus. Deswegen fuhr ich tageweise dorthin, sprach mit den Heilern und ihren Familien und brachte in Erfahrung, in welchen Orten und Städten Tamil Nadus weitere Heiler aus Seyyar praktizierten. Fast alle Heiler haben Mobiltelefone, die sie für ihre Familien in Seyyar, ihre Verwandten in anderen Gebieten und auch für Kunden erreichbar machen. Ein Umstand, der für die Forschung sehr vorteilhaft war, denn so konnte ich eine Reihe von *healershops* in anderen Teilen Tamil Nadus ausfindig machen und besuchen.

Meine andere Station während der Forschung war das Dorf Madukottai im Thanjavur-Distrikt. Dort lebte ich, wie schon die Jahre vorher, mitten im Dorf, im Haus eines Freundes. Bei jedem meiner Aufenthalte kehre ich in dieses Haus zurück, und für die Menschen im Dorf wohne ich dort – eingeständenermaßen mit langen und vielen Unterbrechungen –, aber da sich ein kleiner Hausstand von mir dort befindet, steht außer Frage, dass ich immer wieder zurückkehren werde. In den letzten 11 Jahren waren, vor dem Hintergrund von wechselnden Wohn- und Arbeitsplätzen in fünf verschiedenen Städten, dieses Dorf und mein Zimmer dort die einzige räumliche Konstante.

Während meiner ersten Forschung hatte ich viele Male, der Bitte meiner Informanten folgend, diese in Krankheitsfällen in das Krankenhaus oder zum Arzt begleitet. Diese Erfahrungen waren von großem Wert in der jetzigen Forschung, denn diese gemeinsamen Erlebnisse schafften ein Band zwischen den Informanten und mir und bezogen mich in die Aktivitäten, die rund um Gesundheit und Krankheit stattfanden, automatisch ein. Viele der hier berichteten Krankheitsgeschichten erstrecken sich über einen längeren Zeitraum als die Forschung selbst, die drei Jahre vor Schreiben dieses Buches begann. Weiterhin erlaubt die 11-jährige Kenntnis des Feldes ein besseres Verständnis der Veränderungen der Gesundheitsstruktur und des Gesundheitsverhaltens. Mein Interesse für Gesundheit und Krankheit war bekannt und Berichte über Krankheitsepisoden und *health seeking behaviour* waren und sind ein üblicher Bestandteil der Unterhaltungen, die ich mit Informanten und Freunden führe.

Mein Interesse an den vielen Behandlungs- und Heilmethoden und Angeboten provozierte in einigen Fällen die Annahme, dass ich selber krank sei und einen besonders guten und effektiven Heiler suche. Ich stellte deshalb mein Forschungsinteresse immer am Anfang der Interviews und Befragungen dar und erklärte, dass es mir darum ginge, zu verstehen, wie die Befragten über Krankheit und Gesundheit denken und wie die Gesundheitsversorgung aufgestellt sei. Das wurde akzeptiert und auch geschätzt. Die von Ausländern entgegengebrachte Bewunderung von und das Interesse an der tamilischen Kultur sind bekannt, und im Selbstverständnis der „dravidischen Identität“ ist die tamilische Kultur als eine der ältesten und gelehrtesten Kulturen des Subkontinentes zu sehen (Pandian 1998).

Wie so oft bei problemzentrierten Forschungen, ist es für die Befragten von großem Wert zu wissen, ob die Forschung auch etwas an ihrer Situation verändern wird. Auf solche Fragen konnte ich leider nur sehr ausweichend antworten, da nicht abzuschätzen ist, wie und in welchem Maße diese Studie auf die Gesundheitsplanung in

der Forschungsregion Einfluss nehmen wird. Die teilnehmende Beobachtung beinhaltete, dass ich die Erkrankten zu den jeweiligen Heilern, Priestern (*pujari*), Ärzten oder anderen Stellen begleitete und bei den Konsultationen und Behandlungen (so weit möglich) anwesend war. Ich nahm an den Gesprächen der Erkrankten mit ihren Familien teil und wurde manchmal auch selbst um Rat gefragt, wenn es darum ging, weitere Behandlungsschritte festzulegen. Noch öfter wurde ich darum gebeten, mich an den Kosten für die Behandlung zu beteiligen, eine Forderung, der ich immer nachgekommen bin. In den letzten drei Jahren hat die Zahl der Krankenversicherten in Indien stark zugenommen, und einige meiner Freunde und Kollegen in Puduchery und Chennai sind krankenversichert, jedoch in dem Dorf ist die Situation anders: Keiner der Dorfbewohner, mit denen ich im Rahmen der Forschung Kontakt hatte, besaß eine Krankenversicherung und so stellen Arzt- und Medikamentenkosten eine zusätzliche Belastung dar, die schnell in Verschuldung resultieren kann. Insofern hatten meine Informanten einen direkten Nutzen aus meiner Anwesenheit – und ich beteiligte mich gern an den Kosten, die für europäische Verhältnisse eher gering zu sein scheinen. Meine Präsenz verlieh den jeweiligen Besuchen und Konsultationen zudem einen bestimmten Charakter. Man fragte mich und meine Informanten, warum ich den Erkrankten begleitete, was ich wolle, wo meine Familie sei und viele andere Fragen, die oftmals vor der Konsultation beantwortet werden mussten. Ich antwortete darauf, dass ich ein Interesse an der Gesundung der jeweiligen Person habe, mich für die jeweilige Heilpraxis interessiere und darüber ein Buch schreiben werde. Diese Antwort genügte in der Regel. Es ist bekannt, dass es Europäer gibt, die sich für die Gesundheit der Armen einsetzen. Im Allgemeinen wurde deshalb meine Begleitung sehr positiv aufgenommen. Bei den Konsultationen hielt ich mich zurück und vermied Zwischenfragen. Im Anschluss an die Konsultationen führte ich, wenn die Zeit und die Bereitschaft da waren, Interviews mit den jeweiligen Behandelnden. Zusätzlich ging ich, wenn ich krank wurde,

Health Centre verlegt, so dass die Eltern von da an in der geschützten Atmosphäre der öffentlichen Einrichtung, unter der Obhut des Arztes und der Anwesenheit des restlichen Personals, die Kinderprämie kostenfrei beantragen konnten. Dieses Ereignis führte zu Spannungen zwischen der Dorfkrankenschwester und der Dorfbevölkerung.

Ein weiterer Konfliktpunkt ist die Weigerung einiger Frauen – und dies sind in diesem Kontext vor allem Vagri-Fauen – im Krankenhaus oder dem *Primary Health Centre* zu entbinden. Der Gesundheitszustand der Vagri, aber auch der anderen Gruppen, hat direkten Einfluss auf die Reputation der Dorfkrankenschwester und folglich auch auf die des Distriktes – eine hohe Mütter- und Kindersterblichkeit wird als professionelles Versagen der Dorfkrankenschwester gewertet. Die Bediensteten der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen sollen als Sprecher für und Beschützer von den Schwachen und Armen eintreten. Was aber, wenn diese sich selbst bestimmen wollen? Die Vagri sind Entbindungen im Krankenhaus abgeneigt, und so finden viele Geburten immer noch zu Hause statt. Daraus entsteht ein Interessenkonflikt. Einerseits sollen die Vagri ihre Selbststimmung erhalten. Vor allem sollen die Frauen im Rahmen der Mitwirkungsmöglichkeit-Programme zu einem Leben, welches geprägt ist durch Selbstbestimmung und Emanzipation, ermutigt werden. Wenn diese Selbstbestimmung aber nicht in Fortschrittlichkeit (*forwardness*), sondern in Rückständigkeit (*backwardness*) resultiert, dann führt das andererseits zu Konsequenzen für die, die vom Staat für die Erzeugung von *forwardness* und allgemeiner Gesundheit beauftragt und angestellt sind und deren Interesse es folglich ist, die Nutzung der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen zu propagieren.

Dieser Konflikt war bei der Forschung spürbar. Zum einen gab es eine unausgesprochene Befürchtung, meine Untersuchung könnte Ergebnisse erbringen, die die Dorfkrankenschwester und die Angestellten des *Primary Health Centre* in einem schlechten Licht erscheinen lassen. Zum anderen wollten die Angestellten mir helfen, die

von mir gewünschten Informationen zu erlangen. In diesem Szenario war es von hohem Wert, einen Assistenten zu haben, der nicht aus dem Dorf kam und so mit keiner Seite verbündet oder ihr verpflichtet war und dem gegenüber alle Interessengruppen ihre Meinung und zum Teil Unmut über die anderen Akteure mitteilen konnten. Es gab offizielle und inoffizielle Berichte und Geschichten über die Gesundheitssituation, die Probleme und die Arbeit. Bei den inoffiziellen Berichten musste ich mein Aufnahmegerät ausschalten und versprechen, keine Details über das Gesagte weiterzugeben. Im offiziellen Diskurs wurde niemals direkte scharfe Kritik an Patienten oder Gesundheitspersonal geäußert. Die übereinstimmende Meinung war, dass die Gesundheitssituation der Gruppen in der Region nicht perfekt sei, aber in den letzten Jahren dank der Anstrengungen und der Verbesserungen der Gesundheitseinrichtungen sehr viel besser geworden wäre. Und das stimmt ja auch, wie sich an den Gesundheitsindikatoren ablesen lässt: Die Geburtenrate ist gesunken, die Mütter- und Kindersterblichkeit zurückgegangen, die Lebenserwartung ist gestiegen und Krankheiten wie zum Beispiel Polio oder Pocken sind weitgehend verschwunden.

Bei unserem ersten Gespräch sagte die Dorfkrankenschwester über die Vagri: „They are good people, but we have to lift them and help them to get better even.“¹ Ich bin überzeugt, dass diese Aussage auch so gemeint war. Aber die Beziehung zwischen Dorfkrankenschwester und den Dorfbewohnern hat viele Facetten, und es gab auch andere Aussagen über die Vagri. Bei einem späteren Treffen, das in ihrem Haus stattfand, bat sie mich, das Aufnahmegerät auszuschalten und äußerte ihren Ärger über die Vagri, ihren Widerwillen gegenüber den nicht-vegetarischen Essgewohnheiten und die ihrer Ansicht nach fehlende Körperhygiene der Vagri, die ihrer Meinung nach ursächlich für gesundheitliche Probleme wie DiarrhÖe, Hautekzeme und vaginale

1 „Sie sind gute Menschen, aber wir müssen sie fördern und ihnen helfen noch besser zu werden“ (meine Übersetzung).

Entzündungen waren. Für sie waren die Vagri starrköpfig, unbelehrbar und zu rückständig, um an dem allgemeinen Fortschritt Tamil Nadus teilhaben zu können. Diese Position war verständlich, denn sie war wiederholt für das Verhalten der Vagri abgemahnt worden, ohne dass sie sich ein Fehlverhalten vorwerfen konnte. Die Tatsache, dass noch immer viele Vagri-Frauen es bevorzugten, im Haus zu entbinden, liegt in den Augen der Dorfkrankenschwester in ihrer Tradition und fehlenden Einsicht und nicht in der Situation der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen begründet.

