

HIV/AIDS und 'traditionelle' Medizin in Indien: Dynamiken des Spannungsfelds von globaler Epidemie und lokalem Handeln

by Christoph Cyranski



Health and Society in South Asia Series, no. 2

edited by William Sax, Gabriele Alex and Constanze Weigl

ISSN 2190-4294



HIV/AIDS und ‚traditionelle‘ Medizin in Indien

Dynamiken des Spannungsfelds von globaler Epidemie und lokalem Handeln

Wissenschaftliche Arbeit
zur Erlangung des akademischen Grades eines Magister Artium
im Fach Ethnologie
an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

02. Juli 2008

vorgelegt von
Christoph Cyranski
Albert-Fritz-Straße 37a
69124 Heidelberg

Gutachter:

Dr. Gabriele Alex

Prof. Dr. William S. Sax

Erklärung

Bezüglich meiner Magisterarbeit mit dem Thema

“HIV/AIDS und ‚traditionelle‘ Medizin in Indien. Dynamiken des Spannungsfelds von globaler Epidemie und lokalem Handeln“

erkläre ich hiermit, dass ich

1. die Arbeit selbstständig verfasst habe,
2. keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und alle wörtlich oder sinngemäß übernommenen Textstellen als solche kenntlich gemacht habe,
3. die Arbeit in keiner anderen Prüfung als Abschlussarbeit vorgelegt habe.

Heidelberg, den 02. Juli 2008

Christoph Cyranski

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	iv
1. Einleitung	1
2. Biomedizin, ‚traditionelle‘ Medizin, medizinischer Pluralismus	7
3. Der medizinische Pluralismus Indiens	14
3.1 Medizinsysteme in Indien	16
3.1.1 Siddha	16
3.1.2 Āyurveda	21
3.1.3 Ūnānī	22
3.1.4 <i>Folk Medicine</i>	24
3.1.5 Homöopathie	24
3.1.6 Biomedizin	26
3.2 Die historische Beziehung zwischen Biomedizin und Siddha	26
4. Die HIV/AIDS-Pandemie – ein Überblick	33
4.1 HIV/AIDS – Infektion, Krankheitsverlauf, Behandlung	34
4.2 Vom Auftauchen eines neuen Syndroms bis zur Pandemie	35
4.2.1 Entdeckung, Einordnung und Reaktionen in den ersten 20 Jahren	35
4.2.2 Das globale Ausmaß der Epidemie	37
4.3 Die HIV/AIDS-Situation in Indien	41
4.3.1 Entdeckung, Verbreitung und Übertragungsmuster von HIV/AIDS	41
4.3.2 Reaktionen der indischen Regierung auf die Epidemie	43
5. Die Rolle von Siddha im indischen Kampf gegen HIV/AIDS	49
5.1 Die Behandlung von HIV/AIDS-Patienten mit Siddha-Medizin	49
5.2 Klinische Studien zur HIV/AIDS-Siddha-Behandlung	53
6. Siddha – eine ‚biomedizinisierte Tradition‘ als Heilmittel gegen die Epidemie?	59
6.1 ‚Traditionelles‘ Siddha gegen eine moderne Bedrohung	60
6.2 Die Biomedizinisierung des indigenen Medizinsystems	68
7. Fazit	76
Literaturverzeichnis	79

Abkürzungsverzeichnis

AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
ART	Antiretrovirale Therapie
ARV	Antiretrovirales Medikament
AYUSH	<i>Department of Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha and Homeopathy</i>
CAM	<i>Complementary and Alternative Medicine</i>
CCRAS	<i>Central Council for Research in Ayurveda and Siddha</i>
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention, USA</i>
FDA	<i>U.S. Food and Drug Administration</i>
GHTM	<i>Government Hospital of Thoracic Medicine, Chennai, Indien</i>
GMP	<i>Good Manufacturing Practice</i>
HAART	<i>Highly Active Antiretroviral Therapy</i>
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
ICMR	<i>Indian Council of Medical Research</i>
NACO	<i>National AIDS Control Organisation, Indien</i>
RAN	Siddha-HIV/AIDS-Kombinationstherapie, bestehend aus <i>rasagandhi mezhugu</i> , <i>amukkara chooranam</i> und <i>nellikai lehyam</i>
RCT	<i>Randomized Controlled Clinical Trial</i>
STD	<i>Sexually Transmitted Disease</i>
TANSACS	<i>Tamil Nadu State AIDS Control Society</i>
TM	Traditionelle Medizin
UNAIDS	<i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i>
VCTC	<i>Voluntary Counseling and Testing Center</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

1. Einleitung

Vor knapp vier Jahrzehnten begann sich ein Krankheitssyndrom weltweit zu verbreiten, dem bis heute mehr als 30 Millionen Menschen zum Opfer gefallen sind: das vom humanen Immundefizienz-Virus HIV verursachte Immundefektsyndrom AIDS (*Aquired Immune Deficiency Syndrome*). Die AIDS-Pandemie hat mit HIV-Prävalenzraten¹ von bis zu mehr als 30% in manchen Ländern mittlerweile verheerende Ausmaße angenommen (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS und World Health Organization 2007: 11). Seit dem ersten Auftreten des Syndroms und der Erkenntnis, dass dieses durch eine Infektion mit HIV hervorgerufen wird, wird versucht, eine medizinische Lösung für das Problem zu finden. Doch auch nach vielen Jahren intensiver Forschung ist noch kein kuratives oder präventives medizinisches Mittel gegen das Virus bzw. das Syndrom entdeckt worden. Allerdings hat die Entwicklung verschiedener Medikamente dazu beigetragen, die Situation der mit dem Virus infizierten Personen zu erleichtern. So hat die Einführung antiretroviraler Medikamente (ARV)² die gesundheitliche Lage vieler AIDS-Patienten³ enorm verbessert (Bonfanti, Capetti und Rizzardini 1999; Tirelli und Bernardi 2001). Die ARV können das Leben dieser Personen verlängern und zu einer Verbesserung der Lebensqualität beitragen. Jedoch erzielt die antiretrovirale Therapie (ART) bei manchen Patienten⁴ keine Wirkung, beinhaltet einen komplizierten Zeitplan zur Medikamenteneinnahme und geht oftmals mit starken Nebenwirkungen wie Herzinfarkten oder Altersdiabetes einher. Des Weiteren kommt es bei ARV derselben Klasse zu so genannten Kreuzresistenzen, einer Unempfindlichkeit des HI-Virus gegenüber den ähnlichen Wirkstoffen der antiretroviralen Kombinationsmedikamente (Liu 2007: 295). Aufgrund dieser negativen Aspekte suchen immer mehr HIV/AIDS-Patienten Alternativen zu ART. Verschiedene Studien zeigen, dass in den USA über 50% der mit HIV infizierten Personen komplementäre alternative Medizin (*complemen-*

¹ Die HIV-Prävalenzrate beschreibt den prozentuellen Anteil von Personen im Verhältnis zu einer Bezugsgruppe (z.B. der Bevölkerung eines Landes), die mit dem HI-Virus infiziert sind.

² Antiretrovirale Medikamente blockieren ein Schlüsselenzym der HIV-Vermehrung in den befallenen Zellen und verlangsamen dadurch die Ausbreitung des Virus im Körper.

³ Mit dem Begriff ‚AIDS-Patienten‘ bezeichne ich Personen, die das ‚Vollbild AIDS‘ (s. Kapitel 3.1) entwickelt haben. Mit der Bezeichnung ‚HIV/AIDS-Patienten‘ verweise ich auf Personen, die AIDS entwickelt haben sowie auf diejenigen, die mit dem HI-Virus infiziert sind, bei denen der Krankheitsverlauf jedoch noch nicht allzu weit vorangeschritten ist und daher die AIDS-Kriterien noch nicht vorliegen.

⁴ Ich verwende in der Arbeit durchgängig das grammatische männliche Geschlecht. Dies geschieht zur Erleichterung der Lesbarkeit und soll nicht als Wertung der Geschlechter aufgefasst werden.

tary alternative medicine CAM)⁵ verwenden (Wootton und Sparber 2001: 374). Auch in Australien nutzt etwa die Hälfte der Patienten zusätzlich zu antiretroviralen Medikamenten CAM (Bodeker et al. 2006: 564). Diese Zahl entspricht auch der durchschnittlichen Verwendung von CAM unter HIV/AIDS-Patienten in Europa (ebd.: 563).

Doch auch in den nicht-westlichen Ländern verwendet ein hoher Anteil der infizierten Personen andere Heilmittel als ARV für die Behandlung von HIV/AIDS und der die Krankheit begleitenden Beschwerden. Hier liegen die Gründe vor allem im mangelnden Zugang zu ART aufgrund hoher Kosten oder schlechter Infrastruktur. In Asien und Afrika stellen alternative Behandlungsformen zu ART oftmals die einzige mögliche Therapieform dar. Vor allem in der von der HIV/AIDS-Pandemie weltweit am schlimmsten betroffenen Region Subsahara-Afrika werden viele Patienten mit lokaler Medizin behandelt (ebd.: 570).

Auch in Indien ist die HIV/AIDS-Epidemie stark ausgeprägt. Momentan leben etwa 2,5 Millionen Menschen mit einer HIV-Infektion auf dem Subkontinent und die Zahl der HIV-Infektionen wächst rapide (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS und World Health Organization 2008: 5). Daher hat HIV/AIDS mittlerweile eine bedeutende Stellung in der Politik der indischen Regierung inne. Ein Aspekt dieser Politik ist die Förderung des Einsatzes von ‚traditioneller‘ Medizin⁶ gegen das HI-Virus und gegen Beschwerden, die mit einer HIV-Infektion verbunden sind⁷. So wird seit einigen Jahren seitens der indischen Regierung das Potential der südindischen Siddha-Medizin⁸ für die Behandlung von HIV/AIDS proklamiert und in verschiedenen staatlichen Einrichtungen werden HIV/AIDS-Patienten mit Siddha behandelt. Im *Government Hospital of Tho-*

⁵ Die *World Health Organization* (WHO) definiert CAM als nicht-biomedizinische Behandlungen, die in Ländern durchgeführt werden, „[...] where the dominant health care system is based on allopathic medicine, or where TM [TM steht für ‚Traditional Medicine‘; Ergänzung C. C.] has not been incorporated into the national health care system“ (2002: 1).

⁶ Mit dem Begriff der ‚traditionellen‘ Medizin werden Vorstellungen von und Praktiken im Umgang mit Gesundheit und gesundheitlichen Beschwerden bezeichnet, die sich von Konzepten und Maßnahmen der ‚westlichen‘ Medizin unterscheiden. In Kapitel 2 werde ich näher auf die Bezeichnung ‚traditionelle Medizin‘ sowie auf die konzeptuellen Probleme dieses Begriffs eingehen.

⁷ Behandlungen für HIV/AIDS-Patienten können unterteilt werden in Maßnahmen gegen die Ausbreitung des Virus im Körper (antiretrovirale Behandlung), zur Stärkung des Immunsystems, zur Bekämpfung von Infektionen, die aufgrund eines geschwächten Immunsystems auftreten und zur Behandlung von Nebenwirkungen der ARV. Zur besseren Lesbarkeit werde ich fortan diese einzelnen Maßnahmen unter den Begriffen ‚HIV/AIDS-Behandlung‘ oder ‚Behandlung von HIV/AIDS‘ zusammenfassen, wenn ich mich nicht auf spezifische Formen dieser Behandlung beziehe.

⁸ Die Siddha-Medizin hat ihren Ursprung im Gebiet des heutigen südindischen Bundesstaats Tamil Nadu und ist in dieser Region die meist verwendete Medizin indischen Ursprungs. In Kapitel 3.1.1 werde ich näher auf Geschichte, Körperkonzepte, Auffassung von Gesundheit und Kranksein, Behandlungsmethoden und aktuelle Verbreitungszahlen des Siddha eingehen.

racic Medicine (GHTM) in Chennai, der größten HIV/AIDS-Klinik Indiens, erhalten HIV/AIDS-Patienten seit 1993 eine Behandlung mit Siddha-Medikamenten. Die verkündeten Erfolge der Therapie hinsichtlich der Behandlung verschiedener Symptome und einer Reduzierung der HIV-Menge im Körper der Patienten stießen auf offene Ohren nicht-indischer Ärzte, Wissenschaftler, Politiker und Mitarbeiter von internationalen Gesundheitsorganisationen. Allerdings griffen diese die Methodologie an, mit der die Wirksamkeit der Medikamente proklamiert wurde und forderten die Durchführung klinischer Studien⁹ nach westlichen Wissenschaftsmaßstäben zur Feststellung von Effizienz und Sicherheit der HIV/AIDS-Siddha-Therapie. Verantwortliche der indischen Regierung haben daraufhin begonnen, Programme zur klinischen Untersuchung der Siddha-Medikamente ins Leben zu rufen und derzeit laufen mehrere klinische Forschungen zur Siddha-Behandlung von HIV/AIDS.

Ich möchte in der vorliegenden Arbeit jedoch weder die postulierten Wirkungsmechanismen der Siddha-Medikamente einer genauen Untersuchung unterziehen, noch beabsichtige ich, die Repräsentativität oder die Validität der einzelnen Untersuchungen und die daraus gefolgerte Effizienz oder Sicherheit der HIV/AIDS-Siddha-Behandlung zu beurteilen. Vielmehr möchte ich die Förderung der Siddha-Medizin im Kampf gegen HIV/AIDS durch die indische und die tamilische Regierung hinsichtlich verschiedener soziokultureller und politischer Aspekte analysieren und gehe dabei der Frage nach, warum die Verantwortlichen versuchen, mit der indigenen Medizin gegen die Epidemie in Indien vorzugehen. Ich werde zeigen, dass die (bundes-) staatliche Förderung der für ‚traditionell‘ erachteten Siddha-Medizin nur unter Einbeziehung globaler und historischer Prozesse zu verstehen ist und durch eine Assoziierung der HIV/AIDS-Epidemie mit Aspekten einer Modernisierung Indiens geschieht. Zugleich werde ich darstellen, wie die Siddha-Medizin weniger ‚traditionell‘ ist als behauptet und im Zuge ihres Einsatzes gegen eine Ausbreitung der Epidemie eine weitere ‚Enttraditionalisierung‘ und ‚Modernisierung‘ erfährt.

Diese Vorgänge reihen sich ein in ein weltweit existierendes Spannungsfeld zwischen der global verbreiteten HIV/AIDS-Epidemie und deren lokalen Rezeptionen. Obwohl HIV/AIDS mittlerweile eine globale Existenz angenommen hat, wird auf lokaler Ebene

⁹ In klinischen Studien wird der Einfluss einer medizinischen Maßnahme auf eine Krankheit im Umfeld eines kontrollierten Experiments am Menschen untersucht. Die häufigste Form von klinischen Studien ist die am Menschen durchgeführte Untersuchung von Medikamenten, um deren Wirkungen nachzuweisen oder Nebenwirkungen festzustellen (Bundesministerium der Justiz 1976: 10).

unterschiedlich mit dem Phänomen umgegangen. Regional spezifische gegenwärtige und historische kulturelle Gegebenheiten (mit all ihren sozialen, ökonomischen, politischen und religiösen Dimensionen) führen im Lokalen zu verschiedenen Ursachenerklärungen und Neudefinitionen der Krankheit sowie zu unterschiedlichen Praktiken im Umgang mit HIV/AIDS und den daran erkrankten Personen. Zur gleichen Zeit breiten sich im Fahrwasser der Pandemie durch Aufklärungs- und Behandlungsprogramme auf Initiative westlicher Institutionen biomedizinische¹⁰ Konzepte, Praktiken und Institutionen weltweit aus, wodurch bestehende lokale Konzepte, Praktiken und Institutionen verändert werden.

Im Kontext der HIV/AIDS-Epidemie in Indien finden genau diese Prozesse der Indigenisierung und der Biomedizinisierung¹¹ statt. Im Zuge der Verwendung von Siddha bei der Behandlung von HIV/AIDS-Patienten wird das biomedizinische Konzept AIDS in die alte indische Krankheit *veṭṭai nōy*¹² transformiert. Neben dieser konzeptuellen Veränderung erfährt HIV/AIDS eine moralische Bedeutungsaufladung. Die Ursachen für die Ausbreitung der Epidemie in Indien werden in einem Verfall ‚traditioneller‘ indischer Werte in Folge einer Modernisierung und Verwestlichung des Landes gesehen. Durch die Verwendung der als ‚traditionell‘ und indisch betrachteten Siddha-Medizin sollen ‚traditionelle‘ indische Werte wiederbelebt und die westliche Modernisierung und dadurch die HIV/AIDS-Epidemie bekämpft werden. Gleichzeitig werden während dieses Prozesses indigene Konzepte und Praktiken verändert. Sowohl die Konzeptualisierung von *veṭṭai nōy* als auch die HIV/AIDS-Siddha-Behandlung weisen einen starken biomedizinischen Einfluss auf. Dies resultiert aus einer globalen Vormachtstellung der westlichen Industriestaaten und internationalen Organisationen mit westlichem Ursprung, mit der eine weltweite hegemoniale Position der westlichen Wissenschaft¹³ und daher biomedizinischer Praktiken, Konzepte und Institutionen einhergeht. Für internationale Anerkennung müssen die indische und die tamilische

¹⁰ Mit ‚Biomedizin‘ wird die primäre medizinische Theorie und Praxis in den westlichen Industriestaaten bezeichnet. Eine ausführlichere Definition folgt in Kapitel 2.

¹¹ Für Veränderungen der indigenen Medizin durch biomedizinische Einflüsse werde ich in der Arbeit den Begriff ‚Biomedizinisierung‘ verwenden. Dieser Prozess führt dazu, dass verschiedene Konzepte, Institutionen und Praktiken der indigenen Medizin wegfallen und durch biomedizinische ersetzt werden oder einzelne biomedizinische Elemente adaptiert werden, was zu indigen-biomedizinischen Neuschöpfungen führt.

¹² Begriffe aus Sprachen, die nicht auf das lateinische Alphabet zurückgreifen, habe ich in ihrer in den von mir benutzten Quellen verwendeten Umschrift übernommen.

¹³ Ich verwende in der Arbeit den Begriff ‚Wissenschaft‘ im Sinne des seit der europäischen Aufklärung herrschenden Wissenschaftsverständnisses.

onale Anerkennung müssen die indische und die tamilische Regierung Siddha transformieren und an biomedizinische Elemente anpassen.

