

Gabriele Alex

# **Medizinische Diversität im postkolonialen Indien**

Dynamik und Perzeption von  
Gesundheitsangeboten in Tamil Nadu

**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](http://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>talainai</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 Biomedizin<sup>1</sup> 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

ländlichen Tamil Nadu und die Position der unterschiedlichen medizinischen Traditionen und Praktiken zueinander. Im Appendix befinden sich die in der Forschung verwendeten Fragebögen und deren tabellarische Auswertungen.