Aber auch die Dorfbewohner äußerten sich sehr unterschiedlich über die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen und ihre Erfahrungen, je nachdem, wo und mit wem diese Gespräche stattfanden. Befragungen, die wir im Patientenwartebereich des *Primary Health Centre* – durchführten, ergaben durchgehend ein positives Bild des *Primary Health Centre* und des staatlichen Krankenhauses (*Government Hospital*). Befragungen im Dorf, in der privaten Atmosphäre des Hauses oder der Veranda führten zu einem differenzierteren Bild, in dem auch Kritik an dem System der Bestechung und der schlechten und herabwürdigenden Behandlung gegenüber statustiefen Kastengruppen als auch der fehlenden Effektivität der Medikamente geübt wurde. Dorfbewohner und Gesundheitspersonal stehen in einer Beziehung gegenseitiger Abhängigkeit. Konflikte werden daher selten offen ausgetragen, man arrangiert sich und versucht, im öffentlichen Raum miteinander auszukommen. Aufgrund dieser Tatsache war ich bemüht, die Konflikte und Spannungen, die im Laufe der Forschung ans Tageslicht kamen, nicht offenzulegen, denn alle Seiten äußerten ihre Kritik nur unter dem Vorbehalt der Diskretion. Diese Konflikte sind ein wichtiger Teil der Forschung und wurden mir mitgeteilt, weil meine Informanten diese Informationen weitergeben wollten. Aber ich möchte trotzdem den Bitten der Informanten nachkommen und Verschwiegenheit bewahren. In den folgenden ethnographischen Beschreibungen sind deshalb

die Namen und Orte anonymisiert, um zu verhindern, dass die einzelnen Personen zurückverfolgt werden können.

Bevor ich näher auf die angewendeten Methoden eingehe, möchte ich noch einige Worte zu dem Feld sagen. Die klassische Dorfstudie wurde in der Ethnologie von einigen Autoren kritisiert und als Auslaufmodell deklariert, vor allem weil „das Dorf“ oder „die traditionelle Gesellschaft“ als Kunstprodukt gelten (Appadurai 1996; Gupta und Ferguson 1992; Tsing 1994). Appadurai plädiert dafür, die *imagined lives* der Untersuchten mit in die Forschung einzubeziehen und dem Umstand, dass unser Forschungsort eine *deterritorialised world* (Appadurai 1996: 54) geworden ist, gerecht zu werden, und er schreibt weiter: „Ethnography must redefine itself as that practice of representation that illuminates the power of large scale imagined life over specific life trajectories“ (Appadurai 1996: 55). Der Wunsch nach einer *Large-scale*-Ethnographie führte dazu, dass eine *Multi-sited*-Ethnographie propagiert wurde, weil, wie Marcus argumentierte,

„the multi-sited challenge of ethnography, that is becoming delocalised disrupts conventions of ‚being there‘ – does not lead to a merely mobile ethnography following processes through sites, but evokes ethnography itself as composed of networked, rhizomic, viral knowledge processes. [...] the engaged reflexive subject, who cannot be a mere informant or subject of research, but in some sense, must become involved in its intellectual work and scope; the multi-sited arena of fieldwork as networked knowledge sites the ethnography of which is both thick and thin, and is patterned by very politicized relations of collaboration; and ultimately the inclusion of reception itself as an object or site of fieldwork--these together constitute an ethnographic baroque today that would move us beyond what the exemplary ethnographic textual form has come to in its past messiness...“ (Marcus 2007: 1132).

Die Bewegung von der stationären hin zur *Multi-sited*-Ethnographie soll sicherstellen, einerseits Prozessen von Globalisierung, die auf Lokalitäten einwirken, gerecht zu werden und dass andererseits der „Enträumlichkeitsprozess der Untersuchungsgegenstände“ (Nieswand

2009: 76) Berücksichtigung findet. Die Debatte um die *Multi-sited-Ethnographie* ist nicht wirklich so weit geführt worden, als dass sie in eine Methode gemündet wäre, wie einst die auf teilnehmender Beobachtung beruhende Dorfstudie (Marriott 1969). Die Forderung, den globalen Netzwerken und den Ideen der Untersuchten zu möglichen Lebenswegen gerecht zu werden, ist im Angesicht der Globalisierung allerdings berechtigt. Auch in Madukottai sind die Folgen der Globalisierung sichtbar. Viele junge Männer arbeiten im Ausland, vor allem in den Golfstaaten, und durch Fernsehen und Medien kennen die Dorfbewohner auch andere Lebenswelten als nur die der Bewohner ihres Dorfes. Wichtig ist auch im Blick zu behalten, dass die Verbreitung und Etablierung von Public Health und Biomedizin ein wichtiger Teil von Globalisierungsprozessen ist. Die Professionalisierung der Vagri-Heiler findet innerhalb der Strukturen des lokalen und globalen Gesundheitsmarktes statt. Die staatliche Gesundheit in Tamil Nadu ist Teil von Globalisierungsprozessen: Internationale Gesundheit und Public Health werden durch die Weltgesundheitsorganisation gesteuert und verwaltet. Die Biomedizin und die mit ihr verbundenen Konzepte zu Körper, Gesundheit und Krankheit, zusammen mit den Ideen der Gesundheitsaufklärung, die sich in vielen Gesundheitskampagnen artikulieren, sind mittlerweile in der gesamten Welt zu finden. In dieser Hinsicht ist diese Studie auch mit Prozessen der Globalisierung befasst, denn die Annahme von und die Sicht auf die Public Health zeigt exemplarisch den Umgang der Bevölkerung mit globalen Verwaltungsstrukturen (z.B. Basisgesundheitsversorgung²) und Inhalten

2 Das ultimative Ziel der Basisgesundheitsversorgung (*Primary-Health-Care*) ist eine bessere Gesundheit für alle. Die WHO hat für das Erreichen dieses Zieles fünf Schlüsselfaktoren identifiziert: „1. reducing exclusion and social disparities in health (universal coverage reforms); 2. organizing health services around people’s needs and expectations (service delivery reforms); 3. integrating health into all sectors (public policy reforms); 4. pursuing collaborative

Zugehörigkeit und sozialem Raum sind das Dorf (*uur*) und die Familie (*contam*) wichtige Orientierungs- und Identifikationspunkte (Daniel 1984). Hinzu kommt, dass die indische Landbevölkerung zudem, entgegen der Globalisierungsthese, erstaunlich sesshaft ist (siehe auch Münster 2007). Eine dorfzentrierte Konzeptualisierung der tamilischen Gesellschaft entspricht eher dem tamilischen Selbstverständnis von Identität und Herkunft als eine de-lokalisierte, *multi-sited* Ethnographie (die eurozentrische Ideen von Globalisierung aufgreift) und ist damit meiner Ansicht nach immer noch ein adäquater Ansatz, um gesellschaftliche Prozesse innerhalb einer Lokalität und darüber hinaus zu beschreiben. Trotz, oder vielleicht gerade wegen der globalen Dimensionen der Forschungsthemen, bildet das Dorf deshalb in dieser Studie den Ausgangspunkt der Feldforschung, aus dem heraus sich weitere Feldforschungsorte ergeben haben wie das *Primary Health Centre*, das *Government Hospital*, verschiedene Tempel und Orte, zu denen die Menschen aus dem Dorf eine Beziehung haben und eben auch die im Bundesstaat weitflächig arbeitenden Vagri-Heiler.

Zwei weitere Kritikpunkte an der ethnographischen Forschung und der Positionierung des Forschers im Feld möchte ich kurz diskutieren. Der erste betrifft das Thema Reflexivität und bezieht sich auf das Postulat der 1970er Jahre, welches verlangte, dass die Person des Forschers in der Ethnographie thematisiert werden müsse (Rabinow 1977; Dumont, J.P. 1978). Der zweite Kritikpunkt betrifft die Idee des *othering* (Marcus und Fischer 1986), die, ausgelöst durch die von Geertz eingeleitete „interpretative Wende“, in ethnographischen Texten nur mehr subjektive und individuelle Konstruktionen von einer exotischen Gegenwelt sieht und diese Texte nicht so sehr als wissenschaftliche, sondern vor allem literarische Texte versteht.

Beide Kritikpunkte, die sich vor allem an die epistemologische Grundlage der ethnologischen Forschung und die darauf aufbauenden Methoden wenden, müssen ernst genommen werden.

Die Präsenz des Forschers verändert das Untersuchungsfeld, und solche Faktoren wie Herkunft, Alter, Gender oder Familienstand wirken sich auf die Forschung aus und bestimmen bis zu einem gewissen Grade die Daten, die der Forscher erheben kann und die ihm von den Informanten zur Verfügung gestellt werden. Konstante Reflexivität während der Forschung ist unabkömmlich zur Evaluierung der Ergebnisse, wie mir selber schnell bewusst wurde: Nachdem es sich im Dorf herumgesprochen hatte, dass ich an Krankheiten interessiert sei und mich an den finanziellen Kosten zur Behandlung beteiligte, kamen viele Leute zu mir, die sich erhofften, dass ich ihnen Geld für die Behandlung geben oder sie ins Krankenhaus begleiten würde. So entstand auch eine gewisse Erwartungshaltung. Es gab Tage, da schien jeder, der mit mir redete, schwer krank zu sein. Ich hatte das Gefühl, die Leute im Dorf reagierten auf meine Forschung, indem sie mir Geschichten und Befindlichkeiten berichteten, von denen sie annahmen, dass ich sie hören wollte. In einem gewissen Sinne geriet ich dadurch in die Rolle der „Samariterin“, eine Rolle, die nicht immer einfach war, die sich aber in dem gegebenen Kontext nicht vermeiden ließ. Ich nahm diese Rolle an und versuchte, sie selber auszugestalten, auch indem ich immer wieder auch auf meine Rolle als Forscher rekurrierte.

In gewissem Sinne erzeugte diese Rolle auch das, was ich oben als zweiten Kritikpunkt angesprochen habe – eine Form von *othering*, einen Rollendualismus, in dem sich meine Forschungsobjekte als krank und arm und ich mich als gesund und reich repräsentierte. Dies änderte sich schnell, als ich selber krank wurde und plötzlich auf Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen angewiesen war, der ökonomische Unterschied aber blieb. Diese Rollen erzeugten Verhaltensmuster auf beiden Seiten – die Informanten, die vor allem über Krankheiten berichten und die Ethnologin, die sich um die Kranken kümmert und alle Informationen aufnimmt. Die Beziehungen sind asymmetrisch – in Bezug auf den wirtschaftlichen und sozialen Status –, aber diese Asymmetrie ist ein unabänderlicher Teil einer solchen Forschung.