In der vorliegenden Arbeit werde ich all diese Prozesse einer näheren Betrachtung unterziehen. Für ein umfassendes Verständnis der Indigenisierung von AIDS und der Biomedizinisierung von Siddha sind jedoch verschiedene Wissensgrundlagen nötig. Zunächst werde ich in Kapitel 2 einen kurzen Einblick in verschiedene medizinethnologische Begriffe, Konzepte und Ansätze geben, die für die weiteren Ausführungen elementar sind.

Anschließend werde ich in Kapitel 3.1 die Vielfalt der medizinischen Praktiken und Vorstellungen in Indien vorstellen. Dabei konzentriere ich mich vor allem auf die Siddha-Medizin, da sie den Mittelpunkt der Arbeit darstellt. Beschreibungen von Körper-, Krankheits- und Gesundheitskonzepten sowie von Behandlungsmaßnahmen im Siddha dienen zum einen einem Verständnis dieser südindischen Medizin. Zum anderen ist eine Einführung in grundlegende Konzepte und Praktiken der Siddha-Medizin notwendig, da nur mit deren Kenntnis die biomedizinischen Einflüsse im Rahmen der HIV/AIDS-Siddha-Behandlung erfasst werden können. Sowohl der Prozess der Biomedizinisierung von Siddha als auch der Prozess der Indigenisierung von AIDS sind untrennbar mit der Geschichte der Biomedizin in Indien verknüpft. Die Ausbreitung der europäischen Medizin auf dem Subkontinent führte zu komplexen Prozessen der Adaption, Umformung und Ablehnung biomedizinischer Praktiken und Vorstellungen sowie zu Transformationen indigener Medizinelemente. Verschiedene Aspekte dieser Dynamiken sind auch im momentanen Diskurs um die Verwendung von Siddha-Medizin gegen HIV/AIDS relevant. Daher erfolgt in Kapitel 3.2 eine kurze historische Betrachtung der Ausbreitung europäischer Medizin in Indien in den letzten 200 Jahren und dabei wird speziell das Verhältnis zwischen Biomedizin und Siddha beleuchtet.

Kapitel 4 befasst sich mit der derzeitigen Situation sowie der historischen Entwicklung von HIV/AIDS weltweit und speziell in Indien. Informationen zu biomedizinischen Konzepten der Übertragung und des Krankheitsverlaufs sowie zur biomedizinischen Behandlung von HIV/AIDS in Kapitel 4.1 fungieren als Grundlage für die spätere Analyse der biomedizinischen Einflüsse in der HIV/AIDS-Siddha-Behandlung. Die Übersicht über die Entdeckungsgeschichte und die globale Verbreitung von HIV/AIDS in Kapitel 4.2 zeigt die relativ kurze Existenz und das globale Ausmaß der Krankheit, was im Widerspruch zum HIV/AIDS-Siddha-Diskurs steht, in dem AIDS zu einer alten, in-

dischen Krankheit transformiert wird. Die Schilderung der momentanen Situation der Epidemie in Indien in Kapitel 4.3.1 dient zur Kontextualisierung des Themas der Arbeit und zeigt den Bedarf an kostengünstigen Alternativen zu biomedizinischen Medikamenten auf dem Subkontinent auf. Die Darstellung der Reaktionen seitens der indischen Regierung auf die Ausbreitung von HIV/AIDS in Kapitel 4.3.2 verdeutlicht ‚sozio-ätiologische‘ Parallelen in den Interpretationen von HIV/AIDS der indischen Regierung zu Beginn der Epidemie und verschiedener Akteure im heutigen Diskurs um die Förderung von Siddha gegen HIV/AIDS, die als Ursache der Ausbreitung der Epidemie eine Verwestlichung und Modernisierung Indiens sehen.

In Kapitel 5 werde ich die staatliche Förderung von Siddha-Medizin im Kampf gegen HIV/AIDS schildern. Dabei stelle ich in Kapitel 5.1 die Behandlungen von HIV/AIDS-Patienten mit Siddha-Medizin dar und zeige, wie hierbei das biomedizinisch konzeptualisierte Syndrom AIDS in die indigene Krankheit *veṭṭai nōy* umgewandelt wird. Gleichzeitig werden in der Beschreibung der Behandlungen verschiedene biomedizinische Einflüsse sichtbar. In Kapitel 5.2 betrachte ich die Debatte um Effizienz und Sicherheit der HIV/AIDS-Siddha-Behandlung und gehe näher auf die von indischen und nicht-indischen Akteuren in diesem Zusammenhang geforderten und nach biomedizinischen Maßstäben durchgeführten klinischen Studien ein.

All diese verschiedenen Punkte der einzelnen Kapitel werde ich in Kapitel 6 aufgreifen und analysieren, wie Siddha im Kontext der HIV/AIDS-Pandemie aufgrund verschiedener gegenwärtiger und historischer lokaler und globaler Prozesse eine Biomedizinisierung erfährt, warum es zur Transformation von AIDS in *veṭṭai nōy* kommt und warum Siddha für ein adäquates im Kampf gegen AIDS bzw. *veṭṭai nōy* gehalten wird.

2. Biomedizin, ‚traditionelle‘ Medizin, medizinischer Pluralismus

Weltweit haben Menschen Theorien zu Krankheitsursachen sowie Praktiken zur medizinischen Versorgung entwickelt. Allerdings unterscheiden sich Vorstellungen von Gesundheit, Wohlbefinden, Krankheit und Kranksein¹⁴ interkulturell und in unterschiedlichen Gesellschaften existieren verschiedene Systeme der medizinischen Versorgung. Dies ist darauf zurückzuführen, dass medizinische Systeme Teil des kulturellen und sozialen Systems der jeweiligen Gesellschaft sind und von ökonomischen, politischen, sozialen und religiösen Strukturen der Vergangenheit sowie der Gegenwart beeinflusst werden (Pfleiderer 1995: 88). Landy definiert das medizinische System einer Gesellschaft als

„the total organization of its social structures, technologies, and personnel that enable it to practice and maintain its medicine [...], and to change its medicine in response to varying intracultural and extracultural challenges“ (1977: 131).

Die Medizin einer Gesellschaft besteht dabei Landy zufolge aus denjenigen kulturellen Praktiken, Methoden, Techniken und Substanzen, die es ermöglichen, Gesundheit zu bewahren und Krankheit oder Schädigungen zu vermeiden bzw. zu verbessern. Sie ist Teil eines Netzwerks aus Werten, Traditionen, Vorstellungen sowie Formen der ökologischen Anpassung (ebd.).

Dass medizinische Systeme untrennbar mit kulturellen Vorstellungen und Praktiken einer Gesellschaft verbunden sind, zeigt auch Kleinman. Er fasst die Systeme, die er als *health care systems*¹⁵ bezeichnet, als kulturelle Systeme auf:

¹⁴ Im medizinethnologischen Diskurs wird zwischen Krankheit und Kranksein (*disease* und *illness*) unterschieden. Eisenberg, der die konzeptuelle Unterscheidung 1977 einführte, definiert *illnesses* als „*experiences* of disvalued changes in states of being and in social function“ und *diseases* als „*abnormalities* in the *structure* and *function* of body organs and systems“ (1977: 11; Hervorh. i. Orig.).

¹⁵ Kleinman zieht den Begriff ‚*health care system*‘ dem Begriff ‚*medical system*‘ vor, da er letzteren als ‚*medico-centric*‘ (1986: 31) ansieht. Auch Alter verweist darauf, dass der Begriff ‚Medizinsystem‘ hinsichtlich einer universellen Anwendung problematisch sei. Anhand des Beispiels von Medizin in Asien stellt er die Hypothese auf, dass die komplette Kategorie ‚Medizin‘ Asien in der Moderne aufgezwungen wurde und er weist darauf hin, dass man bei den verschiedenen ‚medizinischen‘ Traditionen Asiens eigentlich nicht von Medizinsystemen sprechen kann (2005: 15ff). Allerdings präsentiert er keinen Alternativbegriff. Da der Begriff ‚Medizinsystem‘ weiterhin zum festen medizinethnologischen Vokabular zählt und vor allem weil die Akteure im Diskurs über den Einsatz von ‚traditioneller‘ Medizin bei HIV/AIDS in Indien den Begriff gebrauchen (*Indian Systems of Medicine* ISM) werde ich ebenfalls den Begriff verwenden.

„Such cultural systems, which I shall call *health care systems*, are, like other cultural systems (e.g. kinship and religious systems) built out of meanings, values, behavioural norms and the like. The health care system articulates illness as a cultural idiom, linking beliefs about disease causation, the experience of symptoms, specific patterns of illness behaviour, decisions concerning treatment alternatives, actual therapeutic practices and evaluations of therapeutic outcomes” (1986: 31f; Hervorh. i. Orig.).

So gibt es weltweit eine große Anzahl verschiedener Medizinsysteme. Die vorrangige medizinische Theorie und Praxis in den westlichen Industriestaaten wird als Biomedizin bzw. moderne, westliche, kosmopolitische oder wissenschaftliche Medizin bezeichnet. Ich verwende in der Arbeit den Begriff Biomedizin, der im medizinethnologischen Diskurs am gebräuchlichsten ist, da er das Medizinsystem treffender charakterisiert als die anderen Alternativen. Zum einen ist er nicht implizit wertend wie ‚moderne Medizin‘. Zum anderen hat das Medizinsystem seine Ursprünge zwar im Westen, ist mittlerweile jedoch global verbreitet. Auch weist die Biomedizin teilweise gewisse nicht-wissenschaftliche, ‚magische‘ Elemente auf (Blumenhagen 1979). Den Begriff ‚Biomedizin‘ führten Hahn und Kleinman 1983 in den medizinethnologischen Diskurs ein, um eine adäquate Bezeichnung für dieses Medizinsystem zu liefern, dessen Diagnose- und Behandlungsspektrum sich an den Naturwissenschaften (mit der Biologie als vorstehende Disziplin) ausrichtet:

„By the name *Biomedicine* we refer to the predominant medical theory and practice of Euro-American societies, a medicine widely disseminated throughout the world [...] We use „Biomedicine“ as a name for this medicine, referring to its focus on human biology, or more accurately, on physiology, even pathophysiology“ (Hahn und Kleinman 1983: 305; Hervorh. i. Orig.).

In der Biomedizin werden naturalistische Erklärungen, die häufige Verabreichung von Medikamenten, der Einsatz verschiedener Technologien und empirische Forschung betont. Generell überwiegen kurative Maßnahmen gegenüber präventiven. Die Praktiken sind weitestgehend standardisiert und werden weltweit ähnlich durchgeführt. Allerdings beruht die Biomedizin auf einem euro-amerikanischen Weltbild und ist daher wie alle anderen medizinischen Systeme kulturell konstruiert. So ist in der Biomedizin die Krankheit (*disease*) der alleinige Ausdruck von abnormen und krankhaften Vorgängen und Zuständen im Körper. Diese Krankheiten können biomedizinischen Vorstellungen zufolge durch für sich alleine stehende Symptome identifiziert werden. Eine Konsequenz daraus ist, dass Krankheit oft eine ‚Existenz‘ abgetrennt vom Patienten annimmt und dadurch nur sie und nicht der Patient behandelt wird. Krankheitsklassifikationen sowie Diagnostik der Biomedizin beruhen auf bestimmten westlichen kulturellen Annahmen bezüglich Kausalität und Natur der Wirklichkeit (Brown, Inhorn und Smith

1996: 190). Auch die Verbindung der Biomedizin mit wissenschaftlichen Aspekten zeigt, dass das Medizinsystem tief in kulturellen Voraussetzungen und Werten verwurzelt ist, da das Streben nach Wissenschaftlichkeit laut Lock und Scheper-Hughes einem spezifisch westlichen historischen und kulturellen Kontext entstammt (1996: 48). Genauso machen nationale und regionale Unterschiede hinsichtlich biomedizinischer Praktiken und Vorstellungen in den westlichen Ländern deren Kulturgebundenheit deutlich. So unterscheiden sich europäische und US-amerikanische Interpretationen von Schizophrenie und von den Ursachen niedrigen Blutdrucks genauso wie die Anzahl und die Art von durchgeführten chirurgischen Eingriffen (Brown und Hatfield-Timajchy 1997: 319).

Neben der Biomedizin existiert weltweit eine enorme Vielzahl anderer Medizinsysteme. Obwohl diese sich teilweise hinsichtlich verschiedener Elemente stark voneinander unterscheiden, werden sie in Abgrenzung zur Biomedizin unter der Kategorie ‚indigene‘ oder ‚traditionelle Medizinsysteme‘ zusammengefasst. Die WHO definiert traditionelle Medizin als

„diverse health practices, approaches, knowledge and beliefs incorporating plant, animal and/or mineral based medicines, spiritual therapies, manual techniques and exercises applied singularly or in combination to maintain well-being, as well as to treat, diagnose or prevent illness“ (World Health Organization 2002: 7).

Diese vielfältigen Formen gesundheits- und krankheitsbezogener Aspekte werden durch die Verwendung des Begriffs ‚traditionelle Medizin‘ der Biomedizin gegenübergestellt, die auch als ‚moderne Medizin‘ bezeichnet wird (s.o.). Dies erklärt Greifeld mit deren kurzen Geschichte, verglichen mit anderen Medizinsystemen wie dem südasiatischen Āyurveda oder der Traditionellen Chinesischen Medizin, sowie mit der Tatsache, dass die Biomedizin mittlerweile in vielen Regionen weltweit ‚in Mode‘ ist (1995: 13).

Jedoch birgt die Bezeichnung ‚traditionell‘ für die nicht-biomedizinischen Medizinsysteme Schwierigkeiten. Neben einer impliziten Abwertung, die im Begriff ‚traditionell‘ gegenüber ‚modern‘ mitschwingt, kann die postulierte Traditionsgebundenheit in Frage gestellt werden. So beinhalten viele ‚traditionelle‘ Medizinsysteme ‚moderne‘ Elemente, die durch Einflüsse der Biomedizin aufgenommen wurden. Ich werde daher in meinen weiteren Ausführungen überwiegend die im medizinethnologischen Diskurs synonym gebrauchten Begriffe ‚nicht-biomedizinische‘ oder ‚indigene‘ Medizin verwenden, wenn ich mich allgemein auf nicht biomedizinische Heilpraktiken und -konzepte

beziehe¹⁶. Der Gebrauch der beiden Begriffe erfolgt wertfrei und allein zur Abgrenzung von der Biomedizin.

Die Wahrnehmung der weltweiten Existenz verschiedener Medizinsysteme hat in der Wissenschaftswelt zur Bildung des Konzepts des ‚medizinischen Pluralismus‘ geführt, das heute zum analytischen Standardrepertoire der Medizinethnologie gehört. Es beinhaltet die parallele Existenz verschiedener Traditionen von Vorstellungen über Körper, Krankheit und Gesundheit sowie der Behandlung von Krankheit und Kranksein innerhalb einer Gesellschaft mit kooperativen oder konfliktiven Beziehungen zueinander (Leslie 1976). Der Begriff ‚medizinischer Pluralismus‘ entstand in den 1970er Jahren aus der Diskussion von Asienforschern über den Zusammenhang von Medizin und Kultur. Er wurde in Abgrenzung zu evolutionistischen Konzepten benutzt, denen zufolge die Biomedizin im Laufe der Zeit die ‚traditionellen‘ Medizinsysteme ersetzen würde. Die Einführung des Konzepts implizierte dagegen eine analytische Gleichberechtigung verschiedener Medizinsysteme in einer Gesellschaft. Die Vorstellungen und Praktiken innerhalb der einzelnen Systeme wurden weitestgehend neutral betrachtet, ohne sie einer Wertung zu unterziehen. In den 1990er Jahren wandelte sich dann das Konzept des medizinischen Pluralismus durch einen Paradigmenwechsel in der wissenschaftlichen Debatte. Nicht mehr systembezogene Betrachtungen, sondern prozesshafte Ansätze rückten dabei in den Vordergrund. Ein Ergebnis davon waren Forschungen zum Patientenverhalten vor dem Hintergrund der Koexistenz verschiedener medizinischer Systeme, wie das ‚*healer shopping*‘. Dabei werden auf der Suche nach Heilung oder Linderung von Beschwerden verschiedene Heilinstanzen unterschiedlicher Medizinsysteme aufgesucht. Allerdings wurden die unterschiedlichen Systeme inhaltlich kaum miteinander in Verbindung gebracht und dadurch herrschte die Auffassung, dass sie wertfrei zueinander bestünden (Hörbst und Wolf 2003: 20f).

Medizinsysteme können jedoch nicht isoliert nebeneinander bestehen, ohne dass es zu wechselseitigen Beeinflussungen kommt. Medizinische Traditionen sind an sich dynamisch und offen gegenüber Innovationen. Einzelne Elemente aus anderen Medizinsystemen werden übernommen und in Adaptionsprozessen kommt es zu Transformationen

¹⁶ Allerdings ist eine Verwendung des Begriffs ‚traditionelle Medizin‘ unumgänglich, wenn ich den Diskurs um den Einsatz von Siddha-Medizin für die Behandlung von HIV/AIDS beleuchte, da er in diesem Kontext von den verschiedenen Akteuren als Begründung für den Einsatz von Siddha gebraucht wird. In diesem Zusammenhang gehe ich auch der Frage nach, inwieweit die im Kontext von HIV/AIDS verwendete Siddha-Medizin als ‚traditionell‘ und ‚authentisch‘ betrachtet werden kann, wie es von den Akteuren postuliert wird.

der ‚ursprünglichen‘ Medizinsysteme¹⁷ bzw. ihrer Elemente. In einem dynamischen Prozess durch Raum und Zeit werden Wissen und Praktiken bezüglich Körper, Krankheit, Kranksein, Gesundheit und Wohlbefinden neu verhandelt und konstruiert (Lock und Scheper-Hughes 1996: 49).