Im Kontext des ländlichen Tamil Nadus wäre es vollkommen absurd, wollte ein westlicher Forscher die Unterschiede, die in Bezug auf Status und Einkommen bestehen, negieren oder ausbalancieren. Der weiße Mann (*vellaikaran*) oder in meinem Fall die weiße Frau (*vellaikari*) steht für eine andere Welt, und die vielen Unterschiede, die zwischen den Dorfbewohnern und mir existieren, waren immer präsent. Ein vollkommenes Eintauchen war nur bedingt möglich, meine Rolle im Dorf war die eines Bewohners, der aber klar zu einer anderen Kaste (*jati*) gehört. Diese Anerkennung von Unterschieden heißt nicht, dass man sich nicht respektierte oder mochte, im Gegenteil, gerade durch die Anerkennung dieser Unterschiede zwischen den Vagri, Mutturaja, Kallar, Parayar und dem *German* bekam ich eine klare Identität und Position zugewiesen, und erst dadurch wurde ein Umgang möglich. Ich habe versucht, die Rollen und Positionen so offen wie möglich darzustellen und sie in der Interpretation der Daten berücksichtigt. Meine Position in dem Dorf war eine sehr spezielle, und so ist auch mein Blickwinkel auf die Gesundheitslandschaft von meinem wissenschaftlichen Erkenntnisinteresse geprägt, welches sich auf Theorien und Konzepte der Ethnologie und der Medizinethnologie stützt. Die Sicht der Dorfkrankenschwester, des Heilers oder des hinduistischen Priesters (*pujari*) auf die Gesundheitslandschaft ist natürlich eine ganz andere. Die Methodik ist deshalb so ausgelegt, dass die Ansichten und Einschätzungen der unterschiedlichen Gruppen und Individuen in den folgenden Ausführungen thematisiert werden. In den Krankengeschichten, aber auch den generellen Beschreibungen soll die Mehrstimmigkeit (*multivocality*) (Rodman 1992) des Feldes berücksichtigt werden. Die teilnehmende Beobachtung war eine der zentralen von mir verwendeten Forschungsmethoden, die von strukturierten und unstrukturierten Tiefeninterviews ergänzt wurde. Für die strukturierten Interviews habe ich den von Weiss (Weiss 1997) entwickelten *Explanatory Model Interview Catalogue* (EMIC), der epidemiologische und ethnologische Forschungsmethoden integriert, sowie das

3. Das Forschungsfeld

Einführung

Die Forschung, die dieser Studie zugrunde liegt, fand an unterschiedlichen Orten statt. Die Forschung über die professionellen Vagri Heiler wurde in Puduchery und Umgebung sowie in anderen Ballungsgebieten, in denen die Heiler ihre *healershops* eröffnet hatten, durchgeführt. Die Forschung zu *health seeking behaviour* sowie zu Gesundheits- und Krankheitskonzeptionen fand im Thanjavur Distrikt, und zwar im Dorfkomplex Madukottai¹ und Umgebung statt.

Im Folgenden gebe ich einen knappen Überblick über die Geschichte und die Sozialstruktur Tamil Nadus. Im Anschluss daran stelle ich kurz die drei Kastengruppen vor, die sowohl in Bezug auf *health seeking behaviour* als auch auf Gesundheits- und Krankheitskonzepte untersucht worden sind: die Vagri, die Mutturaja und die Paraiyar. Die medizinischen und nicht-medizinischen Angebote kommen aus der gesamten Gesellschaft und werden von Mitgliedern aller Kastengruppen genutzt. Die Kapitel, die die medizinische Landschaft und Konzeptionen von Gesundheit und Krankheit behandeln, beziehen sich deshalb auch auf andere Kastengruppen. Diese sind hier allerdings nicht mehr einzeln aufgeführt, sondern werden in der generellen Dorfbeschreibung mit abgehandelt.

Sozialstruktur in Tamil Nadu – Geschichte und Gegenwart

Tamil Nadu, der südwestlichste Staat Indiens, beherbergt eine Vielfalt an geographischen Klimazonen. Die Küstenregionen und die Fluss-

1 Madukottai ist ein Pseudonym; auch die Namen von Personen wurden durch Pseudonyme ersetzt.

regionen werden vor allem landwirtschaftlich mit dem Anbau von Reis, Erdnüssen, Ölsamen; Bananen, Mangos und Tapokia genutzt. Die Regionen im Westen und Norden Tamil Nadus sind durch die westlichen und nördlichen Ghats, Hügelketten von bis zu 1.000 Metern Höhe, gekennzeichnet, wo vornehmlich Kaffee, Tee, Gewürze und Früchte angebaut werden.

Tamil Nadu weist eine mehr als sechstausend Jahre alte dokumentierte Geschichte auf. Es gab vier große Herrscherdynastien, die Tamil Nadu regierten: die Cholas, Cheras, Pandyas und Pallavas. Die Cholas etablierten zwischen 100 A. D. und 200 A. D. ihre Herrschaft und schufen ein weitreichendes Bewässerungssystem in der tamilischen Ebene. Dadurch wurde die Basis für eine ganzjährige Bewirtschaftung der Felder geschaffen. Dies führte wiederum zur Besiedlung durch landlose in der Landwirtschaft tätige Kastengruppen, die in der Regel zu den unteren Kasten und den kastenlosen, den als „unberührbar“ bezeichneten, Gruppen gehören. Um 500 A. D. wurden die Cholas von den Pallavas verdrängt. Im 9. Jahrhundert kamen sie aber wieder an die Macht und beherrschten danach weite Teile Südindiens und Südostasiens. In Thanjavur, der Hauptstadt der Cholas, entstanden der Königspalast und der große, auch als *periyakovil* bezeichnete, Brihadishwara Tempel, der gleichzeitig als Fort und als Aufenthaltsstätte des Militärs diente. Die Cholas bauten ein weitreichendes Netz von Handelsbeziehungen auf und schufen ein hoch entwickeltes Steuersystem mit einer Administration, in der allerdings die Dörfer als quasi autonome Einheiten bestehen blieben. Aus dieser Zeit stammt die bis heute existierende Aufteilung in geographische Bezirke, die *nadu* genannt werden. Diese Aufteilung hat sich zum Beispiel noch in den traditionellen Heiratsbezirken erhalten. Das Chola-Reich zerbrach im 13. Jh. und das tamilische Land wurde von der Vijayanagar-Dynastie, die vom heutigen Andhra Pradesh aus Südindien eroberten, regiert. Als das Vijayanagar-Reich zerfiel, entstanden kleine Königtümer, die sich für unabhängig erklärten und gegeneinander kämpften. Im Jahr 1639

baute die *East India Company* ihre Handelsmacht in Indien auf und bald darauf begann die Kolonialherrschaft durch die Briten, die nach und nach ihre Herrschaft auf die *Madras Presidency* ausweiteten, die zusätzlich zu dem Gebiet, welches das heutige Tamil Nadu ausmacht, Teile des heutigen Kerala, Karnataka und Andhra Pradesh mit einschloss. Die Franzosen stellten ebenfalls schon früh koloniale Ansprüche an das südindische Gebiet und bauten ihre Handelsbeziehungen ausgehend von der Koromandelküste und dem heutigen Puduchery aus. Aber erst nach langwierigen militärischen Auseinandersetzungen mit den Briten erhielt Frankreich im Jahre 1816 die alleinige Kontrolle über das damalige Pondichery und seine Enklaven.

Nach der Erlangung der Unabhängigkeit im Jahr 1947 entstanden aus der *Madras Presidency* die heutigen vier südindischen Staaten. Madras wurde zur Hauptstadt Tamil Nadus, die Gebiete von Pondichery blieben allerdings unter französischer Autorität und Verwaltung bis zum Jahre 1962, als der bereits 1956 geschlossene Vertrag, der den Anschluss Pondicherys an die indische Union festlegt, in Kraft trat.

Tamil Nadu ist heute in 32 Verwaltungsdistrikte mit 152 Kommunen unterteilt. Der Unionsstaat Puduchery (im Jahre 2006 wurden die Stadt und der Unionsstaat Pondichery offiziell in Puduchery umbenannt) besteht aus fünf Distrikten, die sich über die einzelnen Enklaven erstrecken. Die Stadt Puduchery, die das Zentrum und den größten Teil des Unionsstaates ausmacht, ist in acht Kommunen (*municipalities*) aufgeteilt.

Sowohl in Puduchery als auch in Tamil Nadu ist Tamil die Umgangssprache und offizielle Sprache, neben Englisch in Tamil Nadu und Französisch in Puduchery.

Die wasserreichen Gegenden in der Kaveriebene werden vor allem landwirtschaftlich genutzt. Reis ist die Hauptanbaupflanze und diese Gegend wird daher auch die „Reisschale“ Indiens genannt. Der Großteil der heutigen Bevölkerung des Flachlands gehört den unteren Kasten an, die bis zur Unabhängigkeit in unterschiedlichen Lehnverhältnissen

zu den Land besitzenden dominanten Kasten (Srinivas 1952) standen. Die traditionelle Gesellschaft in Tamil Nadu bestand aus den dominanten kriegerischen Kasten, die, vom König eingesetzt, das Land mithilfe von Leibeigenen bewirtschaften und die politische Macht innehatten. Diese Leibeigenen (*atimai*) waren die „Unberührbaren“, die sich heute Dalits nennen und die der Staat als *Scheduled Caste* listet.

Den landlosen Kasten wurde durch spezielle staatliche Programme das Land, auf dem sie lebten, überschrieben, und Siedlungsprogramme sowie Landprogramme halfen, die fortschreitende Verarmung der Landbevölkerung zu verhindern. Mittlerweile haben sich Teile der Landbevölkerung in eine Art untere Mittelklasse transformiert (Kapadia 1996), die neben der Landwirtschaft auch in anderen Sektoren arbeitet und wirtschaftet. Trotzdem sind immer noch 65 % der Bevölkerung in der Landwirtschaft tätig und von dieser abhängig. Das Einkommen eines landwirtschaftlichen Tagelöhners beträgt zwischen 120 und 150 Rupien² pro Tag. Ausfälle, die durch Krankheiten, Elternschaft oder andere Gründe entstehen, sind aber nicht abgedeckt. Prozentual leben in Tamil Nadu 22 % der Bevölkerung unterhalb der Armutsgrenze (*below poverty line* / BPL), die meisten davon auf dem Land oder in den Slums der großen Städte. Die Situation in Puduchery ist anders. In der Stadt Puduchery gibt es einen relativen Wohlstand; außerhalb der Stadt ist die Situation ähnlich wie die Tamil Nadus. Auch hier leben circa 20 % der Bevölkerung unterhalb der Armutsgrenze (siehe Internetquelle 3³).

Seit der wirtschaftlichen Öffnung Indiens Anfang der 1990 Jahre haben sich Tamil Nadu und Puduchery rasant verändert. Chennai ist mittlerweile eines der großen wirtschaftlichen Zentren in Indien geworden mit einer wachsenden Software- und Computerindustrie. Im

2 Ein Euro ist umgerechnet circa 60 Rupien (2009).

3 Tamil Nadu Government, Department of Evaluation and Applied Research. Economic Appraisal 2006-2007.

Umland Chennais wurden in den letzten Jahren neue Industriezonen geschaffen, die ausländische Firmen wie Nokia, IBM oder Daimler beherbergen. Puduchery ist ein beliebter Touristenort und hat immer noch eine hohe französische Präsenz. Puduchery gilt heute als eines der Zentren für Bildung in Südindien, mit einer zentralen Universität (*Central University*), mehreren medizinischen Hochschulen und anderen Institutionen der höheren Bildung. Puduchery verfügt über eine ausgezeichnete Gesundheitsversorgung, das *General Hospital* im Zentrum der Stadt gilt als eines der besten Krankenhäuser in Tamil Nadu und wird auch von vielen Bewohnern außerhalb Puducherys frequentiert.

In der Zeit nach der Unabhängigkeit hat ganz Indien eine extreme Bevölkerungssteigerung erlebt: Wurden 1950 noch 357 Millionen Einwohner gezählt, so waren es 2005 1130 Millionen (siehe Internetquelle 4⁴). In Tamil Nadu wuchs die Bevölkerung von circa 30 Millionen im Jahre 1951 auf 41 Millionen im Jahre 1971 und auf 63 Millionen im Jahre 2001.