Wechselseitige Beeinflussungen verschiedener medizinischer Konzepte und Praktiken liegen bereits seit Jahrhunderten, wenn nicht Jahrtausenden vor. Vor allem in der Zeit vor der Gründung von Nationalstaaten bestand großes Interesse an Neuem, Innovativem und Effektivem aus anderen Kulturräumen und es herrschte ein reger interkultureller Austausch (Alter 2005: 14). Auch die heutige Biomedizin im Westen ist ein Ergebnis verschiedener kultureller Einflüsse. Vor Beginn der Neuzeit hatten arabische und griechische Vorstellungen Einfluss auf die medizinischen Praktiken in Europa. So gelangten die humoralmedizinischen Konzeptionen¹⁸ der griechischen Gelehrten Hippokrates (460-370 v. Chr.) und Galen (129-199 n. Chr.) im 8. und 9. Jahrhundert in arabische Übersetzungszentren, wo sie ins Arabische übertragen wurden. Von da aus gelangten die Werke im 11. und 12. Jahrhundert nach Italien und Spanien und traten nach Übersetzung ins Lateinische ihren Siegeszug durch Europa an. Die Humoralmedizin stellte in Folge das vorherrschende Medizinsystem während des europäischen Mittelalters dar (Hörbst und Wolf 2003: 14f). Sie wirkte noch bis in die Renaissance und Neuzeit hinein, also in Epochen, in denen sich eine „Bio-Medizin früherer Prägung“ (ebd.: 15) zu entwickeln begann. Auch mit dem Kolonialismus gelangten außereuropäische Medizin-elemente nach Europa. So fanden verschiedene Extrakte nichteuropäischer Pflanzen, wie das die Syphilis heilende Guajakholz oder das gegen Malaria eingesetzte Chinin des Chinarindenbaumes, Aufnahme in den bestehenden medizinischen Kanon (ebd.: 16). Aber auch heute werden Techniken und Konzepte verschiedenen kulturellen Ursprungs in biomedizinische Behandlungen integriert. Als vielleicht bekanntestes Beispiel ist hier die Akupunktur aus der Traditionellen Chinesischen Medizin anzuführen.

¹⁷ Es ist aufgrund der beschriebenen Dynamiken jedoch fraglich, ob Medizinsysteme überhaupt jemals als solche ‚Entitäten‘ bestanden. Daher kann faktisch auch nicht von *der* Biomedizin gesprochen werden. Vor allem die globale Ausbreitung des ursprünglich westlichen Medizinsystems führte im Lokalen zu Veränderungen einzelner Elemente und damit des gesamten Komplexes, so dass *die* Biomedizin weltweit in unterschiedlicher Form existiert. Allerdings beinhalten alle lokal unterschiedlichen Formen das definierende Element des Biologiebezugs und verschiedene andere Aspekte (wie die Verabreichung standardisierter Medikamente oder die Betonung empirischer Forschung), was sie gleichzeitig von anderen Medizinsystemen abgrenzen. Da ich mich in meinen Ausführungen zur Biomedizinisierung von Siddha auf diese Aspekte beziehe, verwende ich den Begriff ‚*die* Biomedizin‘.

¹⁸ Die Humoralmedizin fasst ein Gleichgewicht zwischen verschiedenen Körpersäften und polaren Qualitäten als Gesundheit und ein Ungleichgewicht zwischen diesen Elementen als Krankheit oder Kranksein auf.

Transformationen von Medizinsystemen fanden und finden aber vor allem aufgrund transkultureller Übertragungen medizinischer Elemente von Europa in die restlichen Erdteile statt. So wurden während der Kolonialzeit europäische Praktiken und Konzepte weltweit verbreitet und in komplexen Prozessen von Umgestaltung und Neuinterpretation in die regional existierenden Medizinsysteme eingegliedert. Zunächst wurden nur Europäer und einige wenige in Regierungskreisen tätige Einheimische mit der Medizin der Kolonialmächte versorgt. Als jedoch das Ansteckungspotential vieler Krankheiten erkannt wurde, wurden zunehmend Programme ins Leben gerufen, um größere indigene Populationen zu behandeln, die in Kontakt mit den Europäern waren (Meade, Florin und Gesler 1988: 264f). Dennoch hatte die europäische Medizin in den kolonialisierten Ländern vorerst nur geringen Einfluss. Dies änderte sich paradoxerweise nach deren Unabhängigkeit. In vielen Staaten hatte eine einheimische Elite die westliche Medizin übernommen und förderte ihren Einsatz. Zusätzlich stieg die Anzahl der Personen, die in Europa oder Nordamerika Medizin studierten und nach der Rückkehr in ihre Heimatländer zu einer Verbreitung biomedizinischer Praktiken und Vorstellungen beitrugen (ebd.: 265). Eine Intensivierung der globalen Verbreitung der Biomedizin geschah und geschieht heute vor allem durch ihre Einbettung in machtvolle Institutionen wie die WHO (Hörbst und Krause 2004: 48).

Aufgrund ihrer weltweiten Ausbreitung und ihrer Vormachtstellung in vielen Ländern wird die Biomedizin aus der Perspektive der Dependenztheorie¹⁹ mittlerweile als global und hegemonial charakterisiert (Elling 1981). Diese hegemoniale Stellung führt dazu, dass in vielen nicht-westlichen Ländern indigenes medizinisches Wissen sowie medizinische Praktiken, Objekte und Institutionen von biomedizinischen Elementen beeinflusst und dadurch verändert werden.

Diese ‚Biomedizinisierung‘ indigener Medizinsysteme stellt einen Schwerpunkt meiner Arbeit dar. In Kapitel 6 werde ich die biomedizinischen Einflüsse im Kontext des Einsatzes der südindischen Siddha-Medizin gegen HIV/AIDS in Indien analysieren. Der andere Schwerpunkt, die Indigenisierung biomedizinischer Konzepte, ist ebenfalls mit der globalen Verbreitung der Biomedizin verknüpft. Die lokale Einbettung weltweit verbreiteter biomedizinischer Vorstellungen unterliegt aufgrund unterschiedlicher kultureller, sozialer und politischer Kontexte nationalen, regionalen und lokalen Umset-

¹⁹ Der Dependenztheorie zufolge kann eine Analyse von Entwicklungsländern nur vor dem Hintergrund ihrer Beziehung zum weltweiten kapitalistischen System, das sich seit dem 16. Jahrhundert von Europa aus ausgebreitet hat und mittlerweile den gesamten Globus umspannt, geschehen (Morsy 1996: 34).

zungsunterschieden. So wird auch im Rahmen der Verwendung von Siddha im Zuge der HIV/AIDS-Epidemie in Indien das global verbreitete biomedizinische Konzept HIV/AIDS indigenisiert und erfährt, wie ich in Kapitel 6 zeigen werde, eine Umdeutung und Neuinterpretation.

Um diese Prozesse der Biomedizinisierung von Siddha und der Indigenisierung von HIV/AIDS erkennen und verstehen zu können, müssen verschiedene Aspekte des medizinischen Pluralismus in Indien berücksichtigt werden. So kann zum einen die Biomedizinisierung von Siddha nur mit Kenntnis der grundlegenden Vorstellungen und Praktiken der Siddha-Medizin erfasst werden. Ich werde daher nachfolgend in Kapitel 3.1 zunächst eine Einführung in dieses südindische Medizinsystem geben. Zur kontextuellen Einordnung werde ich auch kurz die anderen Medizinsysteme vorstellen, die momentan in Indien existieren. Zum anderen ist ein adäquates Verständnis der Biomedizinisierung nur durch eine historische Betrachtung des Verhältnisses zwischen Biomedizin und indigenen Medizinsystemen in der indischen Geschichte möglich. Und auch die Prozesse der Indigenisierung von HIV/AIDS können nur mit Kenntnis der historischen Beziehungen zwischen Biomedizin und einheimischen Medizinsystemen auf dem Subkontinent verstanden werden. Daher erfolgt in Kapitel 3.2 eine historische Betrachtung der Übertragung und Ausbreitung der europäischen Medizin nach bzw. in Indien mit einem Fokus auf Aktionen und Reaktionen unterschiedlicher Akteure.

3. Der medizinische Pluralismus Indiens

In dem Sammelband *„Asian Medical Systems: A Comparative Study“* (1976) betrachten Leslie und die anderen Autoren die Koexistenz zahlreicher medizinischer Systeme im südasiatischen Raum. Die einzelnen Beiträge befassen sich mit Traditioneller Chinesischer und Tibetischer Medizin, mit dem Āyurveda und mit der muslimisch geprägten Ūnānī-Medizin, um einige Beispiele der betrachteten ‚Hochmedizinen‘ zu nennen, sowie mit Besessenheitskulten und anderen autochthonen therapeutischen Systemen der so genannten *„folk medicine“*. Auch in Indien gestaltet sich das Bild medizinischer Traditionen sehr heterogen und ist schwer zu systematisieren. Nach Postert gibt es Indien eine „kaum überschaubare Vielfalt an Heilpraktiken und lebensverlängernden Techniken“ (2003: 91). Diese lassen sich grob in indigene Medizinsysteme wie Āyurveda, Ūnānī, Siddha und *„folk medicine“* einerseits sowie in Traditionen ohne südasiatischen Ursprung wie Biomedizin und Homöopathie andererseits gliedern²⁰. Etwa 70% der indischen Gesamtbevölkerung verwendet indigene Medizin zur medizinischen Grundversorgung. Vor allem die ländliche Bevölkerung bevorzugt Āyurveda, Ūnānī und Siddha (Lavekar und Sharma 2005: 90). Diese drei medizinischen Traditionen, die nicht-medikamentösen Systeme Yoga und Naturheilkunde sowie die ursprünglich aus Deutschland stammende, mittlerweile jedoch in Indien weit verbreitete Homöopathie sind in Indien institutionalisiert und staatlich anerkannt. Sie sind in das nationale Gesundheitssystem eingegliedert und Teil der nationalen Gesundheitspolitik. So zeichnet das *Department of Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha and Homeopathy* (AYUSH) im Ministerium für Gesundheit und Familie verantwortlich für ein umfassendes Netz von Ausbildungseinrichtungen, Gesundheitsversorgung, Forschungsinstitutionen und Einrichtungen zur Medikamentenherstellung (ebd.: 89f).

Die Biomedizinisierung von Siddha, aber auch der andere Schwerpunkt meiner Arbeit, die Indigenisierung von HIV/AIDS, sind direkt und indirekt mit der Ausbreitung der Biomedizin in Indien verbunden. Daher werde ich im zweiten Teil dieses Kapitels einen kurzen historischen Abriss über die Entwicklung der Biomedizin in Indien in den letzten beiden Jahrhunderten liefern. Das ursprünglich westliche Medizinsystem hat mittlerwei-

²⁰ Die Unterteilung des medizinischen Pluralismus in Indien in diese einzelnen medizinischen Traditionen ist allerdings als idealtypische Kategorisierung zu verstehen. In der Heilpraxis werden die einzelnen Systeme in verschiedenen Kontexten auf unterschiedliche Weise realisiert und zum Teil werden einzelne Elemente mehrerer Systeme miteinander vermischt.

le eine hegemoniale Position auf dem Subkontinent eingenommen und wird sowohl von den bundesstaatlichen Regierungen als auch von der Staatsregierung anderen Medizintraditionen gegenüber bevorzugt (Hausmann 2002). Allerdings ging die Übertragung der Biomedizin von Europa nach Indien und die dortige Ausbreitung mit verschiedenen komplexen Prozessen der Aneignung, Umgestaltung und Ablehnung biomedizinischer Praktiken und Vorstellungen sowie mit Neukonfigurationen indigener Medizinelemente einher. Ich werde verschiedene Dynamiken dieses Transferprozesses in den letzten beiden Jahrhunderten betrachten und besonders das historische Verhältnis von Biomedizin und Siddha beleuchten. Zum einen verdeutliche ich damit die historische Dimension der wechselseitigen Beeinflussungen dieser Medizinsysteme. Zum anderen liefere ich damit die Verständnisgrundlage für verschiedene Prozesse innerhalb des aktuellen Diskurses über die Indigenisierung von HIV/AIDS und die Biomedizinisierung von Siddha im Kontext der HIV/AIDS-Behandlung mit dem südindischen Medizinsystem.

Zunächst werde ich jedoch im ersten Abschnitt dieses Kapitels die verbreitetsten Medizinsysteme in Indien kurz vorstellen. Durch die Präsentation der unterschiedlichen medizinischen Traditionen wird die Konzept- und Praxisvielfalt des medizinischen Pluralismus in Indien deutlich. Ich konzentriere mich dabei auf historische Fakten, Körper-, Krankheits- und Gesundheitskonzepte, Behandlungsmaßnahmen sowie aktuelle Zahlen zur Verbreitung der Systeme. Die Beschreibung der einzelnen Systeme soll einen kleinen Einblick in die Vielfalt des medizinischen Pluralismus Indiens geben und die Darstellungen sind als idealtypische Formen zu verstehen²¹.

Den meisten Raum in meinen Ausführungen wird Siddha einnehmen, da er den Fokus meiner Arbeit bildet. Die eingehendere Darstellung dieses Medizinsystems dient als Basis für meine Ausführungen in Kapitel 6 zur Biomedizinisierung von Siddha im Rahmen der HIV/AIDS-Behandlung. Eine Einführung in grundlegende Konzepte und Praktiken im Siddha ist die Voraussetzung dafür, um die biomedizinischen Einflüsse feststellen zu können.

²¹ Aufgrund wechselseitiger Einflüsse kommt und kam es zu Vermischungen und Transformationen unter den einzelnen Medizinsystemen. So beinhalten die indigenen Medizinsysteme heute oftmals verschiedene biomedizinische Elemente wie Röntgen- oder Ultraschallgeräte als Diagnosemittel oder Medikamente in Tabletten- oder Kapselform. Auch unter den indischen Medizinsystemen kam es aufgrund ihrer über 1000-jährigen Koexistenz zu vielen wechselseitigen Beeinflussungen. So stimmen die drei ‚großen Traditionen‘ Ayurveda, Ūnānī und Siddha in vielen Konzepten und Theorien überein.

3.1 Medizinsysteme in Indien

3.1.1 Siddha

Siddha ist ein lokales Medizinsystem, das weitestgehend auf den dravidischen Sprachraum Südindiens beschränkt und in Tamil Nadu neben der Biomedizin das meist verwendete ist. Es ist stark von der Philosophie des Yoga²², von Theorien und Praktiken des Tantrismus²³ sowie von Konzepten der Alchemie und des Āyurveda beeinflusst.

Siddha basiert auf über 700 Schriften verschiedener südindischer Weisen (Subbarayappa 1997: 1841). Das Alter der Werke, die allesamt in tamilischer Schrift entstanden sind, ist nur schwer zu bestimmen. Aufgrund der Verwendung bestimmter Lehnwörter aus dem Sanskrit werden die verschiedenen Texte zwischen dem 8. und 19. Jahrhundert datiert, wobei einzelne Lehren in den Schriften wohl auch älter sein können (Kumuraswamy 1985: 65). Der älteste noch vorhandene Text ist das *Tirumantiram* von Tirumūlar aus dem 8. Jahrhundert, welcher gleichzeitig als der bedeutsamste Text aufgefasst wird. Die gesammelten Werke Rāmalingars (*Tiruvaruṭpā*) aus dem 19. Jahrhundert gelten als der zweitwichtigste Siddha-Textkorpus (Trawick 1992: 131). Die Werke sind zum Teil in Prosa, zum Teil in Versform verfasst und handeln neben medizinischen Themen von Religion, Astrologie, Yoga und Alchemie (Kumuraswamy 1985: 66).

Den Verfassern der Schriften werden acht übernatürliche Kräfte (*siddhis*) zugesprochen, aufgrund derer sie als Siddhars („Vollendete“) bezeichnet werden. Zu diesen *siddhis* gehören unter anderem die Fähigkeiten, den Körper immateriell zu machen und so alles durchdringen zu können, Tote zu erwecken sowie durch die Luft zu schweben (ebd.: 62f). Die Siddhars waren praktizierende Yogis. Im Gegensatz zu den Lehren des klassischen Yoga waren sie allerdings der Ansicht, dass eine Befreiung (*mutti*) nur durch den Körper und nur während dieses Lebens geschehen kann. Aus diesem Grund sollte der

²² Der Yoga ist eine der sechs klassischen Schulen der indischen Philosophie mit mehr als 2000-jähriger Geschichte und umfasst verschiedene geistige und körperliche Praktiken.

²³ Der Tantrismus ist eine religiöse Strömung, die sich ab dem 2. Jahrhundert n. Chr. in Indien zu entwickeln begann und Einfluss auf Hinduismus und Buddhismus hatte. Den tantrischen Lehren zufolge liegt in den Unterschieden zwischen Makro- und Mikrokosmos sowie zwischen männlich und weiblich keine wirkliche Dualität vor und Erlösung wird als deren Wiedervereinigung zum ursprünglich ungetrennten Einen verstanden. Der Heilsweg beinhaltet Rituale, die sich oftmals aus sexuellen Praktiken (zur Wiedervereinigung) zusammensetzen. Weitere Elemente des Tantrismus sind verschiedene Yoga- und Meditationstechniken, Beschwörungsformeln, Verehrung ritueller Diagramme sowie die Verwendung von Verjüngungssubstanzen (Subbarayappa 2001: 430).

Körper möglichst lange in tadellosem Zustand gehalten werden. Da der Körper schneller altert als sich die spirituelle Entwicklung durch Yoga und Meditation vollzieht, wurde versucht, das Leben durch Aufhalten des Alterns und durch Verjüngung zu verlängern. Die medizinischen Aspekte der Erhaltung der Gesundheit und der Verlängerung des Lebens dienen im Siddha also der spirituellen Vollendung des Menschen (ebd.: 66f).