Die Landbevölkerung Tamil Nadus, die sich zum größten Teil aus unteren Kastengruppen zusammensetzt, hat weiterhin, trotz des sichtbaren Aufschwungs in den städtischen Gebieten, mit Armut, Analphabetentum, relativ hoher Kindersterblichkeit und schlechten Hygiene- und Gesundheitsbedingungen zu kämpfen. Zusätzlich zu den *Millenium Development Goals* (siehe Fußnote 4, Kapitel 1), die auf internationaler Ebene formuliert und angenommen worden sind, hat Indien sich eigene entwicklungspolitische Zielsetzungen erstellt in der Form von Fünf-Jahres-Plänen, dem *Human Development Plan*. Parallel zu dem *Human Development Plan* gibt es einen *Human Development Index*, der als Messinstrument des allgemeinen Fortschrittes intendiert ist. Diese Pläne befassen sich mit den Themen Armut, Bildung, Gesundheit, Frauen und Kinder, Infrastruktur und Umwelt (siehe Internetquelle 5).

4 UN World Population Prospects, the 2008 Revision Population Database.

Durch die vielfältigen internationalen und nationalen Entwicklungsprogramme haben sich die soziodemographischen Faktoren in Tamil Nadu in den letzten Jahrzehnten verbessert: die Lebenserwartung ist gestiegen, die Kinder- und Müttersterblichkeit und die Geburtenrate sind gesunken, auch hat sich die Analphabetenrate verringert (siehe Internetquelle 3⁵).

Die Gesellschaftsordnung hat sich diesen rasanten Veränderungen nicht in gleicher Weise angepasst. vielerorts bestehen die traditionellen Macht- und Verwaltungsstrukturen parallel zu den modernen nationalstaatlichen Strukturen (Headley 2007a).

Das Kastensystem, welches interessanterweise gerade im ländlichen Tamil Nadu von Ethnologen und Sozialwissenschaftlern untersucht und dokumentiert wurde (Dumont 1986; Moffatt 1979; Deliege 1997; Beteille 1966; Gough 1981; Kapadia 1996), hält nach vor wie die Gesellschaft im Griff. Regeln von Reinheit und Unreinheit sowie Status bestimmen noch immer den Umgang der unterschiedlichen Kasten miteinander in sehr vielen Situationen des Alltags. Allerdings hat sich auch vieles geändert und die Entwicklung von Gesellschaftsklassen, die sich durch Bildung und Einkommen definieren, hat eine alternative Hierarchie und Ordnung geschaffen, die mit der Kastenstruktur in vielerlei unterschiedlicher Art und Weise interagiert (Kapadia 1996; Mines 2001; Washbrook 1989). Im öffentlichen Leben, vor allem an den öffentlichen Plätzen wie den Ämtern, Universitäten, aber auch im alltäglichen Miteinander in den Städten, ist wenig zu spüren von den subtilen Regeln der „Unberührbarkeit“. Im privaten Raum dagegen spielen Konzepte von Verunreinigung immer noch eine große Rolle und regeln in vielerlei Hinsicht den Kontakt und den Umgang der Menschen miteinander (Alex 2008; Münster 2007: 44-53). Gewalt und Übergriffe gegen Dalits sind alltäglich. In den 1960er Jahren und in den

5 Tamil Nadu Government, Department of Evaluation and Applied Research. Economic Appraisal 2006-2007.

1990er Jahren kam es zu Auseinandersetzungen zwischen Dalits und den höheren Kasten, die in Mordfälle und öffentliche Hinrichtungen gipfelten (Gorringer 2005). Bis zum heutigen Tag ist die offene und subtile Diskriminierung statusniedriger Gesellschaftsmitglieder Thema in den Medien. Der Staat hat zwei große politische Linien in Kraft gesetzt, die zu Programmen entwickelt wurden, um gegen die diskriminierenden Effekte der Kastengesellschaft vorzugehen. Das *adverse discrimination programme* richtet sich gegen öffentliche diskriminierende und menschenverachtende Praktiken auf der Basis von Unberührtheit. Öffentliche Plätze aber auch Tempel müssen für alle offen sein und Unberührbarkeit darf nicht zum Ausschluss oder zur Andersbehandlung führen. So gibt es Gesetze, die zum Beispiel die Praxis der Verwendung von unterschiedlichen Gläsern für die unterschiedlichen Kasten in den Restaurants verbieten und es gibt Inspektoren, die die Einhaltung dieser Regeln überprüfen. Die zweite große politische Linie ist das Programm der *compensatory discrimination*, welches durch Reservationspolitik und Quotenregelung den Zugang der vormals unterdrückten Gruppen in den öffentlichen Dienst aber auch in die Bildungsinstitutionen ermöglichen soll (Mendelsohn und Vicziany 1998).

Im Jahre 1953 wurde von der Regierung in Indien die *First Backward Classes Commission* unter Kaka Kalelkal eingesetzt, die ein Schema entwarf, nach welchem die ehemaligen Kastenkategorien in neue Verwaltungskategorien umbenannt wurden, die die Grundlage für die Reservationsmaßnahmen und Quotenverteilung bilden sollten. Diese Kommission definierte auf der Grundlage von elf Indikatoren, die sich auf soziale, ökonomische und bildungsbezogenen Eigenschaften stützten, was Rückständigkeit (*backwardness*) und was Progressivität (*forwardness*) ausmachte. Die bestehenden traditionellen Kastengruppen, die durch den Zensus der britischen Kolonialmacht eine gewisse administrative Bedeutung erlangt hatten (Dirks 2001), wurden als Grundlage genommen, aus der sich ein neues System der Kategorisierung ent-

wickelte, welches Kastengruppen in rückständig (*backward*) und fortschrittlich (*forward*) unterschied. Die Bevölkerung, die traditionell als „unberührbar“ galt, wurde mit dem administrativen Label „Gelistete Kaste“ – *Scheduled Caste* (SC) – versehen, die als Stammesgruppen klassifizierten Gesellschaften wurden als „Gelistete Stammesgesellschaften“ – *Scheduled Tribe* (ST) – kategorisiert. Die anderen Kastengruppen, die in Bezug auf wirtschaftliche Position und gesellschaftlichen Status als *backward* klassifiziert wurden, erhielten das Label *Most Backward Castes* (MBC) und *Other Backward Castes* (OBC). Als *Forward Castes* (FC) wurden zumeist die Kastengruppen kategorisiert, die in der traditionellen Kastenhierarchie oben standen, über gute Bildung verfügten und wirtschaftlich stark waren. Das waren vor allem die Brahmanen und die sogenannten Kriegerkasten, die oftmals die dominante landbesitzende Gesellschaftsschicht ausmachte.

Diese verwaltungstechnischen Kategorien sind auf unterschiedlichen Ebenen von Bedeutung: Für das Individuum hängen vom jeweiligen Status in der oben angeführten Skala Subventionen und Reservationen in Bildungsinstitutionen und im öffentlichen Dienst ab. In der entwicklungspolitischen Planung werden für die als *backward* und unterhalb der Armutsgrenze lebend nominierten Gruppen besondere Programme finanziert, beispielsweise im Bereich Wirtschaft, Bildung, Gender-Gleichberechtigung und Gesundheit. In den landwirtschaftlichen Regionen Tamil Nadus sind circa 20 % der Bevölkerung als *Scheduled Caste* kategorisiert und über 40 % als *Most Backward Caste* und *Other Backward Caste* (siehe Internetquelle 6⁶). Die öffentliche Gesundheitsversorgung möchte vor allem diese Bevölkerungsgruppen erreichen, denn es sind, wie der Human Development Index (HDI) gezeigt hat, hauptsächlich diese Gruppen, die, im Vergleich zu den nicht als *backward* kategorisierten Gruppen, eine höhere Morbiditätsrate und Mortalitätsrate aufweisen.

6 Tamil Nadu Census 2001.

Die traditionelle tamilische Dorfgemeinschaft

Das tamilische Dorf stellte traditionell eine eigene Verwaltungseinheit dar, die durch einen Dorfrat (*panchayat*) administriert wurde. Auch heute noch fungiert das *panchayat* als Verwaltungseinheit, allerdings mit neuen Grenzen, Aufgaben und mit demokratisch gewählten Mitgliedern. Die Dorfanlage besteht in der Regel zum einen aus einem Kerndorf, in welchem die „Kastenhindus“ leben, das heißt die, die nicht zu den „Unberührbaren“ gerechnet wurden, und zum anderen aus der *veri*, einer etwas vom Dorf entfernten Siedlung, in der die „Unberührbaren“ wohnen, welche im ländlichen Tamil Nadu vor allem zwei Kastengruppen ausmachen: die Paraiyar und die Pallar⁷. Diese Siedlungsstrukturen sind weitgehend erhalten, allerdings sind, vor allem durch das rasante

7 Ich habe mich entschlossen den Begriff Paraiyar zu gebrauchen, auch wenn die Anwendung dieses Begriffes problematisch ist, denn Paraiyar wird gemeinhin als ein abwertender Begriff betrachtet. Das Gleiche gilt für den Begriff „Unberührbare“, im Englischen „untouchables“. Dass ich trotzdem diese Begriffe verwende, liegt erstens daran, dass Paraiyar von den Leuten selber verwendet wird, zweitens, dass Begriffe wie „Dalit“, oder „Harijan“ allgemein als Oberbegriff für „nicht Kasten Hindus“ genommen werden, jedoch keine Abstufungen zwischen den einzelnen Kastengruppen innerhalb dieser Kategorie vornehmen, drittens, weil die Fachliteratur (z.B. Mendelsohn und Vicziany 1998; Deliege 1997, 2000; Kapadia 1995) sich dieser Begriffe bedient und viertens, weil auch Kastennamen höherkastiger Gruppen, z.B. der „Kallar“, abwertende Inhalte enthalten: Kallar bedeutet Dieb. Konsequente politische Korrektheit müsste somit auf weitaus mehr Termini verzichten als nur die Termini, die die unteren Strata der Gesellschaft bezeichnen. Damit wäre aber eine Beschreibung, die originär ist und sich an dem wissenschaftlichen bestehenden Korpus orientiert, sehr erschwert, wenn nicht unmöglich. Im alltäglichen Diskurs des Dorfes werden hauptsächlich die „alten“ degradierenden Kastennamen gebraucht. Allerdings kann diese Verwendung auch als Beleidigung gewertet werden und zu Auseinandersetzungen führen. Die staatliche Kategorisierung in „gelistete Kasten“ (*Scheduled Caste*) und „rückständige Kasten“ (*Backward Caste*) ist dagegen geläufig und auch politisch korrekt – diese Bezeichnungen sind eine Fortführung der Klassifizierung der

Bevölkerungswachstum, neue Siedlungen entstanden, zum Beispiel die Kolonien (*colonies*), die staatlich geförderte Siedlungen für die wirtschaftlich schwachen Kastengruppen sind. Die Brahmanen spielen in den landwirtschaftlichen Dörfern eine untergeordnete Rolle, sie haben einen hohen Status in der traditionellen Kastenhierarchie, aber das bedeutet nicht, dass sie automatisch Land oder Macht besitzen. Diese werden von den dominanten Kasten besessen: Im Thanjavurdistrikt, und in den angrenzenden Distrikten sind das die Kallar, die sich zu den Thevarkasten zählen, die wiederum große Teile Tamil Nadus wirtschaftlich und politisch dominieren (Headley 2007).