Die Körperkonzeption im Siddha hat ihre Ursprünge im Tantrismus. Einen zentralen Raum nehmen sieben vitale Nerven- oder Energiezentren (*cakras*) ein, die im Körperinneren zwischen dem unteren Ende der Wirbelsäule und der Höhe der Augenbrauen lokalisiert sind. Das unterste *cakra* (*mulādhāraṃ*) befindet sich zwischen Anus und Genitalien und hat die Form einer Lotusblüte mit vier Blütenblättern. Zwischen den Genitalien und dem Bauchnabel liegt das *svādhiṣṭhānam*, welches die Gestalt einer Lotusblüte mit sechs Blütenblättern hat. Das *maṇipūragaṃ* wird in der Form eines Lotus mit zehn Blütenblättern gedacht und befindet sich in Höhe des Bauchnabels. In der Region des Herzens liegt das *anāhataṃ* mit 12 Lotusblütenblättern. Am Übergang von Rückenmark zu Hirnstamm befindet sich das *viśuddhi* mit 16 Blütenblättern. Das oberste *cakra*, *ājñā*, wird zwischen den Augenbrauen verortet und hat die Form einer Lotusblüte mit 1000 Blütenblättern (Subbarayappa 2001: 433). In der Region des untersten *cakras* *mulādhāraṃ* befindet sich die Göttin Kuṇḍalinī. Durch intensive Yoga-Praktiken sollen die einzelnen *cakras* stimuliert werden, so dass die im Körper latent vorliegende Energie ansteigt und dazu verhilft, Kuṇḍalinī vom untersten zum obersten *cakra* zu transportieren. Dies führt zur göttlichen Vereinigung zwischen Śiva und Kuṇḍalinī, wodurch der Nektar *nitai* in den Blutkreislauf tropft und zu Untersterblichkeit führt, das ultimative Ziel eines Siddhars (ebd.).

Fünf der *cakras* werden mit den Elementen Erde, Wasser, Feuer, Luft und Ätherraum assoziiert. Dabei dient *nela* (Erde) als Basis für *mulādhāraṃ*, *nir* (Wasser) für *maṇipūragaṃ*, *thi* (Feuer) für *anāhataṃ*, *vali* (Wind) für *viśuddhi* und *viśuṃbu* (Ätherraum) für *ājñā* (ebd.: 434).

Neben den sieben *cakras* besteht der menschliche Körper der Siddha-Konzeption zufolge aus 72.000 Venen und Nerven, zehn vitalen Winden (*prāṇa*) und zehn vitalen Pulsen (*nāḍī*). Des Weiteren wird der Körper im Siddha in fünf Bereiche unterteilt, die mit den

biomedizinischen Äquivalenzen Magen, ‚kleine Eingeweide‘, ‚große Eingeweide‘, Niere und Genitalien korrelieren. Allerdings gibt es im Siddha keine detaillierte Beschreibung der Verdauungs- und Stoffwechselfunktionen in diesen Bereichen (Subbarayappa 2001: 433f).

Ein weiteres wichtiges Körperkonzept im Siddha ist das der drei Energieelemente (*dravayas*) *vali*, *aḷal* und *iyam*, die wohl aus dem Āyurveda übernommen wurden und dort als die drei *doṣas vāta*, *pitta* und *kapha* beschrieben werden (Subbarayappa 1997: 1842). In jedem Menschen liegt von Geburt an ein bestimmtes Verhältnis zwischen den drei *dravayas* vor. Gesundheit wird im Siddha als ein Zustand individueller Balance der drei *dravayas* aufgefasst. Erfolgt ein Anstieg oder Abfall eines oder mehrerer *dravayas*, also eine Verschiebung des individuellen Gleichgewichts, liegt eine Erkrankung vor. Da jeder Mensch eine unausgewogene *dravaya*-Verteilung als Grundkonstitution aufweist besteht die permanente Gefahr einer Erkrankung (Svoboda 1995: 75ff). Bestimmte externe Faktoren wie gewisse Nahrungsmittel, klimatische Bedingungen und Jahreszeiten sowie verschiedene physische, emotionale und spirituelle Kräfte verstärken diese Gefahr. Wenn es zu einer Verschiebung des individuellen Gleichgewichts zwischen den *dravayas* gekommen ist, wird vom Siddhar mit verschiedenen Behandlungsmaßnahmen versucht, die Balance wiederherzustellen (Razon 2004: 18).

Vor einer Behandlung erfolgt die Diagnose der exakten Beschwerden und deren Ursache(n). Zwei diagnostische Maßnahmen sind im Siddha zentral: die Puls- und die Urinuntersuchung. Bei der Pulsuntersuchung wird der Puls (*nāḍī*) an beiden Handgelenken mit den Fingerspitzen getastet und die Frequenz und die Beschaffenheit von *nāḍī* geben Aufschluss über den Gesundheitszustand einer Person (Subbarayappa 2001: 434). Dabei dienen Analogieschlüssen zwischen Bewegungen verschiedener Tiere und des Wesens von *nāḍī* zur Bestimmung eines gestörten *dravayas*. So weist eine Parallele zwischen dem Wesen von *nāḍī* und der Bewegung einer Ameise auf ein Übermaß an *aḷal* hin. Wenn *iyam* aus dem Gleichgewicht geraten ist fühlt sich *nāḍī* wie die Bewegung einer Fliege an (Subbarayappa 1997: 1842). Neben der Bestimmung der Natur der Krankheit dient die Pulsdiagnose auch zur Feststellung der Heilmöglichkeit einer Krankheit. Zusätzlich kann mittels Untersuchung von *nāḍī* ein Einblick in das komplexe Zusammenspiel von *prāṇa* und den *chakras* erlangt werden (Subbarayappa 2001: 435). Die Urin-

untersuchung als zweites wichtiges diagnostisches Mittel im Siddha zeigt Intensität und damit Heilbarkeit sowie Ursache(n) der Krankheit an. Auf das Ausmaß einer Erkrankung verweist die Farbe des Urins. Gelblicher Urin deutet auf eine geringe Intensität und Heilungsmöglichkeiten, aus rubinroter oder milchig weißer Färbung schließen die Siddha-Praktiker²⁴ auf eine schwere Krankheit, die nicht heilbar ist. Durch das Tropfen von etwas Sesamöl in den Urin des Patienten und die Beobachtung der anschließenden Verteilung des Öls wird auf die Ursache der Erkrankung geschlossen. Je nach runder, länglicher oder gar keiner Ausbreitung wird die Disharmonie den *dravayas vali*, *aḷal* oder *iyam* zugeschrieben (ebd.). Neben der Untersuchung von Urin und *nāḍī* beinhaltet das Diagnostikrepertoire der Siddha-Praktiker die Untersuchung der Augen, des Stuhls, der Farbe und der Beschaffenheit von Haut und Zunge, die methodische Befragung des Patienten sowie die Analyse verschiedener astrologischer Aspekte, wie die Planetenkonstellation zur Ankunftszeit des Patienten beim Siddha-Praktiker (ebd.). Die Erkrankungsursache sowie die entsprechenden Behandlungsmaßnahmen können nur erkannt werden, wenn im Diagnoseprozess die individuelle Grundkonstitution (das individuelle Verhältnis zwischen den drei *dravayas*) analysiert und berücksichtigt wird. Da diese Grundkonstitution interindividuell verschieden ist, führen die gleichen Symptome bei verschiedenen Patienten nicht automatisch zur gleichen Diagnose. Dementsprechend werden auch die Behandlungen an die individuelle Grundkonstitution angepasst und interindividuell unterschiedlich durchgeführt.

Behandlungsmaßnahmen sind vor allem ‚richtige‘ Ernährung sowie Entspannungsmethoden. Genau wie die Theorie der drei *dravayas* vermutlich aus dem Āyurveda übernommen wurde, wurden auch āyurvedische Behandlungsmaßnahmen im Siddha adaptiert. So zählen aus dem Āyurveda stammende reinigende Praktiken wie Erbrechen, Abführen, Einläufe und Nasenspülungen genauso zu den Maßnahmen im Siddha wie warme Umschläge und Ölmassagen (Mishra 2001: 500).

Zusätzlich kommen verschiedene Medikamente auf pflanzlicher, tierischer, metallischer und mineralischer Basis zum Einsatz (ebd.: 498). Ein besonderes Merkmal der Siddha-

²⁴ Wenn ich mich auf gegenwärtige Praktiker der Siddha-Medizin beziehe verwende ich den Begriff ‚Siddha-Praktiker‘ und nicht ‚Siddha-Arzt‘, da der Begriff ‚Arzt‘ aus dem westlichen biomedizinischen Kontext stammt und daher bestimmte Aspekte impliziert, die nicht ohne weiteres auf medizinische Praktiker anderer Medizinsysteme übertragen werden können. ‚Siddhar‘ benutze ich hingegen, wenn ich auf die Yogis referiere, die die Siddha-Medizin begründet haben (s.o.).

Medizin sind ihre alchemistisch aufbereiteten, mineralischen Medikamente. Als Quelle für die indische Alchemie generell und speziell für die Siddha-Alchemie gelten die chinesische Alchemie, der Taoismus und die taoistische Patrologie. Deren Ideen und Praktiken gelangten um das 5. Jahrhundert durch buddhistische Mönche nach Indien, die Kontakte mit China hatten sowie durch chinesische Mönche, die Indien besuchten (1997: 1841f)²⁵.

In den folgenden vier Jahrhunderten wurden die chinesischen Vorstellungen indigenisiert und unter anderem Quecksilber und Schwefel zu schöpfenden Grundsätzen der indischen Götter Śiva und Kuṇḍalinī erklärt. Zwischen dem 8. und 9. Jahrhundert wurden die ersten Versuche zur Umwandlung von Metallen in Gold durchgeführt und bald darauf begannen die Siddhars mit der alchemistischen Herstellung und Verwendung von medizinischen Präparaten aus Quecksilber, Schwefel, Glimmer, Arsengemischen, Edelsteinen, Mineralien, indigenen Kräutern, Muscheln, Hörnern und ähnlichem organischen Material (Subbarayappa 1997: 1842). Heute liegen die Siddha-Medikamente in Form von Pulvern, Tabletten, Kapseln sowie Sirups und Säften vor (ebd.: 1844). Die Anzahl der unterschiedlichen Medikamente ist überschaubar. Dies hängt mit der Wirksamkeitskonzeption der Medikamente zusammen. Die einzelnen Medikamente werden zusammen mit Hilfsstoffen (*anupānam*) wie Honig, geklärter Butter, Milch, Kräuterextrakten, Ingwersaft, heißem Wasser oder anderen ‚Transportstoffen‘ verabreicht, ohne die die Siddha-Medikamente nicht wirksam wären. Durch Zugabe unterschiedlicher *anupānams* können mit einem Medikament verschiedene Leiden behandelt werden (ebd.: 1842). Die Wahl des passenden *anupānams* erfolgt aufgrund großer Erfahrung eines Siddha-Praktikers und nach der Methode von Versuch und Irrtum. Zudem müssen externe Faktoren, wie zum Beispiel die Jahreszeit, bei der Auswahl berücksichtigt werden. So sind die *anupānams* für ein aus der Pflanze *Chebulic myrobalans* hergestelltes Medikament zur Lebensverlängerung je nach Jahreszeit Salz, Zucker, Pfeffer oder Honig (Subbarayappa 2001: 436). Neben *anupānam* wirkt sich die Ernährungsweise auf die Wirkung eines Medikaments aus. Die ‚fälschen‘ Nahrungsmittel hemmen dessen Wirkung und verkomplizieren den Heilprozess (ebd.).

Eine weitere bedeutende Komponente in der Siddha-Heilkunde ist *muppu*. Die aus drei besonderen Salzen in geheimer Verfahrensweise hergestellte Substanz wird den Medikamenten in kleiner Menge hinzugefügt und steigert ihre Wirksamkeit. Daneben werden

²⁵ Für nähere Informationen zu chinesischer Alchemie und Taoismus siehe Needham 1974.

muppu die Fähigkeiten zugeschrieben, unedle Metalle in Gold verwandeln und zelluläre Organismen verjüngen zu können sowie die Konzentrationsfähigkeit bei Yoga-Praktiken zu erhöhen und zu Erleuchtung zu führen (ebd.: 437).

Ein anderer wesentlicher Bestandteil der Siddha-Behandlung ist Astrologie. Dienstag und Donnerstag gelten als auspiziöse Tage zur Medikamenteneinnahme, der Sonntag wird als auspiziös hinsichtlich Medikamentenherstellung betrachtet. An bestimmten Tagen jedes Monats sollen dagegen keine Medikamente eingenommen werden. Zudem zieht der Siddha-Praktiker astrologische Berechnungen zur Bestimmung von Form und Ausmaß der Therapie heran (Subbarayappa 1997: 1843).

In Tamil Nadu ist Siddha neben der Biomedizin das am weitesten verbreitete Medizinsystem. Vor allem bei der ländlichen Bevölkerung findet die Siddha-Medizin regen Zuspruch. In Gesamtindien existierten im Jahr 2005 238 Siddha-Krankenhäuser mit knapp 2.000 Betten. Es gab im ganzen Land 350 Siddha-Apotheken und etwa 17.000 staatlich registrierte Siddha-Praktiker. Damit ist Siddha das ‚drittgrößte‘ indigene Medizinsystem Indiens nach Āyurveda und Ūnānī (Lavekar und Sharma 2005: 92).

3.1.2 Āyurveda

Der Āyurveda ist neben der Biomedizin das meist verbreitete Medizinsystem in Indien. Postert übersetzt den Begriff ‚Āyurveda‘ mit „das ‚Wissen‘ *Veda* im Dienste (einer Bewahrung oder Verlängerung) der ‚Fortdauer des Lebens‘ *Ayus*“ (2003: 91; Hervorh. i. Orig.). Die Ursprünge des Āyurveda können bis zur Migration der Aryer ins Indus-Tal und zur Entwicklung der Harappa-Kultur um 2000 v. Chr. zurückverfolgt werden (Meade 1988: 262). Die heutige Form der āyurvedischen Medizin basiert auf den beiden klassischen Sanskrit-Textsammlungen *Caraka Saṁhitā* und *Śūśruta Saṁhitā*, die zwischen 200 v. Chr. und 200 n. Chr. in Nordindien entstanden (Subbarayappa 2001: 14).

Die beiden Werke enthalten die erste Niederschrift zentraler Konzepte des Āyurveda. Zu diesen zählen die drei energetischen Grundelemente (*doṣas*) *vāta*, *pitta* und *kapha* sowie die sieben strukturalen Konstituenten (*dhātus*) *rasa*, *rakta*, *māṁsa*, *medas*, *asthi*, *majjā* und *śukra* im menschlichen Körper. Der Körper als Mikrokosmos ist mit dem Universum als Makrokosmos untrennbar verbunden. Aus den das Universum konstituierenden fünf Elementen Wasser, Feuer, Erde, Luft und Ätherraum setzen sich auch die

sieben Konstituenten des menschlichen Körpers (*rasa*, Blut, Fleisch, Fett, Knochen, Knochenmark sowie weibliche und männliche Reproduktionsflüssigkeit) zusammen. Diese nehmen die Elemente durch die Verdauung auf und verankern Geist und Verstand fest im physischen Körper (Svoboda 1995: 78).

Wie die bereits im Abschnitt über Siddha beschriebenen *dravyas* regeln die drei *doṣas* die menschliche Physiologie und das Verhältnis zwischen ihnen dient als Behandlungsindikator. Die einzelnen therapeutischen Mittel reichen im Āyurveda vom Einsatz pflanzlicher Mittel bis hin zu Operationen, wobei letztere nur eine marginale Rolle im Āyurveda einnehmen. Generell ist die Behandlung abhängig von der individuellen *doṣas*-Grundverteilung des Patienten (*prakṛti*) und daher interindividuell verschieden. Eine Wichtige Komponente der Āyurveda-Behandlung ist die Verabreichung bestimmter Nahrungsmittel, Gewürze, Kräuter und Kräutermixturen. Weitere Therapieelemente sind interne und externe Ölanwendungen, Massagen, Nasenduschen, Einläufe und Abführungen, die vor allem für reinigende ‚Entgiftungen‘ des Körpers verwendet werden (ebd.: 75ff).

Āyurveda ist das in Indien am weitesten verbreitete und verwendete indigene Medizinsystem. Im Jahr 2005 gab es im gesamten Land knapp 3.000 Āyurveda-Krankenhäuser mit ca. 43.000 Betten, etwa 15.000 Āyurveda-Apotheken und ungefähr 430.000 staatlich registrierte Āyurveda-Praktiker (Lavekar und Sharma 2005: 92).

3.1.3 Ūnānī

Die muslimisch geprägte Ūnānī *tibb* (Ūnānī-Medizin), die auch als ‚Islamische‘ oder ‚Arabische Medizin‘ bezeichnet wird, existiert vor allem im Norden Indiens. Ihre Ursprünge hat sie in der humoralen Medizin des antiken Griechenlands, was auch der Name Ūnānī widerspiegelt. Dieser bedeutet übersetzt ‚griechisch‘ (Liebeskind 1995: 39).

Mit der Ausbreitung des Islams im 7. und 8. Jahrhundert kamen Muslime in Persien und Alexandria mit der humoralen Medizin in Kontakt. In den folgenden Jahrhunderten wurden die griechischen medizinischen Texte ins Arabische und Syrische übersetzt und die humoralmedizinischen Konzepte und Praktiken erfuhren als Ūnānī *tibb* eine Verbreitung in der gesamten islamischen Welt, von Andalusien bis Bagdad (ebd.: 46). Im 12. Jahrhundert brachten die vorrückenden muslimischen Armeen und Herrscher

Ūnānī *tibb* nach Indien, wo sie sich aufgrund der Unterstützung durch die muslimischen Herrscherdynastien über den Subkontinent ausbreitete (ebd.: 50).

Der Humoraltheorie zufolge existieren im menschlichen Körper vier Humore (*akhlat*): Blut (*dam* oder *khun*), Schleim (*balgham*), schwarze Galle (*al mirra al sawda*) und gelbe Galle (*al mirra al safra*). Jedem Humor werden verschiedene Qualitäten und Elemente zugeschrieben. So ist *dam* oder *khun* heiß und feucht und wird mit Luft assoziiert. *Balgham* ist feucht und kalt und wird mit Wasser verbunden. *Al mirra al sawda* ist kalt und trocken und wird mit Erde in Zusammenhang gebracht. *Al mirra al safra* ist trocken und heiß und wird mit Feuer verknüpft. Die vier Humore entstehen durch den Verdauungsprozess. Durch die natürliche Hitze des menschlichen Körpers wird die Nahrung im Magen in die verschiedenen Humore zerlegt. Diese werden anschließend in der Leber weiterverarbeitet und gelangen von da aus im Blutkreislauf zu den Organen und anderen Körperteilen. Der Mensch wird für gesund erachtet, wenn zwischen den Humoren ein Gleichgewicht besteht. Kommt es zu einem Anstieg oder Abfall eines Humors und somit zu einem Ungleichgewicht, gilt der Mensch der Ūnānī-Lehre nach als nicht gesund und es wird versucht, das Gleichgewicht wieder herzustellen. Dazu werden Medikamente verabreicht, die als heiß, kalt, trocken, feucht und Kombinationen daraus klassifiziert werden. Um die Balance zwischen den Humoren wieder herzustellen wird dem im Übermaß vorliegenden Humor entgegengesetzt kategorisierte Medizin verabreicht. So wird zum Beispiel bei einem Mehr an *al mirra al sawda* (kalt und trocken) Medizin gegeben, die als heiß und feucht betrachtet wird (ebd.: 39). Neben verschiedenen Nahrungsmitteln wurden Beschwerden früher vor allem mit pflanzlichen Pulvern und Säften zum Einnehmen sowie Pasten zur äußerlichen Anwendung behandelt. Heute wird die Medizin zusätzlich in Form von Tabletten, Kapseln, Cremes, Salben und Ölen verabreicht (Gogtay et al. 2002: 1008).