Das Prinzip der „Unberührbarkeit“ ist vor allem in Studien über Tamil Nadu erforscht und dokumentiert worden (Deliege 1997; Moffatt 1979; Dumont 1970; Kapadia 1995). Es beinhaltet die Idee, dass Menschen sich durch den Kontakt mit anderen Menschen, aber auch Gegenständen oder Plätzen, die als rituell unrein gelten, verunreinigen können. Rituelle Unreinheit besteht einerseits als eine stetige Qualität eines jeden Menschen, die durch Geburt weitergegeben wird. Es gibt aber auch temporäre Verunreinigungen, die zum Beispiel durch Menstruation oder den Tod eines nahen Angehörigen eintreten. In der Praxis bedeutet das, dass Menschen es vermeiden, mit anderen Menschen die als unrein gelten, zusammen zu essen, sie zu berühren, ein Wasserglas oder Gefäß zu teilen oder auch ihnen die Hand zu schütteln. Innerhalb der dörflichen Sphäre gelten in vielen Kontexten die Regeln von Reinheit und Unberührbarkeit weiterhin, zum Beispiel wenn es um Heirat zwischen Mitgliedern verschiedener Kasten geht. Körperausscheidungen und Körperflüssigkeiten wie Blut gelten als besonders verunreinigend – ein Punkt, der für die me-

Gesellschaft in Kastengruppen entsprechend ihres traditionellen Status und tragen ebenfalls negative Konnotationen.

Ich bin mir der Schwierigkeit, solche Begriffe zu gebrauchen bewusst, und betone deshalb noch einmal ausdrücklich, dass diese Begriffe nicht abwertend gelesen werden sollten.

dizinische Versorgung von Bedeutung ist. Für höhere Kasten birgt die Behandlung im *Primary Health Centre* oder auch im *Government Hospital* die Gefahr, mit den Körperausscheidungen von relativ unreinen Menschen in Berührung zu kommen. Gleichermäßen müssen die Krankenschwestern mit „unreinen“ oder „unberührbaren“ Patienten in Körperkontakt treten, indem sie Blut abnehmen, Wunden säubern und anderes mehr.

Trotz der unmittelbaren Nachbarschaft von Kastengruppen mit unterschiedlichem Status sind doch viele Bereiche des alltäglichen Lebens getrennt gewesen. Die heterogene Zusammensetzung des Dorfes war durch ein gemeinsames Wirtschaftssystem gefestigt, innerhalb dessen die einzelnen Kastengruppen nach festen Regeln Dienstleistungen und Güter tauschten. Die landlosen Kasten verrichteten die landwirtschaftliche Arbeit für die dominanten Kasten und bekamen dafür ein Lehen in Form von einem Stück Land, auf dem sie siedeln durften. Die statusniedrigen Gruppen waren verpflichtet, Dienste und Arbeiten für die statushohen Gruppen zu verrichten. So waren und sind sie auch heute noch zum Beispiel für die Verbrennung der Leichen und andere mit dem Todesritualen verbundenen Aufgaben verantwortlich, denn der Tod ist extrem unrein und die durch ihn verursachten Arbeiten wurden deshalb von den Paraiyar, die für die Beseitigung von „Unreinheit“ zuständig waren, verrichtet.

Die Beziehungen zwischen der dominanten Kaste und den landwirtschaftlichen Kasten wird heute von Seiten der dominanten Kasten gerne als eine Art Patronagesystem charakterisiert, in dem die dominanten Kasten für das Wohlergehen der Landarbeiter sorgten. In der Praxis sind die Beziehungen zwischen den dominanten und den statushohen Kasten auf der einen Seite und den statusniedrigen Kasten auf der anderen Seite von wirtschaftlicher Ausbeutung, gewalttätigen Auseinandersetzungen und von sozialer und wirtschaftlicher Ungleichheit begleitet. Die Prinzipien von Gleichheit und Demokratie, die nach der Unabhängigkeit voll in Kraft gesetzt wurden,

wurden von den höheren Kasten nicht ohne weiteres hingenommen. Es kam zu Konflikten wenn es darum ging, dass traditionelle Regeln, die Status und Reinheit betrafen, nicht mehr befolgt wurden. In den 1960er Jahren häuften sich die gewalttätigen Übergriffe und Morde an „Unberührbaren“. Das führte auf staatlicher Ebene zum *Scheduled Caste and Scheduled Tribe Prevention of Atrocities Act* und auf gesellschaftlicher Ebene zur Gründung von politischen Organisationen wie den *Dalit Panthers*.

Das Konzept der Unberührbarkeit und die in vielerlei Hinsicht marginale Lage der den unteren Kasten zugehörenden Landbevölkerung hat dazu geführt, dass sie eigene Spezialistensubkasten entwickelt hat, wie zum Beispiel eigene Brahmanen (*valluvar*), Barbieri oder auch Wäscher (Moffatt 1979).

Heute ist die Situation der statusniedrigen Kasten weiterhin durch soziale und wirtschaftliche Deprivation gekennzeichnet. Die Mehrheit der Mitglieder der unteren Kastengruppen der ländlichen Gebiete ist verarmt und von politischen Entscheidungsprozessen ausgeschlossen. Die in Kapitel 5 dargestellten Einrichtungen der öffentlichen Gesundheit richten sich vor allem an diese Bevölkerungsgruppen.

Das Forschungsfeld

Madukottai ist ein Dorfkomplex im Herzen des Thanjavur-Distriktes mit ungefähr 7.000 Einwohnern und es besteht aus den Dörfern Madulur und Ariapatnam. Es beherbergt über zwanzig verschiedenen Kasten und Subkasten. Die Mehrzahl der Bewohner ist in der Landwirtschaft tätig. Madukottai teilt sich in drei Siedlungsformen auf: das Kerndorf, in dem die höheren Kasten leben und der zentrale Temple steht, die *ceri* – die Siedlung der ehemals „Unberührbaren“, der Dalits – und die *colony* – eine neue Siedlung, die in Madukottai von den Mutturaja

und Vagri bewohnt wird und zu Madukottai gerechnet wird. Die *colony* wurde in den 1950er Jahren erbaut, sie besteht aus circa 200 kleinen Grundstücken und Häusern, die vom Staat für die landlosen und verarmten Kastengruppen zur Verfügung gestellt wurden. Die Umgebung Madukottais besteht aus landwirtschaftlich genutztem Land. Es werden vor allem Reis, Ölsamen und Erdnüsse angebaut. In den letzten zwei Dekaden hat in Tamil Nadu eine verstärkte Migration in die Städte stattgefunden, was zu einer Ausweitung der urbanen Gebiete geführt hat; gleichzeitig hat die Bevölkerungsexplosion zu Landknappheit innerhalb der Dörfer geführt. Deswegen steigen die Grundstückspreise stetig an. Während in den Städten Land und Wohnraum zumeist auf dem freien Markt und ohne Ansehen der Person verkauft wird, gelten im Dorf strenge Kastenregeln. Das bedeutet, dass Häuser nur innerhalb der Kaste weitergegeben oder verkauft werden können.

Innerhalb von Madukottai sind Reinheit und Status weiterhin grundlegend für den Umgang der Menschen untereinander. Gleichzeitig hat der moderne Nationalstaat die Dorfstruktur verändert. Es gibt ein Dorf-*panchayat*, dem in den letzten Jahren durch die Quotenregelung bereits ein Dalit und auch schon einmal eine Frau vorgestanden haben.

Die unterschiedlichen Kastengruppen des Dorfes sind durch Arbeits- und Dienstleistungsbeziehungen, aber auch durch den Tempeldienst miteinander verbunden. Die räumliche Nähe, die gemeinsame Nutzung öffentlicher und privater Einrichtungen und die engen Verwandtschaftsnetzwerke erzeugen eine in vielerlei Hinsicht kohärente Dorfgemeinschaft. Durch Arbeitsmigration und Ausbildungsmigration sind aber auch viele Außenbeziehungen entstanden. Das Dorf ist in vielseitige Netzwerke eingebunden. Die Beziehungen zwischen den Kastengruppen sind für die Generation der heutigen Großeltern (45-70 Jahre) noch von den traditionellen *jajmani*-Beziehungen geprägt. Für die jüngeren Generationen spielen diese Beziehungen eine untergeordnete Rolle. Für die Rituale, die Bestattungen und eben auch für bestimmte Heilbehandlungen sind diese traditionellen Status- und

Dienstleistungsbeziehungen aber immer noch wichtig. Sie werden zum Anlass dieser Ereignisse (Ritual, Geburt, Tod, Krankheit) wieder aktiviert.

Im Folgenden möchte ich kurz die drei Kastengruppen beschreiben, die in dieser Ethnographie behandelt werden. Diese Beschreibung orientiert sich an den für das Verstehen von Gesundheitsverhalten und Gesundheitskonzeptionen wichtigen Punkten und ist dementsprechend kurzgehalten.⁸

Die Vagri

Die Vagri waren bis vor wenigen Jahrzehnten noch peripatetisch. Sie zogen in kleinen Gruppen über Land und lebten in Zelten und temporären Siedlungen auf festgelegten Transitplätzen. Nach der Unabhängigkeit wurden sie sesshaft gemacht und in speziellen Siedlungen, der *colony*, angesiedelt. Traditionell lebten sie von der Jagd, dem Verkauf von Medizin und Amuletten und dem Wahrsagen. In jüngerer Zeit bestreiten sie ihren Lebensunterhalt durch das Aufstellen von Kleintierfallen auf den Feldern. Sie fangen für die Bauern die Ratten, die sonst die Ernte wegfressen, von den Reisfeldern weg. Außerdem sind sie in der Schmuckherstellung tätig. Sie stellen Ketten her, die dann von ihnen an Touristenorten oder an religiösen Zentren verkauft werden und zum Teil auch schon von Großhändlern abgekauft und exportiert werden. Die Frauen verkaufen Schönheitsartikel und billige Kosmetika und Schmuck an Busbahnhöfen oder anderen

8 Für eine ausführliche Beschreibung der Vagri siehe Werth 1997 und Alex 2009; für eine ausführlichere Beschreibung der Mutturaja siehe Alex 2009 und Setty 1990; für eine ausführlichere Beschreibung der Paraiyar siehe Deliége 1997.

urbanen Zentren. Die Jagd mit dem Gewehr, dem Katapult oder mit sogenannten Fressbomben⁹ wird von den Männern weiterhin betrieben. Allerdings wird das so erjagte Wild vorrangig für den eigenen Verzehr genutzt. Die Vagri verdienen mit dieser Nischantätigkeit relativ gut, das Fangen der Ratten bringt pro Tag 100-200 Rupien ein, die Frauen verdienen zusätzlich bis zu 150 Rupien am Tag durch den Verkauf von Schmuck und Schönheitsartikeln.

Die Vagri emigrierten vor rund 400 Jahren aus dem Norden Indiens nach Tamil Nadu. Ihre eigene Sprache Vagriboli, die mit dem Gujarathi verwandt ist, haben sie bis heute beibehalten. Sie sind in Klane aufgeteilt. Zwei Hauptklane, von denen die einen Büffelopferer und die anderen Ziegenopferer sind, tauschen miteinander Frauen. Das Verwandtschaftssystem folgt dem Grundmuster des dravidischen Verwandtschaftssystems: Die Heirat mit den Kreuzkusinen und der Tochter der älteren Schwester stellt die Präferenzheirat dar. Die religiöse Kosmologie folgt einem eigenen Erklärungsmodell und gehört nicht in den religiösen Kanon des Hinduismus. Die Vagri orientieren sich an zwei religiösen Autoritäten: Die erste ist Dadaji, der die Schöpfung und die Kraft des Universums repräsentiert. Um diese in die Welt der Menschen zu bringen, braucht er jedoch eine Göttin. Diese stellt die zweite religiöse Instanz der Vagri dar. Jeder erwachsene Mann hat eine Göttin, der er zu dienen zu gehorchen und zu opfern verpflichtet ist, in der Form einer Silberstatue in seinem Haus. Die Göttinnen stehen in einem hierarchischen Verhältnis zueinander und strukturieren die Klane und die Beziehung zwischen den Klänen. In regelmäßigen Abständen müssen der Göttin Ziegen bzw. Büffel geopfert werden. Als Gegengabe gewährleistet die Göttin dafür Gesundheit und Wohlergehen der Gesellschaft und des Einzelnen.

9 Fressbomben sind mit Sprengstoff gefüllte Köder, die im Wald ausgelegt werden. Wenn das Wild (Füchse, Wildkatzen, Schakale) darauf beißt, explodiert der Köder und das Tier ist tot.

Gleichzeitig amtiert er als Astrologe. Innerhalb der Mutturaja gibt es religiöse Spezialisten einer unteren Ordnung. Die *pujari* bedienen die Tempel und stehen kleineren Heilritualen vor. Die *cami* übernehmen vor allem die Austreibung von Geistern. Die *cami* agieren auch als Medien, die von einer Gottheit besessen werden, die dann durch den Menschen spricht. Den Mutturaja wird eine besonders enge Beziehung zu Geistern (*pey*) nachgesagt, was mit ihrer Nähe zur Wildnis, in der die Geister hausen, erklärt wird (Dirks 1987: 272).

Trotz der offensichtlichen Verarmung werden die Mutturaja in der offiziellen Liste der Regierung als *Most Backward Caste* klassifiziert, was darauf zurückzuführen ist, dass sie nicht zu den *atimai*-(Sklaven)-Kasten gehörten, sondern eine besondere Stellung einnahmen, die ihnen eine gewisse Unabhängigkeit sicherte, aber ihnen trotzdem Landrecht und Landbesitz absprach. Auch heute leben über die Hälfte der Mutturaja unterhalb der Armutsgrenze. Die Arbeit als Tagelöhner in der Landwirtschaft führt dazu, dass sie im Falle von Krankheit oder Invalidität keine Absicherung haben, sondern auf verwandtschaftliche Netzwerke zurückgreifen müssen.

Die Paraiyar

Der Name Paraiyar leitet sich von der *parai*, der Trommel ab, die die Paraiyar zu Bestattungen spielen (Deliege 1999: 91), bei denen sie die Hauptoffizianten sind. Der Kastename Paraiyar ist herabwürdigend. Im öffentlichen Diskurs wird stattdessen der Begriff Dalit, Harijan oder SC (*Scheduled Caste*) benutzt; diese beiden Begriffe bezeichnen aber eine Vielzahl von Kastengruppen, die als „unberührbar“ eingestuft wurden. Deshalb ist dieser Name für eine ethnographische Beschreibung unpassend. Die rituelle Arbeit der Paraiyar – der Umgang mit der rituellen Verunreinigung, die durch den Tod entsteht – wird als Grund für ihre niedrige Statusposition im Kastensystem angesehen. Bis zur

Unabhängigkeit Indiens waren sie besitzlose Leibeigene (*atimai*) und der Willkür und dem Diktat der höheren Kasten ausgeliefert.

Die Paraiyar leben im ländlichen Raum in ihren eigenen Siedlungen (*ceri*), die sich immer in einiger Entfernung vom Hauptdorf befinden. In sich sind sie wiederum in unterschiedliche Statusgruppen gegliedert. Die Anzahl der christlichen Paraiyar in Tamil Nadu ist beachtlich. Die Konversion wurde gerade von den als „unberührbar“ eingestuften Gruppen als eine Strategie zur Überwindung der Diskriminierung gesehen. Allerdings hat die Konversion den christlichen Paraiyar auch den offiziellen Status der *Scheduled Caste* gekostet und sie somit von Subventionen und Quotenregelungen abgeschnitten (Deliege 1997: 26-27).

Die Paraiyar in Madukottai sind hinduistische Paraiyar. Sie haben ihre eigenen rituellen Spezialisten, Tempel und Prozessionen und bevorzugen vor allem die Gottheiten, denen Tiere geopfert werden und die eine gewisse Wildheit und Gefährlichkeit besitzen wie Kalimamman und Karuppa oder auch Muni, die sowohl Gottheit als auch Geist ist. Diese Gottheiten sind sowohl für die Verursachung von Krankheiten zuständig, als auch für ihre Heilung und so kommt den rituellen Spezialisten der Paraiyar auch eine Heilerrolle zu.

Formen von ritueller Heilung werden innerhalb der Paraiyar Gesellschaft von *cami* vorgenommen, von Männern, die eine besondere Verbindung zu einer oder mehreren Gottheiten haben und durch sie auch mit den für die Krankheit verantwortlichen Geistern kommunizieren können.

Heirat war und ist immer noch zum größten Teil endogam, das heißt innerhalb der Subkaste; die Heirat mit der Kreuzkusine ist die bevorzugte Heiratsform. Die Familien sind mit vielen anderen *ceri* durch Heirat verbunden. Heiratsbeziehungen können über mehrere Generationen aufrecht erhalten werden. Viele beruhen aber nur auf einer Austauschbeziehung, und so entstehen Verbindungen in viele Richtungen (Deliege 1997: 174-176).

Bis vor wenigen Jahrzehnten waren die Paraiyar landlose Arbeiter, die in einer Art Lehnverhältnis mit den dominanten Kasten standen. Mittlerweile gehört ihnen das Land, auf dem ihre Hütten stehen und einzelne Familien besitzen auch landwirtschaftlich genutztes Land. Die Arbeitsverhältnisse zu den dominanten Kallar sind aber für den Großteil der Paraiyar gleich geblieben. Die totalitäre Struktur der Dominanz ist insofern aufgebrochen, als dass einzelne Familien ihre Kinder so gut ausgebildet haben, dass diese in besseren Positionen in der Wirtschaft oder im Staatsdienst angestellt sind; auch ist eine nicht unbeachtliche Anzahl der jungen Männer als Gastarbeiter in Südostasien oder im Nahen Osten tätig, und so sind die Abhängigkeitsverhältnisse zum Teil aufgebrochen. Die Mehrheit der im Dorf lebenden Erwachsenen arbeitet aber noch immer als Tagelöhner in der Landwirtschaft und zumeist auch für die gleichen Familien wie die Generationen vor ihnen.

Der Unmut über die wirtschaftliche und politische Benachteiligung äußerte sich bereits am Beginn des 20. Jahrhunderts in der dravidischen Bewegung (*Self Respect Movement*), welche sich gegen die Vorherrschaft der Brahmanen wandte und unter der Leitung von E. R. Naicker zur Gründung von Interessengruppen und politischen Parteien führte. Noch immer sind es die aus dieser Bewegung hervorgegangenen Parteien, die Tamil Nadu politisch dominieren.

Das 20. Jahrhundert hat immer wieder gewalttätige Auseinandersetzungen zwischen der Dalit Bevölkerung und den dominanten Kasten gesehen und bis heute gibt es Spannungen und gewalttätige Übergriffe. Auch in Madukottai hat das Beharren der dominanten Kasten auf ihren Privilegien zu Konflikten geführt, vor dessen Hintergrund es zu gewalttätigen Übergriffen und auch Mordfällen gekommen ist.

Zusammenfassung

Tamil Nadu weist eine spezielle Kastenkomposition auf: Der fruchtbare Boden ermöglichte eine enge Besiedlung von in der Landwirtschaft arbeitenden Kastengruppen, die von den kriegerischen dominanten Kasten unterworfen und versklavt wurden. Auch die Unabhängigkeit hat an der Verarmung und sozialen Misere dieser Kastengruppen nicht viel geändert, denn die Mehrheit der Mutturaja und Paraiyar arbeitet als Tagelöhner und verdient pro Arbeitstag nicht mehr als 120 Rupien. Die öffentlichen Schulen ermöglichen zwar neue Bildungswege und öffnen so auch zusätzliche Arbeitsmärkte, aber diese Möglichkeiten eröffnen nur kleinen Segmenten den Aufstieg. Die breite Masse, die auf dem Land lebt, ist weiterhin auf die landwirtschaftliche Arbeit angewiesen.

Die Vagri haben dank ihrer Nischenökonomie ein festes Einkommen, gehören aber auch zu den unter der Armutsgrenze lebenden Gruppen, die zusätzlich sozial und sprachlich marginalisiert sind.

Alle drei Gruppen haben einen sehr niedrigen Status. Die Vagri und Mutturaja gehören aber nicht zu den *atimai*-Kasten und werden somit auch nicht als *Scheduled Caste* gelistet, was bedeutet, dass sie keine der Subventionen und reservierten Arbeits- und Ausbildungsplätze, die für die *Scheduled Caste* vorgesehen sind, erhalten – trotz ihrer offensichtlichen Armut und Bedürftigkeit. Die Paraiyar hingegen sind „gelistete Kasten“. Ihre Situation im Dorf ist trotzdem weiterhin von sozialer und wirtschaftlicher Deprivation geprägt.

Für die Programme der öffentlichen Gesundheit stellen alle drei Gruppen spezielle Zielgruppen dar, denn ihr Gesundheitszustand ist relativ schlecht und ihre Lebenserwartung ist geringer als die der ökonomisch besser gestellten Gruppen. Vor allem bei den Vagri ist die Kindersterblichkeit höher als bei anderen Gruppen.

Die Mutturaja und die Vagri werden mit der „Wildnis“ assoziiert, die Paraiyar und die Mutturaja mit den ambivalenten Gottheiten, was ihnen eine Gefährlichkeit und eine Macht gleichermaßen verleiht. In

4. Medizinethnologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit

Einführung und theoretische Prämissen

Die Medizinethnologie untersucht Gesundheit, Krankheit, Heilung und Medizin als kulturelle Phänomene, im Kontext von sozio-ökonomischen Variablen. Medizin und Heilung meint dabei nicht nur Biomedizin, sondern beschäftigt sich auch mit anderen präventiven und kurativen Praktiken und Wissenstraditionen zu Körper, Gesundheit und Heilung. Das Ziel der angewandten Medizinethnologie ist es, zu einer Verbesserung der Gesundheitssituation von Individuen und Gruppen beizutragen. Das wird erreicht, indem die kulturellen, sozialen und ökonomischen Aspekte von Krankheit und Gesundheit in die Planung und Praxis der Gesundheitsversorgung einbezogen werden. Medizinethnologische Forschungen bieten einerseits ein Grundlagenwissen, welches für die Planung und Implementierung von Gesundheitsprogrammen und Versorgungsstrukturen unerlässlich ist, zum anderen kooperieren Medizinethnologen als Berater mit Personal aus der Medizin, der Public Health, aber auch der allgemeinen Entwicklungszusammenarbeit. Die kritische Medizinethnologie (*critical medical anthropology*) operiert mit dem Konzept von struktureller Gewalt¹ und plädiert für eine Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen von Menschen in „Entwicklungsländern“ als adäquates Mittel zur Gesundheitssteigerung.