Ūnānī hat wie die anderen indigenen Medizinsysteme Indiens in den letzten Jahren einen Aufschwung erlebt, der von Nachteilen der Biomedizin (hohe Kosten und mangelnde Effizienz bei bestimmten Krankheiten) herrührt (Liebeskind 1995: 63). Im Jahr 2005 existierten in Indien 312 Ūnānī-Krankenhäuser mit insgesamt 5.023 Betten. Die Anzahl der Ūnānī-Apotheken betrug 961 und es waren 43.330 Ūnānī-Praktiker offiziell registriert (Lavekar und Sharma 2005: 92). Damit ist Ūnānī nach Āyurveda und Biomedizin das ‚drittgrößte‘ Medizinsystem Indiens.

3.1.4 Folk Medicine

Zusätzlich zu den beschriebenen medizinischen ‚Hochtraditionen‘ existieren in Indien viele weitere asiatische Medizinsysteme. Neben ‚Hochmedizinsystemen‘ mit Ursprung in anderen Regionen, wie die Traditionelle Chinesische oder die Tibetische Medizin, liegt ein breites Spektrum an verschiedenen Traditionen vor, die oft unter *folk medicine* zusammengefasst werden. Zu ihnen zählen unter anderen spirituelles Heilen, traditionelle Geburtshilfe, Yoga oder auch die im Westen entstandenen Traditionen der Osteopathie und der Chiropraktik. Deren Praktiken und Vorstellungen zu Körper, Gesundheit, Wohlbefinden, Krankheit, Kranksein oder auch Mensch-Umwelt-Beziehungen sind so vielfältig, dass ich im Rahmen dieser Arbeit nicht darauf eingehen kann. Die Anführung der Existenz dieser Systeme verdeutlicht jedoch die Dimensionen des medizinischen Pluralismus in Indien. Ich stelle nachfolgend jedoch noch zwei staatlich anerkannte Medizinsysteme europäischen Ursprungs an, die in Indien weit verbreitet sind und damit eine bedeutende Rolle innerhalb des Medizinpluralismus in Indien einnehmen: die Homöopathie und die Biomedizin.

3.1.5 Homöopathie

Die Homöopathie wurde Ende des 18. Jahrhunderts von Samuel Hahnemann (1755-1843) in Deutschland begründet, gewann dort jedoch nie großen Einfluss (Pfleiderer 1995: 91). Im frühen 19. Jahrhundert gelangte sie nach Indien, wurde zunächst jedoch nur als Hobby weniger Europäer betrieben. In den 1840er Jahren verwendeten Missionare erstmals Homöopathie zur Bekämpfung von Choleraepidemien (Frank 2004: 116). In den 1850er Jahren begann sie sich in Bengalen zu etablieren. Von da aus verbreiteten sich dann sukzessive homöopathische Konzepte und Praktiken im ganzen Land (Hausman 2002: 305ff). Anfang des 20. Jahrhunderts gab es in Indien bereits etwa 300.000 praktizierende Homöopathen, im Jahr 1973 wurde die Homöopathie auf dem Subkontinent staatlich anerkannt (Pfleiderer 1995: 91).

Das Wort Homöopathie ist abgeleitet von den griechischen Begriffen *hómoios* (das gleiche) und *páthos* (Leid, Krankheit) und verweist auf das zentrale Konzept des Medizinsystems: das Ähnlichkeitsprinzip. Demzufolge werden Beschwerden mit Mitteln geheilt, die in gesunden Personen ähnliche Symptome hervorrufen können wie die, die mit

den Mitteln bekämpft werden sollen. Die durch die Heilmittel hervorgerufenen Symptome werden dabei als künstliche Krankheit aufgefasst, welche die eigentliche Erkrankung beseitigt. Der Patient erhält die Medizin in möglichst geringer Dosis und mit einem Wasser-Alkohol-Gemisch extrem verdünnt, so dass der Ausgangsstoff nicht mehr nachweisbar ist. Dieser Verdünnungsprozess wird als ‚Potenzierung‘ bezeichnet. Um wirksam zu sein, muss das Gemisch allerdings noch ‚dynamisiert‘ werden. Dies geschieht durch eine Verschüttelung oder Verreibung des Gemischs. Dadurch löst sich die materielle Substanz in ihre geistartige Essenz auf (Frank 2004: 66). Ein weiteres wichtiges Konzept der Homöopathie ist das der ‚Lebenskraft‘. Diese stellt eine regulierende, unsichtbare Entität dar, welche für die menschliche Gesundheit verantwortlich zeichnet. Wenn die Lebenskraft ‚verstimmt‘ ist kommt es zu einer Erkrankung. Nur bei gleichzeitiger Beeinträchtigung der Lebenskraft, etwa durch belastende Lebensumstände oder eine starke biomedizinische Behandlung, kann eine Krankheit aufgrund von Bakterien oder Viren ausbrechen. Im Konzept der Lebenskraft sind starke Einflüsse der philosophischen Lehre des Vitalismus zu erkennen, die zu Zeiten Hahnemanns recht bedeutsam war (ebd.: 68).

Mittlerweile ist das in Europa entstandene Medizinsystem auf dem Subkontinent weit verbreitet (Lavekar und Sharma 2005: 89) und wird eher als indisch denn als europäisch angesehen (Hausman 2002). Pfeleiderer führt die stärkere Assoziation der Homöopathie mit indischen Systemen (wie dem Āyurveda) als mit westlichen (wie der Biomedizin) auf die Ähnlichkeit von Hahnemanns Theorie der Lebenskraft mit den Theorien des Āyurveda zurück (1995: 91).

Im Jahr 2005 waren etwa 220.000 praktizierende Homöopathen in Indien staatlich registriert. Die Zahl der homöopathischen Apotheken betrug 5.634 und es gab 223 homöopathische Krankenhäuser mit etwa 11.200 Betten (Department of Ayurveda, Yoga & Naturapathy, Unani, Siddha and Homoeopathy o. J. a).²⁶

²⁶ Meine Arbeit basiert auf Print- und Onlinequellen. Vor allem für die Ausführungen zur Behandlung von HIV/AIDS-Patienten mit Siddha-Medizin musste ich aufgrund mangelnder Literatur vermehrt auf Internetquellen zurückgreifen. Viele der Inhalte dieser Internetseiten weisen jedoch weder einen einzelnen Autor, noch ein Datum der Online-Veröffentlichung oder Aktualisierung auf. Da ich jedoch auf diese Quellen angewiesen war, habe ich sie dennoch verwendet und gebe die Institution an, in deren Namen der Beitrag veröffentlicht wurde.

3.1.6 Biomedizin

Die Biomedizin nimmt im indischen Medizinpluralismus eine dominante Rolle ein. So gab es im Jahr 2001 im ganzen Land über 25.000 private und staatliche Krankenhäuser, mehr als 28.000 Apotheken und etwa 500.000 registrierte biomedizinische Ärzte (World Health Organization Regional Office for South-East Asia 2002: 5, 10). Allerdings ist das westliche Medizinsystem vor allem in urbanen Gebieten verbreitet und in den ländlichen Gebieten sind Einrichtungen indigener Medizinsysteme oftmals die einzige Behandlungsmöglichkeit für die Bevölkerung aufgrund der finanziellen und geographischen Situation der Patienten.

Die heutige Form der Biomedizin und deren dominante Stellung innerhalb des medizinischen Pluralismus in Indien ist das Resultat eines jahrhundertelangen komplexen Prozesses der Verbreitung der Biomedizin nach deren Transfer von Europa nach Indien im Zuge der kolonialen Ausbreitung verschiedener europäischer Nationen. Die Ausbreitung ging einher mit Beeinflussungen anderer bereits existierender Medizinsysteme und mit unterschiedlichen Antworten verschiedener Akteure auf die Ausbreitung der europäischen Medizin auf dem Subkontinent. Die Reaktionen reichten von der Förderung der westlichen Medizin und damit einhergehender Unterdrückung und Biomedizinisierung der einheimischen Medizinsysteme bis zum nationalistischen Widerstand gegen diese Entwicklungen. Diese historischen Prozesse sind wichtig für das Verständnis der Verwendung sowie der Biomedizinisierung von Siddha im Kontext der HIV/AIDS-Epidemie. Ich beleuchte nachfolgend diese Prozesse und betrachte dabei zunächst die Entwicklung der europäischen Medizin in Gesamtindien und anschließend das historische Verhältnis zwischen Biomedizin und Siddha im Zuge der Verbreitung der westlichen Medizin im Staat Madras bzw. Tamil Nadu²⁷.

3.2 Die historische Beziehung zwischen Biomedizin und Siddha

Die Übertragung medizinischer Praktiken und Vorstellungen von Europa nach Indien begann in der Neuzeit. Handelsniederlassungen der Europäer führten zur Einrichtung

²⁷ Im Jahr 1961 wurde der Staat Madras im Zuge tamil-nationalistischer Bestrebungen in Tamil Nadu umbenannt (Hausman 1996: 333).

medizinischer Versorgung und Krankenhäusern²⁸. Zunächst blieb die europäische medizinische Versorgung²⁹ jedoch den Europäern vorbehalten (Pfleiderer 1995: 70). Dies änderte sich Mitte des 18. Jahrhunderts, als die britische Ostindien-Kompanie begann, Inder für ihre Armeen zu rekrutieren und diese von britischen Ärzten versorgt wurden (Patterson 1987: 125). Auf die allgemeine Bevölkerung Indiens hatte die europäische Medizin jedoch vorerst keinen großen Einfluss. Gegen tropische Krankheiten hatten die Europäer kein Mittel, die ländliche Bevölkerung wurde durch die vor allem in urbanen Zentren stationierten Briten nicht erreicht und die meisten hochkastigen Inder nahmen aus religiösen Reinheitsgründen keine Behandlung oder Medikamente von den Europäern an. So wurde auch eine groß angelegte Impfkampagne gegen Pocken Anfang des 19. Jahrhunderts von der indischen Bevölkerung abgelehnt (ebd.: 126f). Die Briten dagegen waren an den medizinischen Praktiken der Inder interessiert. Sie suchten bei gesundheitlichen Beschwerden indische Praktiker auf, zeigten Interesse an bestimmten Hauttransplantationstechniken und sammelten von indischen Praktikern verwendete Pflanzen für klinische Studien in England (ebd.). Zum Ende des 18. Jahrhunderts errichtete die Ostindien-Kompanie sogar medizinische Ausbildungsstätten für Inder, in denen in Urdu und Sanskrit sowohl Grundlagen europäischer Medizin als auch Basiswissen zu Ūnānī und Āyurveda vermittelt wurden (ebd.: 127).

Während der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts erfuhr die liberale Haltung der Briten der indischen Kultur und damit auch den medizinischen Systemen gegenüber eine Kehrtwende. Die Politik der Briten bestand von da an in einer Geringschätzung indischer Werte, Institutionen und Praktiken, was sich auch auf die Einstellung gegenüber indigener Medizin auswirkte. Im Jahr 1833 wurde die Abschaffung aller indischer medizinischer Ausbildungsstätten beschlossen. Von diesem Zeitpunkt an erfolgte keine offizielle Unterstützung indischer Medizin mehr und es wurde nur noch europäische Medizin in englischer Sprache unterrichtet. Die Aufgabe der Politik der integrativen Medizin führte unter anderem dazu, dass eine große Zahl medizinischer Ausbildungsstätten nach dem Stil westlich medizinischer Fakultäten umgewandelt wurde (ebd.: 128).

Als Indien nach dem Fehlschlagen des ersten indischen Unabhängigkeitskampfes im Jahr 1857 durch eine britische Administration verwaltet wurde, breitete sich auch das

²⁸ Das erste Krankenhaus in Indien wurde 1664 in Madras eröffnet (Patterson 1987: 125).

²⁹ Ich spreche hier von europäischer Medizin und nicht von Biomedizin, da letztere sich erst später aus der zu jener Zeit in Europa praktizierten Medizin entwickelte.

europäische Medizinsystem immer weiter aus (Pfleiderer 1995: 70). Kostenlose Behandlung mit westlicher Medizin veranlasste große Teile der armen Bevölkerung, sich von den Briten behandeln zu lassen, obwohl sie indigene Medizin bevorzugten. Viele Angehörige der Mittel- und Oberschicht hingegen zogen Medizin europäischen Ursprungs einheimischer Medizin vor, obwohl sie nicht auf die kostenfreie westliche Medizin angewiesen waren (Patterson 1987: 128). Einen weiteren Schritt Richtung Marginalisierung indigener Medizinsysteme vollzog die britische Kolonialregierung zwischen 1912 und 1917 mit der Einführung verschiedener Gesetze. So verlor ein westlich ausgebildeter Arzt seine Approbation, wenn er mit indigenen Praktikern zusammenarbeitete (Pfleiderer 1995: 74). Zudem wurde 1912 eine Registrierungspflicht für medizinische Praktiker eingeführt. Die für eine Registrierung zu erfüllenden Anforderungen waren jedoch nicht vereinbar mit den Inhalten der indischen Medizinsysteme, so dass von da an alleine biomedizinische Ärzte und Praktiken staatlich legitimiert waren (Liebeskind 1995: 54).

Die politische Praxis der britischen Kolonialregierung hinsichtlich Unterstützung der Biomedizin und Unterdrückung der einheimischen Medizinsysteme wird von verschiedenen Medizinhistorikern als Versuch einer Befriedung der einheimischen Bevölkerung interpretiert. So untersucht Arnold in seinem Buch *„Colonizing the Body“*, inwiefern koloniale Machtbeziehungen die Praxis und Ausbreitung der Biomedizin im kolonialen Indien strukturierten und erklärt, dass während der Kolonialzeit mittels europäischer Medizin einheimische Körper kontrolliert werden konnten: „Western medicine rapidly assumed a position of clear authority over Indian medicine and Indian bodies“ (Arnold 1993: 59). Laut Arnold wurde der menschliche Körper vom Kolonialismus für die Konstruktion dessen eigener Autorität, Legitimierung und Kontrolle genutzt und die koloniale Medizin repräsentierte allgemeine koloniale Macht (ebd.: 8). Die Biomedizin wurde Arnold zufolge von den Briten als *„tool of empire“*³⁰ eingesetzt: „Western medicine is [...] seen as one of the most powerful and penetrative parts of the entire colonizing process, one of the most enduring and, indeed, destructive or distorting legacies of colonial rule in India“ (ebd.: 4).

Doch mit der Expansion der westlichen Medizin mithilfe kolonialer Politik und Praxis entwickelte sich auch eine politisierte, indigene Antwort. Der Einsatz der Biomedizin als *„tool of empire“* führte gleichzeitig zu einem Widerstand verschiedener indischer Na-

³⁰ Den Begriff *„tool of empire“* führte Headrick in den Kolonialismuskurs ein (Headrick 1981).

tionalisten gegen die europäische Medizin und ganz allgemein gegen die westliche Wissenschaft (Arnold 2000: 176ff). Eine der nachhaltigsten und am weitesten beachteten Kritiken an der Biomedizin lieferte Gandhi, der diese rigoros attackierte. Unter anderem setzte er die Biomedizin mit einem Werkzeug des Imperialismus gleich und bezeichnete biomedizinische Ärzte als habgierig (Gandhi 1997: 62ff). Medizin wurde in der nationalistischen Widerstandsbewegung gegen die Kolonialherrschaft in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts politisiert und mit dem in der Unabhängigkeitsbewegung geforderten Prinzip von *swadēśi* (Eigenständigkeit) verknüpft: es wurde eine Abkehr von der Biomedizin und eine Rückkehr zu den indischen Medizinsystemen verlangt (Habib und Raina 2005).

Diese nationalen Bestrebungen waren ein Schlüsselfaktor zur Wiederbelebung der indigenen Medizinsysteme nach der Unabhängigkeit Indiens im Jahr 1947. Bereits ein Jahr später wurde von staatlicher Seite das *Committee on Indigenous Systems of Medicine* zur Förderung der einheimischen Medizinsysteme gegründet (Patterson 1987: 129). Im Jahr 1956 versandte die indische Regierung an alle Bundesstaatsregierungen ein Memorandum, das die Bedeutsamkeit betonte, Medizinstudenten einen Kurs über die Geschichte der Medizin in Indien anzubieten. Dies sei relevant, um die indigenen Medizinsysteme wieder zu beleben, zu schätzen und nachvollziehen zu können (Hausman 1996: 56). Im Jahr 1969 wurde der *Central Council for Research in Indian Medicine and Homeopathy* errichtet, der vor allem für die Evaluierung und Standardisierung von indigenen Medikamenten verantwortlich ist. Zwei Jahre später entstand der *Central Council of Indian Medicine*, der Ausbildungsstandards von indischen Medizinsystemen reguliert und die Praxis der Systeme kontrolliert. Seit diesem Zeitpunkt genießen die verschiedenen indischen Systeme offiziell staatliche Anerkennung und Unterstützung (Patterson 1987: 129).

Die Ausbreitung der Biomedizin während und nach der Kolonialzeit brachte jedoch verschiedene Beeinflussungen von Organisation, Praktiken und erkenntnistheoretischem Rahmen der indischen Medizinsysteme mit sich. Die bereits angeführten Āyurveda- und Ūnānī-Ausbildungsstätten orientieren sich nicht nur in struktureller und organisatorischer Hinsicht an westlichen Fakultäten, sondern auch inhaltlich. Die Lehrpläne umfassten biomedizinische Anatomiegrundlagen, Physiologiekonzepte und Operationstechniken (Arnold 2000: 180). Neben den Ausbildungseinrichtungen wurden auch therapeutische und pharmazeutische Institutionen wie Krankenhäuser, Apotheken und Pharmaun-

ternehmen von den Europäern übernommen. Aber auch verschiedene, aus der europäischen Medizin stammende Praktiken wurden in die indischen Medizinsysteme adaptiert: von der Standardisierung und maschinellen Herstellung von Medikamenten bis zur Krankheitsdiagnose mit westlichen Hilfsmitteln wie dem Stethoskop (ebd.: 178f).