1 Der Begriff „strukturelle Gewalt“ wurde von Galtung (Galtung und Høivik 1971) geprägt, und beschreibt die diffuse Gewalt, die auf Menschen einwirkt, verursacht durch zum Beispiel Hunger, Armut, Umweltverschmutzung, Diskriminierung und Chancenungleichheit. Diese diffuse Gewalt hat keinen unmittelbaren Täter, es sind strukturelle Konfigurationen, die zu Gewalt an Menschen führen.

Aber was bedeuten Gesundheit und Krankheit in den jeweiligen Kulturen? Können wir davon ausgehen, dass der Begriff und die Definition von Gesundheit, wie sie von der WHO vorgenommen wurde, in den Ländern, wo die Programme der internationalen Gesundheit implementiert werden, gleichermaßen verstanden und angewendet werden? Die WHO definiert 1948 in ihrer Verfassung Gesundheit als „Zustand des vollständigen, körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“. Diaz-Guerrero (1984) untersuchte die Definitionen von Gesundheit in einer vergleichenden Studie in 30 verschiedenen Kulturen und kam zu dem Schluss, dass der Begriff Gesundheit in allen diesen Kulturen einen Lebenszustand beschreibt, der als „aktiv“, „potent“ und „gut“ definiert ist. Allerdings ist, so räumt Diaz-Guerrero selber ein, nicht auszuschließen, dass diese die Gesundheit charakterisierenden beschreibenden Begriffe kulturell unterschiedlich mit Bedeutung ausgefüllt sind.

Noch schwieriger wird es bei der Definition von Krankheit: Nicht nur haben wir es hier mit interkulturellen Unterschieden in Bezug auf medizinische Ideologien und Begrifflichkeiten und Körperkonzepte zu tun, zusätzlich sind auch die kulturinternen Unterschiede, die zwischen der Perspektive der Mediziner auf der einen Seite und der Laien auf der anderen Seite besteht, beachtlich.

Das Jahr 1996 wurde von der WHO als „Jahr von Kultur und Gesundheit“ erklärt. Damit erkannte die WHO offiziell an, dass kulturelle Faktoren für die Arbeit in der internationalen Gesundheitsplanung wichtig sind. In dem Diskurs der Gesundheitsplaner meint medizinische Versorgung jedoch in der Regel immer biomedizinische Versorgung. Indigene Strukturen der Gesundheitsversorgung wurden selten und nur in geringem Maße in die Planung einbezogen. Andere Heiler oder Resorts außerhalb der biomedizinischen Versorgungseinrichtungen werden zum Beispiel in offiziellen Statistiken, die Auskunft über die Anzahl der Ärzte und medizinischen Einrichtungen pro Bewohner

geben, in der Regel nicht erwähnt. Wenn indigene medizinische Angebote beachtet werden, dann meist als der biomedizinischen Versorgung entgegenstehende oder im Wege stehende Praktiken. Aus diesem Antagonismus entwickelte sich das Feld der angewandten Medizinethnologie, welches zwischen den Strukturen und Inhalten biomedizinischer Gesundheitsprogramme und den Konzepten und Vorstellungen zur Gesundheit lokaler Gruppen vermittelte. Die Idee dahinter war, dass fehlende Akzeptanz der Gesundheitseinrichtungen und Programme durch kulturelle Barrieren verursacht werde und dass es den Menschen lediglich an dem rechten Wissen und Verständnis von Körpervorgängen und Krankheitsursachen fehle. Eine wichtige Aufgabe der Medizinethnologen war es, diese kulturellen Eigenarten und sozialen Strukturen zu untersuchen und darauf aufbauend kultursensitive (Resnicow et.al. 1999) Gesundheitsprogramme zu entwerfen (siehe auch Moore, Van Arsdale, Glittenberg und Aldrich 1987: 9; Paul 1955; Farmer und Good 1992: 137). Es bedurfte also nur einer die jeweilige Kultur angepassten neuen Strategie der Verständigung bei der Implementierung von Programmen und Einrichtungen. Indigene Konzepte zu Heilung, Gesundheit und Körper wurden insofern wichtig, als dass sie halfen, das „Fehlverständnis“ zu orten und darauf aufbauend bessere Programme zu entwerfen, zum Beispiel in der Form der „Übersetzung“ biomedizinischer Gesundheitsbotschaften und Programme, wie es in dem von Nichter und Nichter (1981) entwickelten Analogieansatz beschrieben ist.² In diesem Kontext entstand das *health explanatory model*, welches auf der Idee basiert, dass es kulturell determinierte Glaubensvorstellungen zu Gesundheit und Krankheit gibt – die *health beliefs*.

2 Der von Nichter und Nichter geprägte Analogieansatz untersucht kulturell spezifische Konzepte zu Gesundheit und Reproduktion. Er übersetzt aufbauend auf der Logik dieser Konzepte die Gesundheitsprogramme in die Sprache und Begrifflichkeit der anderen Kultur (Nichter und Nichter 1981).

Das health explanatory model und das health belief Konzept

Arthur Kleinmans Konzept des *health explanatory model* geht von einem kulturdeterminierten Verständnis von Gesundheit und Krankheit aus. Grundlegend für das *health explanatory model* ist die Unterscheidung in Krankheit (*illness*) und Kranksein (*disease*), die zuerst von Cassell (Cassell 1976) getroffen wurde: *Illness* bezeichnet Kranksein und gibt die Perspektive des Patienten wieder – das, was der Patient fühlt, wenn er zum Arzt geht. *Disease* hingegen bezeichnet die Krankheit aus der Perspektive des Arztes. Es beschreibt die Diagnostik, die der Arzt auf der Grundlage seiner medizinischen Ausbildung stellt. Eisenberg (1977) führte diese Unterscheidung weiter aus:

„[...] to state it flatly, patients suffer ‚illnesses‘, physicians diagnose and treat ‚diseases‘. Let me make clear the distinction I intend: illnesses are *experiences* of disvalued changes in states of being and in social function; disease in the scientific paradigm of modern medicine are *abnormalities* in the *structure and function* of body organs and systems“ (Eisenberg 1977:11).

Disease bezieht sich auf die Perspektive und Praxis des biomedizinischen Arztes, die auf den folgenden Prämissen aufbaut: 1. Wissenschaftliche Rationalität; 2. Objektive und numerische Messmethoden unter der 3. Einbeziehung von physikalischen, biologischen und chemischen Daten; 4. Körper-Geist Dualismus; 5. Betrachtung von Krankheiten als Wesenheiten; 6. Reduktionismus; 7. Fokus auf dem Patienten als Individuum und nicht auf der Familie oder sozialen Gruppe (nach Helman 2001:79). Zusätzlich etablierte sich der Begriff *sickness*, der den Einfluss der Gesellschaft auf die Krankheit und den Patienten beschreibt, die soziale Rolle, die dem Kranken zugewiesen wird – „a social identity [...] the poor health or the health problem(s) of an individual defined by others with reference to the social activities to that individual“ (Twaddle 1994:11). Bewusst werden hier Wissen und Glaubensvorstellungen gegenübergestellt: Die Biomedizin arbeitet wissenschaftlich; sie weiß um die Ursachen und Prozesse von

Gesundheit und Krankheit; die Laienperspektive dagegen beruht auf Glaubensvorstellungen; sie entbehrt einer wissenschaftlichen Grundlage.

Kleinman sprach von *languages of distress*, um den sozialen Umgang mit und das Reden über Krankheit zu bezeichnen (Kleinman 1980) und Good (1994) hat den Ausdruck *semantic illness networks* geprägt, um das Netzwerk von Wörtern, Situationen, Symptomen und Gefühlen, die mit der Krankheit verbunden sind und ihr eine Bedeutung, einen Sinn, verleihen, zu beschreiben (Good 1994: 40).

Die *Illness-disease*-Differenzierung beinhaltet zudem eine weitere Unterscheidung, die grundlegend in der Medizinethnologie wurde: Die Unterscheidung in Laienperspektive (*lay*) und Volksperspektive (*folk perspective*). Kleinman entwickelt diesen Dualismus weiter, wenn er von „high order literate and classical“ und „low order, oral (folk), indigenous healing traditions“ spricht (Kleinman 1980: 49). Er stellt ferner ein Modell vor, welches den interkulturellen Vergleich zwischen Gesundheitssystemen ermöglichen soll. In diesem Modell unterteilt er die Gesundheitsversorgung in drei Sektoren: den professionellen, den Laien- und den populären Sektor. Der professionelle Sektor beinhaltet die professionellen Ärzte und medizinisches Personal, der *Folk*-Sektor die indigenen traditionellen Heilmethoden und der populäre Sektor beinhaltet das direkte soziale Umfeld des Erkrankten,

„it can be thought of as a matrix containing several levels: individual, family, social networks and community beliefs and activities. It is the lay, non-profession, non-specialist, popular culture arena in which illness is first defined and health care activities initiated“ (Kleinman 1980: 50).

Der populäre Sektor nimmt nach Kleinman den größten Raum ein und stellt die Verbindung zwischen allen drei Sektoren her. Der populäre Sektor enthält die Vorstellungen und Konzepte von Krankheit und Gesundheit, aber auch soziale Beziehungen und Rollenmuster: Hier werden die Entscheidungen zur weiteren Behandlung und zur Auswahl von medizinischem System und Heiler getroffen.

„The customary view is that professionals organize health care for lay people. But typically lay people activate their health care by deciding when and who to consult, whether or not to comply, when to switch between treatment alternatives, whether care is effective, and whether they are satisfied with its quality. In this sense the popular sector functions as the chief source and most immediate determinant of care“ (Kleinman 1980:51).

Kleinman grenzt diese als *folk* und professionell charakterisierten Systeme klar voneinander ab „Once people decide to enter either the professional or the folk sector, they encounter different sets of beliefs and values in the cognitive structures of professional or folk practitioners“ (Kleinman 1980: 52). Daraus wird ersichtlich, dass Kleinmans Modell medizinische Wissenstraditionen als Systeme auffasst, die klare Grenzen haben in sich kohärent sind und die kognitiv nicht vereinbar sind. Die *health explanatory models* unterscheiden sich je nachdem, ob sie vom medizinischen Experten oder vom sogenannten Laien stammen. Die Erklärungsmodelle der Ärzte sind in der Regel monokausal und argumentieren innerhalb der wissenschaftlichen Logik. Das Paradigma der Biomedizin beinhaltet die Annahme, dass diese Modelle, da sie auf wissenschaftlichen Erkenntnissen aufbauen, kulturfrei sind. Sie basieren auf allgemeingültigen Naturgesetzen und sind nicht Interpretationen oder Deutungen, die innerhalb einer kulturellen, religiösen oder kosmologischen Ideologie eingebettet sind. Ganz anders dagegen sind die Erklärungsmodelle der Laien. Diese sind vage und wechselnd. Sie haben unterschiedliche Bedeutungen. Es fehlt eine klare Abgrenzung zwischen Ideen und Erfahrungen. Sie sind stark durch die jeweilige Kultur sowie Alter, Gender, Klasse und die individuelle Prägung eines Menschen beeinflusst. Weiterhin sind diese Laienkonzepte zu Krankheit und Gesundheit Teil von weiterreichenden Konzepten und Vorstellungen zu Unglück und Missgeschick, und sie haben die Funktion, der Krankheitsepisode Sinn und Bedeutung zu verleihen. Auch sind diese Erklärungsmodelle immer im Kontext der Interaktion zu betrachten, in der sie stattfinden; sie sind nicht sta-