Diese Vorgänge spiegeln sich auch in der historischen Interaktion zwischen europäischer Medizin und Siddha-Medizin im Staat Madras bzw. Tamil Nadu wider. Auch Siddha wurde von den Briten unterdrückt und erfuhr eine Biomedizinisierung, was zu Widerstandsreaktionen verschiedener Akteure führte.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts betrachtete die britische Regierung von Madras nur Mediziner mit einer Ausbildung in der westlichen Medizin als qualifizierte Praktiker. Alle Āyurveda- und Ūnānī-Praktiker wurden als Quacksalber angesehen und Siddha wurde aufgrund der imperialistischen Haltung nicht einmal als Medizinsystem anerkannt (Hausman 1996: 157). Siddha-Praktiker wurden als unqualifiziert, gefährlich und anachronistisch charakterisiert (Arnold 1993: 53). Diese ethnozentrische und evolutionistische Sichtweise spiegelte sich sowohl in der allgemeinen Negierung indischer Medizinsysteme als auch in der Einordnung aller indigenen Praktiken als medizinische Systeme, die in ihrer Entwicklung Jahrhunderte hinter den Systemen ‚zivilisierten‘ Nationen wie England, Japan oder anderen zurücklagen (Hausman 1996: 158ff). Der britischen Kolonialmacht zufolge befand sich daher auch Siddha auf dem Weg in den ‚dustbin of history‘ (Razon 2004: 38). Ihre systematischen Maßnahmen gegen indische Medizinsysteme zogen auch Konsequenzen für die Siddha-Medizin nach sich. Im Zuge der bereits oben erwähnten Registrierungspflicht für medizinische Praktiker wurde den Siddha-Praktikern staatliche Anerkennung und Legitimierung verwehrt. Zudem wurden Siddha-Ausbildungstätten geschlossen (Hausman 1996: 104). Um die Bevölkerung zu beschwichtigen und um Krankheiten behandeln zu können, mit denen die Briten keine Erfahrung hatten, wurden zwar einige Siddha-Ausbildungstätten von der Kolonialregierung aufrechterhalten und unterstützt. Jedoch sollten da ‚moderne‘ Techniken, also europäische, gelehrt und angewandt werden (ebd.: 134).

Die immer weiter voranschreitende Zurückdrängung von Siddha und die einsetzende hegemoniale Ausbreitung der Biomedizin führten allerdings zu Gegenreaktionen in der Bevölkerung. Mehrere tamilische Regierungsbeamte und Zeitungen äußerten ihre Frustration gegenüber der britischen Behandlung von Siddha (Razon 2004: 39). Die imperialistische Politik der Briten führte innerhalb der Bevölkerung zu einer gegenläufigen

Entwicklung. Mit dem weiteren Abraten von Siddha durch die Briten stieg dessen Popularität und Unterstützung. Siddha wurde von verschiedenen TAMILen, vor allem aber von den Siddha-Praktikern, in ein Symbol indischer und tamilischer Kultur verwandelt. Das Medizinsystem wurde zu einer Aussage gegen die Briten und zu einer Methode, den tamilischen Körper und das tamilische Selbst zurück zu gewinnen. Mittels Siddha-Medizin konnte man den britischen Imperialismus bekämpfen und der indische Körper wurde dabei zum Austragungsort dieses Kampfes. Hier wurden nationaler Stolz und Politik ausgespielt und Siddha wurde zu einem Begriff, der eng mit nationaler tamilischer Identität verbunden ist (ebd.: 40, 56).

Nach der indischen Unabhängigkeit erfuhr Siddha im Kontext der staatlichen Förderung indischer Medizinsysteme eine Revitalisierung. Mit der Zeit entstanden immer mehr staatliche Siddha-Krankenhäuser, lizenzierte Siddha-Apotheken, Siddha-Colleges und Siddha-Pharmazieunternehmen. Zusätzlich richtete die Regierung jeweils eine Einrichtung zur Standardisierung von Siddha-Medikamenten, zur Durchführung klinischer Forschungen sowie zur Pflanzenzüchtung ein (Subbarayappa 1997: 1843). Als 1961 der Staat Madras im Zuge tamil-nationalistischer Bestrebungen in Tamil Nadu umbenannt wurde, musste sich die Regierung auch dem Thema Siddha-Medizin annehmen und das tamilische Medizinsystem anerkennen und unterstützen (Hausman 1996: 333). Laut Hausman sah es die Regierung von Madras als notwendig an, sich auf die Siddha-Medizin als spezielle Form tamilischer Identität zu berufen (1996: 315). Die Rückkehr zur indigenen tamilischen Medizin auf staatlicher Ebene interpretiert Razon auch als Kompensation für den Schaden, den die britische Regierung dem indischen Selbst zugefügt hatte (2004: 41).

Allerdings spiegeln die im Zuge der Abgrenzung zur Biomedizin entstandenen Siddha-Institutionen gleichzeitig die panindische Existenz biomedizinischer Strukturen und Einrichtungen wider. Neben den Krankenhäusern, Apotheken und Colleges nach westlichem Vorbild verdeutlichen vor allem die Medikamentenstandardisierungs- und Forschungseinrichtungen die historische Wirkmächtigkeit der Biomedizin. So führt das *Central Government's Siddha Research Unit* in Chennai seit mehreren Jahrzehnten klinische Tests bestimmter Siddha-Medikamente nach biomedizinischen Maßstäben durch. Die Produktion von standardisierten Siddha-Medikamenten begann in Madras bereits 1945 mit der Bildung der *Indian Medical Practitioners Co-operative Pharmacy and Stores*. Gesetzlich verankert wurde die Standardisierung im Jahr 1978, als die indische

Regierung die standardisierten Formeln für 242 Siddha-Medikamente veröffentlichte (Subbarayappa 1997: 1844).

Standardisierung und klinische Forschung zu Effizienz und Sicherheit von Siddha-Medikamenten nach biomedizinischen Maßstäben sind auch zwei der Begleiterscheinungen des Einsatzes von Siddha im Kontext der HIV/AIDS-Epidemie in Indien. Doch bevor ich die Verwendung von Siddha im Kampf gegen HIV/AIDS darstelle und bezüglich einer Biomedizinisierung des indischen Medizinsystems und einer Indigenisierung der globalen Krankheit analysiere, präsentiere ich einen Überblick über die gegenwärtige Situation sowie die historische Entwicklung von HIV/AIDS sowohl in Indien als auch weltweit. Dies dient zur kontextuellen Einordnung des Themas und gleichzeitig zur Darlegung verschiedener Aspekte, die für meine Diskussion in Kapitel 6 bedeutsam sind.

4. Die HIV/AIDS-Pandemie – ein Überblick

Annähernd drei Jahrzehnte sind seit der ersten Beschreibung des erworbenen Immundefektsyndroms AIDS im Jahr 1981 in den USA vergangen. Während dieses Zeitraums hat sich eine Pandemie enormen Ausmaßes entwickelt. Momentan tragen weltweit etwa 33 Millionen Menschen das HI-Virus in sich. Jeden Tag infizieren sich weltweit mehr als 6.800 Menschen mit HIV und über 5.700 Menschen sterben an AIDS, zumeist wegen mangelndem Zugang zu Präventionsmaßnahmen und Behandlung (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS und World Health Organization 2007: 4).

In diesem Kapitel erfolgt eine Übersicht über die Entdeckungsgeschichte und die globale Verbreitung von HIV/AIDS sowie über die derzeitige Situation und die historische Entwicklung von HIV/AIDS in Indien. Der biomedizinisch-historische Überblick über die Entdeckung des Syndroms und die Entwicklung der biomedizinischen Antwort im Westen dient zur Verdeutlichung, dass HIV/AIDS ein relativ junges Phänomen ist. Die Präsentation von aktuellen Zahlen zur weltweiten HIV/AIDS-Situation zeigt das globale, transnationale Ausmaß der Krankheit. Diese beiden Aspekte sind relevant für meine Ausführungen in Kapitel 6, in dem ich die Transformation von HIV/AIDS in eine alte, indische Krankheit im Kontext der Siddha-HIV/AIDS-Behandlung diskutiere. Die Beschreibung von momentaner Situation und Geschichte von HIV/AIDS in Indien trägt zum Verständnis für die staatliche Förderung von Siddha im Kampf gegen HIV/AIDS bei. Zum einen unterstreicht sie den Bedarf an kostengünstigen Alternativen zu biomedizinischen Medikamenten wie Siddha-Medizin. Zum anderen zeigt eine Betrachtung der Reaktionen der indischen Regierung auf die Ausbreitung von HIV/AIDS in Indien, wie die Krankheit lange Zeit als westliches Problem aufgefasst wurde. Diese Sichtweise spielt auch heute noch im Zuge der staatlichen Förderung von Siddha gegen HIV/AIDS eine wichtige Rolle, besonders wenn, wie ich in Kapitel 6 zeigen werde, HIV/AIDS als Krankheit verstanden wird, die durch eine Verwestlichung und Modernisierung Indiens hervorgerufen wird.

Zunächst jedoch präsentiere ich einige Informationen zu biomedizinischen Konzepten der Übertragung und des Krankheitsverlaufs sowie zur biomedizinischen Behandlung von HIV/AIDS. Dies soll nicht nur zur Einführung in die Thematik dienen, sondern

stellt gleichzeitig eine Basis dar für eine spätere Interpretation, dass die HIV/AIDS-Behandlung mit Siddha stark biomedizinisiert ist.

4.1 HIV/AIDS – Infektion, Krankheitsverlauf, Behandlung

Das Konzept AIDS bezeichnet eine spezifische Symptomkombination, die aufgrund einer aus der Infektion mit HIV resultierenden Zerstörung des Immunsystems auftritt. Die Schwächung des Immunsystems hat lebensgefährliche opportunistische Infektionen³¹ und Tumore zur Folge. Die Lebenserwartung der Infizierten kann durch den Einsatz von antiretroviralen Medikamenten erhöht werden, eine Heilung der HIV-Infektion oder des Krankheitsbildes AIDS ist jedoch nicht möglich, da die HI-Viren nicht komplett aus dem Körper entfernt werden können.

Das HI-Virus wird durch Kontakt mit den Körperflüssigkeiten Blut, Sperma, Präejakulat, Vaginalsekret und Muttermilch übertragen. Mögliche Eintrittsstellen sind blutende Wunden in Schleimhäuten sowie nicht ausreichend verhornte, leicht verletzbare Stellen der Außenhaut. Die häufigsten Infektionswege sind ungeschützter vaginaler oder analer Sexualverkehr, aufnehmender Oralverkehr sowie die Verwendung kontaminierter Nadeln bei intravenösem Drogenkonsum. Weitere Übertragungswege sind Bluttransfusionen mit kontaminierten Blutprodukten und die Infektion eines Kindes durch eine HIV-positive Mutter während Schwangerschaft, Geburt oder Stillvorgang (Kartikeyan et al. 2007: 48).

Der Krankheitsverlauf gliedert sich in vier Phasen. Die erste ist die so genannte ‚akute Phase‘, die etwa vier bis sechs Wochen anhält. Während dieser Zeit treten bei den meisten Infizierten grippeähnliche Symptome wie Fieber, Müdigkeit, Unwohlsein und Kopfschmerzen auf. Auf die akute Phase folgt die Latenzphase, in der es zur Vermehrung des HI-Virus im Körper kommt. Die Phase dauert durchschnittlich zwischen neun und elf Jahre und es treten keine somatischen Beschwerden auf. Während der dritten Phase, *AIDS Related Complex* (ARC) genannt, kommt es zu den gleichen Symptomen wie in der akuten Phase. Die Krankheitsphase, die die Diagnose ‚AIDS‘ mit sich bringt, be-

³¹ Eine opportunistische Infektion ist eine Infektion mit für ein gesundes Immunsystem oft harmlosen Bakterien, Viren und Pilzen, die aufgrund eines geschwächten Immunsystems durch eine Primärerkrankung hervorgerufen wird.

ginnt mit der Entwicklung von opportunistischen Infektionen. Mit dem Auftreten dieser Infektionen beginnt gewöhnlich, sofern die Möglichkeit besteht, eine Behandlung mit ARV (ebd.: 80f).

Die biomedizinische medikamentöse Behandlung erfolgt in Form einer Kombinationstherapie aus verschiedenen ARV. Mit der antiretroviralen Therapie soll die Viruslast³² gesenkt und die CD4-Werte³³ erhöht werden, um das Immunsystem gegen opportunistische Infektionen zu stärken. Aufgrund der hohen Kosten einer ART bleibt diese Therapieform allerdings vielen AIDS-Patienten in strukturschwachen Regionen wie Afrika oder Asien vorenthalten (ebd.: 211ff).

4.2 Vom Auftauchen eines neuen Syndroms bis zur Pandemie

4.2.1 Entdeckung, Einordnung und Reaktionen in den ersten 20 Jahren

Am 5. Juni 1981 berichteten die *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) von der Häufung einer seltenen Form von Lungenentzündung in Los Angeles bei zuvor gesunden Personen, die gewöhnlich Patienten mit starker Immunschwäche befällt (Centers for Disease Control 1981a). Einen Monat später wurden 26 weitere Fälle von Erkrankungen, die vorwiegend Patienten mit geschwächtem Immunsystem befallen, aus New York City und verschiedenen Städten in Kalifornien gemeldet (Centers for Disease Control 1981b). Zunächst gab es keine einheitliche Benennung für die Krankheit. Da sie anfangs ausschließlich bei homosexuellen Männern diagnostiziert wurde, wurde vermutet, dass sie sexuell übertragbar sei und wurde daher als ‚*Gay Related Immune Deficiency*‘ (GRID) bezeichnet (Centers for Disease Control 1982). Epidemiologische Untersuchungen in den USA zeigten jedoch bald, dass die Krankheit auch unter Hämophilen (Blutern), Empfängern von Bluttransfusionen sowie intravenösen Drogenkonsumenten auftrat. Daher wurde im September 1982 vom CDC die Bezeichnung ‚*Acquired Immune Deficiency Syndrome*‘ (AIDS) für die Krankheit bzw. das Syndrom eingeführt (Kartikyan et al. 2007: 396).

³² Die Viruslast bezeichnet die Menge eines im Blutserum oder Blutplasma gefundenen Virus.

³³ CD4-Zellen sind für das Immunsystem wichtige Blutzellen.

Innerhalb der wissenschaftlichen Gemeinde wurden Anfang der 1980er Jahre verschiedene Theorien und Erklärungsversuche zur Krankheitsursache diskutiert. Unter anderem wurden das Zytomegalievirus, welches das Immunsystem schwächen kann, der Gebrauch von Amylnitrit und Isobutylnitrit als sexuelle Stimulationsmittel, die immunschwächende Wirkung haben, oder allgemeine Überbelastung des Immunsystems als potentielle Gründe für das Erkranken an AIDS gesehen (Sepkowitz 2001: 1764). Auch die allgemeine Bevölkerung entwickelte ‚Ätiologiekonzepte‘. So betrachteten einige die Krankheit als Strafe für homosexuelle Männer und intravenöse Drogenkonsumenten. Auf Haiti wurde die rasche Ausbreitung von AIDS mit lokalen Voodoo-Praktiken assoziiert (Kartikayan et al. 2001: 396). Ein Durchbruch bei der biomedizinischen Suche nach einer ätiologischen Erklärung der Krankheit gelang 1983 einer französischen Forschergruppe um Luc Montagnier am *Institut Pasteur* in Paris. Die Wissenschaftler isolierten ein zuvor unbekanntes Retrovirus, welches sie als Ursache für AIDS vermuteten und das sie ‚Lymphadenopathie-Virus‘ (LAV) nannten (Barré-Sinoussi et al. 1983). Im Jahr 1984 entdeckte ein Forscherteam um Robert Gallo im *National Cancer Institute* (USA) bei AIDS-Patienten ein Virus, das es für die Immunschwächeerkrankung verantwortlich machte. Die Forscher gaben ihm die Bezeichnung ‚*Human T-cell Lymphotropic Virus-III*‘ (HTLV-III) (Popovic et al. 1984). Anfang 1985 zeigte sich, dass LAV und HTLV-III identisch sind. Im selben Jahr wurde von der *U.S. Food and Drug Administration* (FDA) der erste Antikörper-Test zugelassen (Sepkowitz 2001: 1765). Ein Jahr später wurde für das Virus der Name ‚Human Immunodeficiency Virus‘ etabliert. Im Jahr 1987 wurde von der FDA mit Zidovudine das erste ARV zugelassen, nachdem in einer Studie die Reduzierung der Sterberate durch das Medikament nachgewiesen wurde (ebd.). Im Jahr 1995 kam in den USA der erste Protease-Inhibitor³⁴, Saquinavir, auf den Markt. Ein Jahr darauf begann die Ära der Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART), eine Kombinationstherapie aus mindestens drei verschiedenen ARV, durch die im Jahr 1997 die Mortalitätsrate der AIDS-Patienten in den USA drastisch abnahm (ebd.: 1767f). Ebenfalls 1996 wurde durch die FDA der Viruslasttest zugelassen, ein Mittel zur Bestimmung des HIV-Infektionsstadiums. Im Jahr 1998 begannen die ersten umfassenden klinischen Studien zur Entwicklung eines HIV-Impfstoffs (ebd.: 1769). Die Versuche, sowohl einen präventiven als auch einen kurativen Impf-

³⁴ Protease-Inhibitoren hemmen den Abbau von Proteinen im Körper, der eine Folge der HIV-Infektion ist.

stoff gegen das Virus zu entwickeln finden allerdings auch heute noch weltweit statt und es ist derzeit kein durchschlagender Erfolg absehbar.

4.2.2 Das globale Ausmaß der Epidemie

Wie bereits angemerkt wurde AIDS in den Anfangsjahren in den USA zunächst als *gay disease* bezeichnet und mit bestimmten Sexualpraktiken wie Analverkehr verknüpft. Dies führte zu einer Tabuisierung des Syndroms. Zudem wurde AIDS mit Drogenkonsum in Verbindung gebracht. Die Assoziation der Krankheit mit Homosexualität und Drogenkonsum führte dazu, dass die weit verbreitete Vorstellung herrschte, AIDS sei auf diese Bevölkerungssubgruppen beschränkt und weder andere Teile der Bevölkerung noch Angehörige anderer Nationen seien von dem Virus bedroht (Fitzsimons 1993: 24). Bald wurden jedoch auch aus anderen Staaten HIV-Infektionen gemeldet. Die ersten AIDS-Fälle in Zentralafrika wurden 1983, in China 1985 und in Russland sowie Indien 1986 berichtet (The Henry J. Kaiser Family Foundation 2007).

Der globale Handel mit kontaminierten Blutprodukten führte dazu, dass sich Menschen weltweit durch Bluttransfusionen mit dem Virus infizierten. Mitte der 1980er Jahre musste eine transnationale Ausbreitung des HI-Virus eingeräumt werden (Wolf 2003: 203). Auf die globale Verbreitung des Virus wurde jedoch unterschiedlich reagiert. Zum einen führte ihre Anerkennung zu einer intensiveren internationalen Zusammenarbeit, mit der WHO als „globaler Wächter der Biomedizin“ (Hörbst und Wolf 2003: 4) an vorderster Front³⁵. Zugleich verschwiegen oder verharmlosten Regierungen verschiedener Länder die Existenz von HIV/AIDS in ihrem eigenen Land. Auch kam es zu nationalen Grenzsicherungen und Abkapselungsversuchen einzelner Nationen sowie zu stigmatisierenden Zuweisungen gegenüber anderen Staaten oder gesamten Kontinenten, die als Ursprungsort der Krankheit betrachtet wurden (Wolf 2003: 204). Seit Anfang der 1990er Jahre wurde die globale Ausbreitung der Epidemie schließlich vermehrt öffentlich betont. So lautete der Titel der achten internationalen AIDS-Konferenz 1992 in Amsterdam ‚*A World United Against AIDS*‘. Die zehnte internationale AIDS-Konferenz 1994 in Yokohama, Japan trug den Namen ‚*The Global Challenge of AIDS: Together for the Future*‘. In den Jahren zuvor spiegelten die Titel der Konferenzen dagegen wissenschaftliche, soziale und politische Herausforderungen der Epidemie wider (The Hen-

³⁵ Im Jahr 1987 rief die WHO das Global Programme on AIDS ins Leben (The Henry J. Kaiser Family Foundation 2007).

ry J. Kaiser Family Foundation 2007). Einen weiteren Schritt in Richtung Anerkennung des globalen Ausmaßes der HIV/AIDS-Epidemie vollzogen die Vereinten Nationen im Jahr 1996 mit der Etablierung des *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS). Diese Organisation wurde ins Leben gerufen, um weltweit gegen AIDS zu handeln und um die globalen HIV/AIDS-Programme der Vereinten Nationen zu koordinieren (ebd.). Eine große Rolle spielten dabei Aufklärungskampagnen zur Prävention einer weiteren Verbreitung der Krankheit. Aufgrund der fehlenden biomedizinischen Therapiemöglichkeiten wurde der Wissensvermittlung der größte Stellenwert im Kampf gegen die Pandemie attestiert und mit vielfältigen Aktivitäten und verschiedenen Medien wurde versucht, das bestehende Wissen über Virus und Syndrom weltweit zu verbreiten (Wolf 2003: 203f).

Die globale Ausdehnung von HIV/AIDS wird sichtbar bei einer Betrachtung der aktuellen Statistiken des neuesten Jahresberichts zur Pandemie von WHO und UNAIDS. Weltweit sind momentan etwa 33,2 Millionen [30,6-36,1 Millionen]³⁶ Menschen mit dem HI-Virus infiziert, die Prävalenzrate in der Altersgruppe zwischen 15 und 49 Jahren³⁷ liegt bei 0,8% [0,7-0,9%] (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS und World Health Organization 2007: 3,7). Die geschätzte Zahl der Todesfälle aufgrund von AIDS lag 2007 bei 2,1 Millionen [1,9-2,4 Millionen] und die Zahl der HIV-Neuinfektionen bei 2,5 Millionen [1,8-4,1 Millionen] (ebd.: 6).

Die weltweit am schlimmsten von HIV/AIDS betroffene Region ist Subsahara-Afrika, wo AIDS die häufigste aller Todesursachen darstellt (ebd.: 4). Im letzten Jahr fielen 76% aller AIDS-Todesfälle (1,6 Millionen [1,5-2,0 Millionen]) und 68% aller Neuinfektionen (1,7 Millionen [1,4-2,4 Millionen]) auf die Region (ebd.: 6,8). Insgesamt lebten 2007 in Subsahara-Afrika etwa 22,5 Millionen [20,9-24,3 Millionen] Menschen mit HIV, was einer Prävalenzrate von 5,0% [4,6-5,5%] entspricht. Momentan leben in der Region etwa 11,4 Millionen Waisen, die ein oder beide Elternteile durch AIDS verloren haben (ebd.: 8). Die Mehrheit der HIV-positiven Personen sind mit 61% Frauen (ebd.: 15).

³⁶ Die Zahlenangaben beruhen auf Schätzungen und Berechnungen. Die Werte in der Klammer beziehen sich auf Minimal- und Maximalwerte verschiedener Erhebungen.

³⁷ Die folgenden Angaben zu den Prävalenzraten der einzelnen Regionen beziehen sich alle auf diese Alterskohorte.

In den anderen Regionen zeichnet sich kein so drastisches Bild ab, wobei in allen Gebieten die absolute Anzahl der Personen, die mit dem HI-Virus infiziert sind im Vergleich zum Jahr 2001 gestiegen ist (ebd.: 7).

In Nordafrika und im Mittleren Osten, deren Zahlen in dem UNAIDS/WHO-Bericht gemeinsam erfasst werden, liegt die Prävalenzrate bei 0,3% [0,2-0,4%]. Die Gesamtzahl der Menschen mit einer HIV-Infektion ist 380.000 [270.000-500.000]. Im letzten Jahr gab es 35.000 [16.000-65.000] Neuinfektionen und 25.000 [20.000-34.000] Personen starben an AIDS (ebd.). In Ozeanien haben sich 2007 etwa 14.000 [11.000-26.000] Menschen mit dem Virus infiziert und es gab ungefähr 1.200 [500-2.700] AIDS-Todesfälle. Die 75.000 [53.000-12.000] Personen, die in Ozeanien mit HIV infiziert sind, entsprechen einer Prävalenzrate von 0,4% [0,3-0,7%] (ebd.). In der Karibik leben momentan etwa 230.000 [210.000-270.000] Personen mit HIV. Dies kommt einer Prävalenzrate von 1,0% [0,9-1,2%] gleich. Letztes Jahr gab es etwa 17.000 [15.000-23.000] Neuinfektionen. Die Zahl der AIDS-Toten lag bei 11.000 [9.800-18.000], wodurch AIDS eine der führenden Todesursachen bei Personen zwischen 25 und 44 Jahren war (ebd.: 7,29). In Lateinamerika lebten 2007 etwa 1,6 Millionen [1,4-1,9 Millionen] Menschen mit einer HIV-Infektion. Die Zahl der Neuinfektionen lag bei 100.000 [47.000-220.000], die Prävalenzrate bei 0,5% [0,4-0,6%]. Etwa 58.000 [49.000-91.000] Personen starben in Lateinamerika letztes Jahr an AIDS (ebd.: 7). In Nordamerika, Westeuropa und Mitteleuropa lebten 2007 zusammen 2,1 Millionen [1,1-3,0 Millionen] Menschen mit HIV. Davon haben sich 78.000 [19.000-86.000] neu mit dem Virus infiziert. Die relativ niedrige Zahl von 32.000 [20.000-84.000] AIDS-Todesfällen im letzten Jahr ist wohl auf den verbreiteten Zugang zu ART zurückzuführen (ebd.: 33). In Osteuropa und Zentralasien starben 2007 etwa 55.000 [42.000-88.000] Personen an AIDS und es gab 150.000 [70.000-290.000] Neuinfektionen. Die Gesamtzahl der Menschen, die in dieser Region mit HIV infiziert sind, lag bei 1,6 Millionen [1,2-2,1 Millionen], was einer Prävalenzrate von 0,9% [0,7-1,2%] entspricht (ebd.: 7). In Ostasien leben etwa 800.000 [620.000-960.000] Menschen mit dem Virus. Dies bedeutet eine Prävalenzrate von 0,1% [<0,2%]. Im Jahr 2007 infizierten sich 92.000 [21.000-220.000] Personen neu und es gab 32.000 [28.000-49.000] AIDS-Todesfälle (ebd.). In Süd- und Südostasien leben momentan etwa 4,0 Millionen [3,3-5,1 Millionen] Menschen mit HIV, die Prävalenzrate liegt bei 0,3% [0,2-0,4%]. Davon infizierten sich letztes Jahr rund 340.000

[180.000-740.000]. Die Zahl der Personen, die aufgrund von AIDS starben, lag bei 270.000 [230.000-380.000] (ebd.).

An der Entdeckungsgeschichte und an diesen Zahlen wird das ‚moderne‘ und das globale Ausmaß der HIV/AIDS-Epidemie erkennbar. Generell kann die Pandemie in zwei Muster unterteilt werden. Zum einen gibt es in verschiedenen Regionen allgemeine Epidemien, die in der breiten Bevölkerung vorkommen. Dies ist in vielen Ländern Subsahara-Afrikas der Fall. Zum anderen liegen Epidemien vor, die sich auf bestimmte Bevölkerungsgruppen konzentrieren: intravenöse Drogenkonsumenten, Männer, die Geschlechtsverkehr mit Männern haben, Prostituierte und deren Sexualpartner. Diese Konzentration ist in fast allen anderen Regionen auch verbreitet (ebd.: 4). Zusätzlich sprechen verschiedene Wissenschaftler von der Existenz zweier unterschiedlicher Epidemien aufgrund sozioökonomischer Faktoren. So beschreibt Palmer (2003), wie sich HIV/AIDS in den ‚reichen‘ Industrieländern für die Betroffenen von einer fatalen Krankheit zu einem chronischen Leiden gewandelt hat, das mittels ART gelindert wird. Die Konzentration liegt hier auf der Behandlung der Nebenwirkungen der ART und der Lösung des Problems der Virusresistenz gegenüber den ARV. In anderen, v.a. ökonomisch schwächeren Ländern, haben die HIV/AIDS-Patienten keinen Zugang zu ART bzw. der Zugang ist nur minimal.

Zur letzteren Kategorie zählt auch Indien. Zwar hat die indische Regierung in den letzten Jahren Programme zur Versorgung von AIDS-Patienten mit ART ins Leben gerufen. Doch nur die wenigsten Patienten profitieren von den Maßnahmen, was vor allem auf finanzielle, strukturelle und organisatorische Gründe zurückzuführen ist. Ich schildere nun das momentane Bild der HIV/AIDS-Epidemie in Indien und im Anschluss daran die Reaktionen der Regierung, wie die Bildung von verschiedenen Organisationen und Institutionen, die Durchführung von Programmen zur Überwachung der Verbreitung von HIV, Präventionskampagnen und Programme zu Behandlungsmaßnahmen. Dies dient der kontextuellen Einordnung des Themas, zur Verdeutlichung der Relevanz alternativer Behandlungsformen gegenüber der Biomedizin sowie zum Aufzeigen von ‚sozio-ätiologischen‘ Parallelen in den Interpretationen von HIV/AIDS der indischen Regierung zu Beginn der Epidemie und verschiedener Akteure im heutigen Diskurs um die Förderung von Siddha gegen HIV/AIDS. Ich beschränke mich in meinen Ausführungen auf die Reaktionen und Aktivitäten der Regierung und Regierungsorganisationen und lasse die Tätigkeiten anderer Akteure wie Nichtregierungsorganisationen außen

vor, da in meiner Diskussion in Kapitel 6 die Ansichten und Reaktionen der Regierung relevant sind.

4.3 Die HIV/AIDS-Situation in Indien

4.3.1 Entdeckung, Verbreitung und Übertragungsmuster von HIV/AIDS

Das HI-Virus wurde in Indien erstmals 1986 in Madras (dem heutigen Chennai), Tamil Nadu nachgewiesen. Mittels eines serologischen Tests bei 102 Sexarbeiterinnen wurde bei zehn von ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (John et al. 1987). Die ersten AIDS-Fälle wurden im selben Jahr aus Madras und Bombay (dem heutigen Mumbai), Maharashtra gemeldet. Von da an wurden nach und nach HIV-Infektionen aus dem gesamten Land berichtet und das Virus hat sich in ganz Indien verbreitet (Kartikeyan et al. 2007: 23).

Zwanzig Jahre später, im Jahr 2006³⁸ lebten in Indien etwa 2,5 Millionen [2,0-3,1 Millionen] Menschen mit HIV. Dies entspricht einer Prävalenzrate von 0,36% (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS und World Health Organization 2008: 5). Damit ist das Ausmaß der Epidemie auf dem Subkontinent zwar nicht so drastisch, wie die 2006 von der indischen Regierung vorgelegte Zahl von 5,2 Millionen HIV-positiver Menschen vermuten ließ³⁹. Dennoch gehört das Land, die absoluten Zahlen betreffend, zu einer der am schlimmsten von der Pandemie betroffenen Regionen weltweit.

Hinsichtlich der geographischen Verbreitung der Epidemie zeichnet sich in Indien ein uneinheitliches Bild ab. So leben die meisten Menschen mit HIV/AIDS in den vier südlichen Bundesstaaten Tamil Nadu, Andhra Pradesh, Karnataka und Maharashtra, und selbst da scheint sich die Epidemie auf bestimmte Bezirke zu konzentrieren (ebd.). Die Prävalenzrate in den vier Staaten liegt zwischen 0,34% (Tamil Nadu) und 0,97% (Andhra Pradesh). Dass die Epidemie jedoch nicht vorwiegend auf diese Bundesstaaten be-

³⁸ Die aktuellsten Daten von WHO und UNAIDS zu HIV/AIDS in Indien stammen von Erhebungen im Jahr 2006.

³⁹ Die Halbierung der Anzahl ist auf eine verbesserte Methodik zur Erfassung der HIV-positiven Personen und zur Auswertung der Daten zurückzuführen. So wurden eine neue, auf mehreren Säulen aufbauende Methodologie zur Datenerhebung und neuartige mathematische Rechenmodelle zur Datenauswertung eingeführt. Des Weiteren flossen neue, gemeindebasierte Daten mit in die Analyse hinein (Bagla 2007: 3080).

schränkt ist, zeigen signifikante Prävalenzraten in lokalen Gebieten der nördlichen Staaten Bihar, Orissa, Rajasthan und Westbengalen (ebd.: 6). Hier sind vor allem viele Angehörige so genannter Risikogruppen⁴⁰ mit dem HI-Virus infiziert. Eine besonders hohe Prävalenzrate existiert dabei unter Sexarbeitern, aber auch immer mehr intravenöse Drogenkonsumenten sowie Männer, die Sexualverkehr mit Männern haben, infizieren sich mit HIV (ebd.).

Dieses Prävalenzmuster spiegelt zugleich das generelle Muster der HIV/AIDS-Verbreitung innerhalb der Gesamtpopulation Indiens wider. Obwohl sich das HI-Virus auf die allgemeine Bevölkerung ausgebreitet hat und in einigen Bundesstaaten auch immer mehr Frauen befällt, denen im Allgemeinen ein niedriges Infektionsrisiko bescheinigt wird, beschränkt sich die HIV/AIDS-Epidemie in Indien überwiegend auf die genannten Risikogruppen und deren Sexualpartner. So scheint sich das Virus außerhalb des Nordosten des Landes, wo kontaminierte Injektionsnadeln die Hauptursache für eine Infektion sind⁴¹, insbesondere aufgrund ungeschützten Geschlechtsverkehrs zwischen Sexarbeitern und ihren Kunden sowie deren jeweiligen anderen Sexualpartnern zu verbreiten (Kumar et al.: 2005)⁴².

Der prozentuale Anteil der Männer in Indien, die die Angebote von Sexarbeiterinnen in Anspruch nehmen, variiert beträchtlich zwischen unterschiedlichen Regionen und ebenso zwischen verschiedenen Subgruppen. Landesweit liegt er durchschnittlich bei unter einem Prozent. Die höchsten Raten weisen dabei Männer auf, die sich länger als einen Monat von zuhause entfernt aufhalten (1,4%), Männer, die ledig, geschieden oder verwitwet sind (1,2%) sowie Männer im Alter zwischen 20 und 24 Jahren (1,2%) (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS und World Health Organization 2008: 6).

Auch Geschlechtsverkehr unter Männern ist ein bedeutender Faktor bei der Ausbreitung der Epidemie in Indien. So ergaben Studien zur HIV-Prävalenz unter Männern, die Sexualverkehr mit Männern haben, Prävalenzraten von 7% in Tamil Nadu, 18% in Andhra Pradesh und 10% bis 13% in Mumbai (ebd.: 8). Männliche Sexarbeiter sind besonders

⁴⁰ Als Risikogruppen werden bestimmte soziale Gruppen bezeichnet, die aufgrund gewisser Tätigkeiten, die die Gruppenzugehörigkeit definiert, einem erhöhten Risiko für eine HIV-Infektion ausgesetzt sind. Als Beispiele wären Sexarbeiter oder intravenöse Drogenkonsumenten anzuführen.

⁴¹ In Manipur waren 24% der intravenösen Drogenkonsumenten im Jahr 2005 HIV-positiv (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS und World Health Organization 2008: 7).

⁴² Der Hauptübertragungsweg von HIV in Indien ist mit 82,6% aller Fälle Sexualverkehr. Die anderen Ursachen sind intravenöser Drogenkonsum mit kontaminiertem Injektionsbesteck (4,2%), Bluttransfusionen mit kontaminierten Blutprodukten (4,0%) und perinatale Übertragungen (1,8%). In 7,5% der Fälle ist die Ursache nicht nachzuweisen (National AIDS Control Organisation 2001).

gefährdet hinsichtlich einer Infektion mit HIV. Unter ihnen sind Prävalenzraten von bis zu 30% keine Seltenheit (ebd).