tisch, sondern ändern sich je nachdem, ob eine Krankheitsursache beispielsweise im Gespräch mit einem Arzt, einem anderen Patienten, einem Familienmitglied, einem religiösen Spezialisten oder einem Anthropologen erklärt wird. Kleinman unterteilt die Laienkonzepte in vier Sphären der Verursachung: individuell, natürlich, sozial, und übernatürlich. Krankheitserklärungen, die das Individuum in den Mittelpunkt stellen sind vor allem in westlichen Gesellschaften üblich. Sie machen das Individuum und seine Handlungen für die Krankheit verantwortlich und implizieren dadurch Kontrolle und Einfluss des Menschen auf den Gesundheitszustand in der Form, dass gesundheitsbewusstes Verhalten auch zu körperlicher Gesundheit führt. Krankheiten, die auf natürliche Verursachung zurückgeführt werden, sind solche, die durch klimatische Gegebenheiten, durch Umweltverschmutzung, durch chemische oder andere Vergiftungen oder auch Strahlung entstehen. Krankheitsursachen aus der sozialen Welt betreffen Schadenszauber, Hexerei, den bösen Blick, Voodoo Praktiken, aber auch Mobbing oder durch Diskriminierung oder Stress erzeugte Krankheiten. Die Sphäre des Übernatürlichen beinhaltet Krankheitsursachen die von Göttern, Geistern, Ahnen gesendet werden oder auch durch Schicksal oder Karma bestimmt sind. Diese Erklärungen sind eingebettet in die Moralvorstellungen und Werte der jeweiligen Gesellschaft: Krankheiten oder körperliche Anomalitäten oder Defekte werden oftmals als Strafe oder Vergeltung, die infolge eines Regelverstoßes geschehen, aufgefasst.

Eine ähnliche Differenzierung trifft Young (1976) wenn er in externalisierende und internalisierende Glaubenssysteme (*belief systems*) unterscheidet. Die externalisierenden Glaubenssysteme lokalisieren die Krankheit außerhalb des Körpers des Kranken, die internalisierenden Glaubenssysteme dagegen innerhalb des Körpers und verweisen dabei auf physiologische und pathologische Erklärungen. Später kritisiert Young (1981, 1982) das *health explanatory model* auf der Grundlage, dass es ein kohärentes Bedeutungsschema voraussetzt; zudem wer-

den medizinische Wissenstraditionen als Systeme begriffen, die klare Grenzen haben und in sich zusammenhängend sind. Aufbauend auf seiner eigenen Forschung konstatiert Young (1995), dass Individuen gleichzeitig verschiedene, auch widersprüchliche Erklärungsmuster für Krankheit haben können und stellt somit den Zusammenhang zwischen *health belief*, *health explanatory model* und *health seeking behaviour* in Frage. Er argumentiert weiter, dass Krankheiten auf zweierlei Weisen erklärt werden: Zum einen analogisch, mit Hilfe von ‚hervorstechenden Prototypen‘ (*salient prototypes*) und zum anderen metonymisch, das heißt mit Bezugnahme auf andere Ereignisse, die die Symptome und die individuelle Erfahrung der Krankheit begleiten und bedeutungsschaffend verbinden.³ Diese Kritik wurde von Groleau, Young und Kirmayer (2006) weiter ausgeführt in dem methodischen Ansatz, den sie als *McGill Illness Narrative Interview* bezeichnen. Mithilfe eines Fragenkatalogs, der als Interviewleitfaden gedacht ist, werden alle drei oben angesprochenen Arten der Erklärung in den *illness narratives* evoziert. Dies schafft eine Erweiterung des starren Modellbegriffs, der, zusammen mit dem *health belief model*, eine sehr statische und begrenzte Definition von Kultur gibt.

Eine andere Richtung in der Kritik des *health explanatory model* schlägt Sujatha ein. Sie argumentiert, dass die Unterscheidung in *lay/folk* auf der einen Seite und *professional/literate* auf der anderen Seite nicht die gegenseitigen Beeinflussungen zwischen den Sphären und die daraus

3 Bei diesem zweiten Punkt bezieht er sich auf den von Vygotsky (1962) geprägten Begriff *chain-complex*, der einem anzeigt, wie in der Wahrnehmung eines Individuums verschiedene Objekte (oder Erfahrungen) miteinander durch wechselnde, subjektiv geformte, Attribute verbunden sind. Diese Attribute oder Bedeutungen verbinden eine Anzahl von Ereignissen, so dass eine Art Kette entsteht. Die Verbindungsstücke unterliegen aber nicht einem gemeinsamen Schema, sondern teilen wechselnde Gemeinsamkeiten mit den jeweils benachbarten Verbindungsstücken.

entstehende Dynamik berücksichtigt. Stattdessen schlägt sie eine netzwerkähnliche Perspektive auf die unterschiedlichen Wissenstraditionen vor, wenn sie schreibt „these fields of knowledge may be better understood as nodes in a network, rather than as dichotomous entities; for instance folk streams also have texts while professional traditions need not be based on ancient texts“. Sie regt an, den Begriff *structural pluralism* zu verwenden, um der Diversität innerhalb der medizinischen Traditionen und Praktiken gerecht zu werden (Sujatha 2007: 172).

So eingängig dieses Modell und diese Theoreme auch sein mögen, sind sie doch kritisch zu betrachten. Das *health belief model* wurde in den 1950er Jahren von Medizinsoziologen und Public Health Spezialisten entwickelt und sollte helfen, die „falschen“ Krankheitsvorstellungen zu beseitigen. Die medizinische Soziologie definiert Krankheiten als biomedizinische Wahrheiten, die wirklich existieren, wohingegen die indigenen Vorstellungen zu Krankheiten eben nur in die Kategorie „Glaubensvorstellung“ fallen und quasi eine kulturelle Interpretation der biomedizinischen Wahrheiten darstellen. Damit stellen diese kulturellen *health beliefs* letztendlich eine Adaption an die natürliche Umwelt dar. Dieser Ansatz arbeitet mit der Prämisse des rationalen, Wert maximierenden Individuums und reiht sich damit in die utilitaristischen Theorien ein. Dagegen steht der medizinethnologische Ansatz, der die Biomedizin als ein kulturelles System sieht und nicht als die kulturlose Überwissenschaft, die das einzige Deutungsrecht besitzt (Good 1994: 38-479). Im Bereich der medizinischen Entwicklungshilfe sieht das allerdings anders aus – hier ist Kulturrelativismus nur bedingt tragbar, denn es geht darum, Menschenleben zu retten, und auf kulturelle Faktoren zurückgeführtes gesundheitsschädliches Verhalten muss deshalb verändert werden. In der Ethnologie hat der utilitaristische Ansatz sich nicht halten können und die Aufteilung in „naturwissenschaftliche Wahrheiten“ auf der einen Seite und „falsche Glaubensvorstellungen“ auf der anderen Seite ist nicht mehr vertretbar.

Diese Kritik nimmt Sujatha auf. Für sie sind die *folk conceptions* ein unabhängiger Forschungsgegenstand, da sich in ihnen indigene epistemologische Kategorien und Strukturen abzeichnen:

„(a)nthropologists accord differential treatment to folk conceptions, or the understanding of lay people, in different spheres of life. In the domain of religion, folk conceptions are regarded as legitimate and valid and are treated with appropriate gravity. But in domains deemed to be ‘scientific’, such as medicine, physiology, agriculture and architecture, folk conceptions tend to be treated mainly as ‘subjective’ beliefs and not as valid forms of knowledge. This is a pity because sociological engagement with folk knowledge in precisely these ‘scientific’ domains can provide insights into alternative conceptions of epistemological categories such as the ‘body’, ‘space’, ‘habitat’ and ‘natural forces’. Such an approach can open up an arena of conceptions other than the formalised and professionalized systems of knowledge in the same domain. It may also illuminate the structure of knowledge and the politics of its dispersion“ (Sujatha 2007: 171).

Diesen Ansatz nehme ich in der vorliegenden Studie auf, indem ich indigene Konzeptionen von Gesundheit, Krankheit und den ihnen zugrunde liegenden Ursachen als selbständige Modelle untersuche und nicht als Abweichungen oder Vereinfachungen von größeren Modellen. Das *health explanatory model* und die zugrunde liegenden *health belief systems* sind, wie weiter oben dargelegt wurde, kritisch zu betrachten und sollten keinesfalls deterministisch verstanden werden. Konzeptualisierungen und Erklärungen von Gesundheit und Krankheit sind eingebettet in die soziokulturellen Lebenswelten der Menschen. Sie sollten deshalb auch in diesem Kontext untersucht und analysiert werden. Ein weiterer wichtiger Aspekt, der zum Verständnis der Erklärungsmodelle herangezogen werden muss, ist die pluralistische Gesundheitslandschaft, das meint die unterschiedlichen Angebote, die dem Menschen im Falle von Krankheit zur Verfügung stehen und damit nicht nur eine Vielzahl an Behandlungsmöglichkeiten anbieten, sondern auch eine Vielzahl an unterschiedlichen Erklärungsmustern.

Medizinischer Pluralismus

Vor dem Hintergrund der Monopolposition, die die Biomedizin in der weltweiten medizinischen Entwicklungspolitik für sich beansprucht, waren es vor allem die Medizinethnologen die darauf hinwiesen, dass für den Patienten die indigenen Heiltraditionen eine wichtige Rolle spielen und es mehr als nur das jeweils dominante Medizinsystem gibt. Daraus entwickelte sich das Konzept des medizinischen Pluralismus, das Pfeleiderer als das „Nebeneinander von medizinischen Systemen“ charakterisiert, welches „das historische Produkt kultureller und sozialer Entwicklungen in seinen institutionalisierten Formen der medizinischen Versorgung“ ist (Pfeleiderer 1995: 86).

Das Konzept des medizinischen Systems geht zurück auf Leslie (1976). Er prägte den Begriff *medical systems* (aus dem sich dann später *medical pluralism* entwickelte) in dem Sammelband *Asian Medical Systems*. Aufbauend auf der von Redfield getroffenen Unterscheidung in „*great*“ und „*little traditions*“ (Redfield 1955) unterschied Leslie die medizinischen Wissenssysteme und Heilpraktiken in die „*great traditions*“ – damit meinte er die scholastischen medizinischen Traditionen Ayurveda, Unani Tibb, die traditionelle chinesische Medizin (TCM) und die Biomedizin (die Leslie als *Cosmopolitan Medicine* bezeichnete), die eine gewisse Logik und Rationalität besitzen und stellte sie den „*little traditions*“, den oral überlieferten lokalen *Folk*-Traditionen, gegenüber, die mit religiösen, aber auch mit dem „Aberglauben“ zuzuschreibenden Praktiken arbeiten (Hsu 2009). Der Sammelband enthält zusätzlich auch Beiträge, die sich mit den Adaptionen und „flows“ zwischen Systemen befassen (Dunn 1976; Taylor 1976) sowie mit dem *health seeking behaviour* in pluralistischen Gesundheitslandschaften (Montgomery 1976; Beals 1976). Wie der Titel schon zeigt, werden medizinische Traditionen als Systeme aufgefasst, als klar voneinander abgegrenzte Wissenstraditionen und Behandlungsweisen; Konzepte