Viele der Männer, die Geschlechtsverkehr mit Männern haben, sind verheiratet oder haben sexuelle Beziehungen mit wechselnden weiblichen Partnern, ohne Kondome zu verwenden (Dandona et al. 2005). Genauso praktizieren viele der Männer, die Verkehr mit Sexarbeiterinnen haben, ungeschützten Geschlechtsverkehr mit ihren Ehefrauen oder anderen weiblichen Sexualpartnern⁴³.

Solche sexuellen Verhaltensmuster bilden mögliche Brücken zur Übertragung des Virus von verschiedenen Risikogruppen zu anderen Bevölkerungsteilen. Als Bindeglieder fungieren dabei zu einem beträchtlichen Teil Lastkraftwagenfahrer. Indien hat eines der größten Straßennetze der Welt, das von mehr als 3,5 Millionen Lastkraftwagen frequentiert wird. Während ihrer lang andauernden Fernfahrten kommen viele der Fahrer mit Sexarbeitern in Kontakt, die in Hotels und Restaurants entlang der Fernstraßen ihre Dienste anbieten. Die meisten Fahrer betrachten Sexualverkehr während ihrer langen Fahrten als notwendig, um ihre Männlichkeit zu bewahren (Parameswaran 2004: 405). Während dieser Sexualkontakte kommt es zu HIV-Übertragungen und durch ihre Mobilität und weitere Sexualkontakten in anderen Regionen des Landes wird das Virus verbreitet.

Durch diese und andere so genannte ‚Brückenpopulationen‘ kam und kommt es in Indien zu einer raschen und weitreichenden Verbreitung des HI-Virus. So wird angenommen, dass ein hoher Anteil der HIV-positiven Frauen in Indien das Virus von ihren festen Partnern bekamen, die sich wiederum durch ungeschützten Geschlechtsverkehr mit Sexarbeitern infiziert haben (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS und World Health Organization 2008: 7).

4.3.2 Reaktionen der indischen Regierung auf die Epidemie

Bis Mitte der 1980er Jahre dominierte in indischen Regierungskreisen die Ansicht, dass AIDS eine ‚ausländische‘ Krankheit sei und dass es höchst unwahrscheinlich für Inder sei, sich mit HIV zu infizieren oder an AIDS zu erkranken. HIV/AIDS wurde mit dem unmoralischen und freizügigen Westen assoziiert und ein strikt nach ‚indischen, unver-

⁴³ Verschiedene Untersuchungen haben ergeben, dass zwischen der Hälfte und zwei Drittel aller männlicher Kunden von Sexarbeiterinnen entweder verheiratet sind oder eine feste Partnerin haben (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS und World Health Organization 2008: 7).

dorbenen Werten' geführtes Leben würde die Menschen in Indien vor der Krankheit bewahren (Parameswaran 2004: 397f). Mit der Entdeckung der ersten HIV-Infektionen im Jahr 1986 in Madras mussten die Regierungsangehörigen jedoch anerkennen, dass sich das Virus seinen Weg auch auf den Subkontinent gebahnt hatte. Ein offizielles Eingeständnis geschah allerdings nur zögerlich. In den ersten Jahren wurde die Krankheit in politischen Programmen kaum berücksichtigt. Parameswaran zufolge betrachteten es die Verantwortlichen der Regierung als politisch vorteilhafter, die Existenz der Krankheit zu dementieren, als das von ihnen gepriesene Bild von Indien mit ‚alter Tradition' und makellosen kulturellen Werten zu trüben. So wurden kontaminierte Blutprodukte für die Ausbreitung von HIV verantwortlich gemacht, obwohl Untersuchungen zeigten, dass der mit Abstand häufigste Übertragungsweg heterosexueller Geschlechtsverkehr war. Die Aktivitäten der Regierung beschränkten sich daher zum Großteil auf die Durchführung von Blutuntersuchungen vor Bluttransfusionen (ebd.: 398). Noch bis in die frühen 1990er Jahre spielten verschiedene Verantwortliche der Regierung und des indischen Gesundheitswesens die Bedeutung der sich auszubreiten beginnenden Epidemie herunter. HIV/AIDS wurde weiterhin als ‚westliches Problem' betrachtet, das keinen bedeutenden Einfluss auf Indien haben würde, da in der indischen Bevölkerung kein Sexualverkehr mit verschiedenen Partnern oder anderes risikoreiches Verhalten existiere (Verma et al. 2004: 21).

Anfang der 1990er Jahre wurde ersichtlich, dass sich HIV/AIDS in Indien immer weiter ausbreitete und die Regierung war zum Handeln gezwungen. So wurde 1992, unter internationalem Druck, vom Ministerium für Gesundheit und Familie die *National AIDS Control Organisation* (NACO) gegründet. Die Organisation stellt das zentrale Regierungsorgan zur Koordination der Aktivitäten im Kampf gegen HIV/AIDS dar. Die Aufgaben von NACO umfassen die Entwicklung und Überwachung von Programmen zur Bekämpfung der Ausbreitung von HIV und die Verwaltung eines nationalen HIV-Überwachungssystems (ebd.: 22).

Ein Jahr später (1993) entstanden in allen Bundesstaaten und Unionterritorien die *State AIDS Control Societies*. Diese haben in dem jeweiligen Staat oder Territorium die Überwachung von HIV und sexuell übertragbaren Krankheiten (*Sexually Transmitted Diseases* STDs), die Errichtung und Überwachung von Sicherheitsstandards hinsichtlich der Arbeit mit Blut und Blutprodukten und die Durchführung von HIV-

Präventionsprogrammen und Sexualaufklärungskampagnen zur Aufgabe (Razon 2004: 12).

Die indischen HIV/AIDS-Präventionsprogramme können in zwei Klassen unterteilt werden. Zum einen wurden Programme mit den so genannten Risikogruppen durchgeführt. So wurden vor allem unter Sexarbeitern, deren Kunden sowie Lastkraftwagenfahrern und deren Assistenten HIV/AIDS-Aufklärungskampagnen organisiert⁴⁴. Zum anderen gab es breit angelegte HIV/AIDS-Informationsprogramme in den Medien. Mittels kurzer Beiträge in Radio, Fernsehen und Zeitungen sollte die breite Öffentlichkeit auf HIV/AIDS aufmerksam gemacht und über potentielle Übertragungswege des Virus sowie mögliche Wege zur Vermeidung einer Infektion aufgeklärt werden. In bestimmten Regionen, vor allem in Maharashtra und Tamil Nadu, wurden HIV/AIDS-Kampagnen auch in Schulen durchgeführt (Verma et al. 2004: 26f).

Anfang des neuen Jahrtausends hat die indische Regierung die *National AIDS Prevention and Control Policy – 2002* verabschiedet. Auch diese politische Richtlinie hat unter anderem die Verhinderung einer weiteren Ausbreitung der HIV/AIDS-Epidemie zum Ziel (ebd.: 36). Umgesetzt werden soll dies einerseits weiterhin durch gezielte Interventionsprogramme bei Angehörigen bestimmter sozialer Gruppen. Zu den bereits früher als eher gefährdet geltenden Sexarbeiter und Lastkraftwagenfahrer sind dabei mittlerweile intravenöse Drogenkonsumenten, Männer, die Sexualverkehr mit Männern haben, Patienten in STD-Kliniken und Gefängnisinsassen hinzugekommen. Andererseits werden AIDS-Aufklärungsprogramme in Schulen durchgeführt und einzelne Schüler dazu ausgebildet, ihren Schulkameraden Wissen über HIV/AIDS zu vermitteln. Zudem es gibt ein ‚*University Talk AIDS Programme*‘, im Zuge dessen Studenten Wissen über das Virus und das Syndrom erhalten. Aber auch der Schräglage hinsichtlich der HIV/AIDS-Wissensverteilung zwischen urbanen und ländlichen Gebieten soll nach dem neuen Strategiepapier entgegengewirkt werden. So wurde der ‚*Family Health Awareness Campaign Approach*‘ entwickelt, eine HIV/AIDS-Aufklärungsmassenkampagne in den ländlichen Gebieten (ebd.).

Dass in Indien jedoch weiterhin großer Bedarf an HIV/AIDS-Aufklärungsarbeit besteht, verdeutlichen Zahlen zum Wissensstand der Bevölkerung im UNAIDS/WHO-Bericht

⁴⁴ In den Programmen wurden Informationen bezüglich HIV/AIDS vermittelt sowie die Verwendung von Kondomen angepriesen. In vereinzelt Fällen wurden auch kostenlose Kondome verteilt (Verma et al. 2004: 27f).

zur HIV/AIDS-Situation in Asien. Demzufolge hatten im Jahr 2006 nur 61% aller erwachsenen Frauen und 84% aller erwachsenen Männer in Indien je von AIDS gehört. Nur 40% der Frauen und 70% der Männer hatten Kenntnisse über Verhütungsmethoden (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS und World Health Organization 2008: 6f). Und da grundlegendes Wissen zu HIV/AIDS die Basis für Veränderungen ‚risikoreichen‘ Verhaltens ist, ist es für die Verhinderung einer weiteren Ausbreitung der Epidemie notwendig, die Aufklärungsarbeit auszuweiten.

Doch es gibt im Kontext der HIV/AIDS-Epidemie nicht nur Bedarf an adäquaten Präventionsprogrammen. Nach mittlerweile mehr als 20 Jahren HIV/AIDS in Indien haben sich viele Menschen im Land mit dem HI-Virus infiziert und haben teilweise AIDS entwickelt. Immer mehr Menschen benötigen daher Behandlung von AIDS und von Beschwerden, die mit einer HIV-Infektion verbunden sind. Auch die indische Regierung hat dies zur Kenntnis genommen und seit einigen Jahren die Versorgung der Betroffenen auf der Tagesordnung. So ist ein Ziel der *National AIDS Prevention and Control Policy – 2002* die Verbesserung der Versorgungsleistungen für Menschen mit HIV/AIDS (Verma et al. 2004: 36f).

Ein Ergebnis dieser Politik sind 35 Behandlungszentren für die Versorgung von opportunistischen Infektionen und anderen Beschwerden, die mit einer HIV-Infektion einhergehen. Diese wurden von der Regierung errichtet, vorwiegend in den Bundesstaaten mit den höchsten HIV-Prävalenzraten im Süden und Nordosten des Landes. Zudem werden mittlerweile in staatlichen Krankenhäusern kostenlose Behandlungen von Tuberkulose sowie von anderen geläufigen opportunistischen Infektionen angeboten (Shaukat und Panakadan 2004: 166).

Zugang zu antiretroviraler Behandlung, die eine Verbesserung der Lebensqualität und eine Verlängerung der Lebensspanne bedeutet, haben in Indien jedoch die wenigsten AIDS-Patienten. Zwar werden ART im Zuge bestimmter staatlicher Programme durchgeführt⁴⁵. Mit 56500 Menschen ist die Anzahl derer, die Anfang 2007 in 103 Zentren ARV erhielten, jedoch sehr niedrig (Steinbrook 2007: 1200). Die indische Regierung hat nicht genügend finanzielle Ressourcen, um allen Menschen mit AIDS ART zu ermöglichen. Aber ohne staatliche Unterstützung können sich die meisten AIDS-Patienten

⁴⁵ Anzuführen wären hier das ‚*Post-Exposure-Prophylaxis-Programme*‘ für Beschäftigte im Gesundheitswesen sowie das ‚*Prevention of Parent-to-Child-Transmission Programme*‘. Auch werden seit dem 1. April 2004 in staatlichen Krankenhäusern in den sechs Bundesstaaten mit den höchsten HIV-Prävalenzraten kostenlose ARV verteilt (Shaukat und Panakadan 2004: 166).

ART nicht leisten (Verma et al. 2004: 37f). Und viele derer, die ihre ARV selber finanzieren, geben einen Großteil ihres Einkommens für die Therapie aus⁴⁶.

Es gibt jedoch auch kostengünstige und erreichbare Alternativen zu den teuren und für viele Patienten in Indien nicht zugänglichen ARV. So bieten viele medizinische Praktiker Behandlungen für HIV/AIDS-Patienten an, die von Āyurveda, Siddha, Ūnānī oder Homöopathie abgeleitet sind. Die Praktiker geben an, erfolgreich verschiedene mit HIV/AIDS assoziierte Symptome behandelt zu haben und manche von ihnen behaupten sogar, AIDS-Patienten komplett geheilt zu haben (van Hollen 2005: 96). So erklären auch mehrere Siddha-Praktiker seit einigen Jahren, dass die medizinischen Siddha-Texte Formeln für eine effiziente Behandlung von HIV/AIDS enthalten. Demnach würde die Behandlung das Virus unterdrücken und somit das Leben des Patienten verlängern und eventuell sogar HIV/AIDS heilen (Bodeker et al. 2006: 571). Allerdings stoßen die Therapien der Siddha-Praktiker genauso wie die anderer Praktiker, die HIV/AIDS mit traditioneller Medizin behandeln, bei der indischen Regierung nicht auf Akzeptanz. Sie betrachtet die Praktiker, die behaupten, ein Heilmittel gegen AIDS gefunden zu haben, als Quacksalber und verbietet den Verkauf ihrer Medizin (van Hollen 2005: 97). Gleichzeitig sind die Behandlung von HIV/AIDS-Patienten mit Siddha-Medizin sowie die Erforschung des Potentials von Siddha für die HIV/AIDS-Behandlung Teil der nationalen AIDS-Politik, die die Regierung im Jahr 1999 veröffentlicht hat:

„In a scenario where anti-retroviral drugs are extremely expensive, there is a great need to look into the indigenous system of medicine like Ayurveda, Unani and Siddha apart from Homoeopathy. Some of the medicines in these systems have the potential of reducing the viral [sic] load in the body of the patient thus ensuring a healthier and longer life with the infection. The Government has sponsored research projects in Homoeopathic and Siddha systems [sic] of medicines [sic] and is receiving encouraging response. It will pursue a policy of sponsoring research in ISM and Homoeopathy for development of drugs which can serve the purpose of anti-retrovirals, if not for a total cure from the infection” (Embassy of India o. J.).

Allerdings dürfen nur Medikamente, deren Wirkung und Sicherheit mittels strenger Forschungsmethoden nachgewiesen wurden, in der HIV/AIDS-Behandlung in Indien verwendet werden:

“Any medicine or system of treatment which cannot stand the test of scrutiny by the professional organisations like the Ayurveda Council or the Homoeopathic Council cannot be accepted as a drug or a system of treatment in the country” (ebd.).

⁴⁶ So zeigt eine Studie zu ART in drei Privatkliniken in Mumbai, dass die dortigen Patienten im Durchschnitt 60% ihres Monatseinkommen für die Therapie ausgeben (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS und World Health Organization 2008: 8).

Im folgenden Kapitel werde ich die staatliche Förderung von Siddha-Medizin im Kampf gegen HIV/AIDS schildern. Dabei werde ich zum einen beschreiben, welche Maßnahmen die indische und die tamilische Regierung zur Siddha-Behandlung von AIDS-Patienten eingeleitet haben und wie die Behandlungen aussehen. Hierbei stelle ich auch dar, wie im Zuge der Behandlung das biomedizinisch konzeptualisierte Syndrom AIDS in die indigene Krankheit *veṭṭai nōy* umgewandelt wird. Zum anderen werde ich die von der indischen Regierung und verschiedenen internationalen Akteuren geforderte klinische Forschung zur Effizienz und Sicherheit von Siddha bei der HIV/AIDS-Behandlung beleuchten. Diese beiden Punkte bilden die letzte Grundlage für die in Kapitel 6 folgende Diskussion der Indigenisierung von HIV/AIDS und der Biomedizinisierung von Siddha im Kontext der HIV/AIDS-Epidemie in Indien.

5. Die Rolle von Siddha im indischen Kampf gegen HIV/AIDS

5.1 Die Behandlung von HIV/AIDS-Patienten mit Siddha-Medizin

Nachdem Siddha-Experten Anfang der 1990er Jahre die Regierung von Tamil Nadu darauf hingewiesen hatten, dass Siddha-Medikamente wirksam seien bei der Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten, beschlossen die Verantwortlichen der Regierung, HIV/AIDS-Patienten im *Government Hospital of Thoracic Medicine* in Chennai mit Siddha-Medizin zu behandeln (Deivanayagam, Krishnarajasekhar und Ravichandran 2001: 390).

Das GHTM, in Tambaram am Stadtrand von Chennai gelegen, versorgt HIV/AIDS-Patienten sowie Patienten mit Thoraxkrankheiten. Es wurde 1928 als *Tuberculosis Sanatorium* mit zwölf Betten von dem in England ausgebildeten indischen Arzt Dr. Muthu errichtet. 1935 übernahm die damalige Regierung von Madras das Sanatorium und in der Folgezeit wurde es beständig ausgebaut. Es wurde um einen Operationssaal, eine Röntgenabteilung, ein Labor und zusätzliche Krankenstationen erweitert und bot 1976 knapp 800 stationären Patienten Platz. Anfang der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts wurde das Sanatorium umbenannt in *Government Hospital of TB and Chest Diseases*. Im Jahr 1986 erfolgte eine erneute Namensänderung in *Government Hospital of Thoracic Medicine*. Der Beginn der Hinwendung des Krankenhauses zu Behandlung und Ausbildung im Bereich HIV/AIDS erfolgte 1993 mit der Einweisung zweier HIV-positiver Tuberkulose-Patienten. Fortan stieg die Zahl der HIV/AIDS-Patienten stetig und es wurde damit begonnen, medizinisches Personal in Diagnose von HIV/AIDS sowie Pflege und Umgang mit HIV/AIDS-Patienten auszubilden. Zusätzlich wurden die Kapazitäten für die Betreuung von HIV/AIDS-Patienten mithilfe staatlicher Organisationen kontinuierlich erweitert. So stellten die *Tamil Nadu State AIDS Control Society* (TANSACS) und die NACO technische Ausrüstung zur Verfügung, lieferten Medikamente zur Behandlung opportunistischer Infektionen sowie ergänzende Ernährung, gestalteten Fortbildungsprogramme für medizinisches Personal und Berater und leisteten

Unterstützung bei der Einrichtung eines Zentrums für Test und Beratung (*Voluntary Counseling and Testing Center VCTC*). Im April 2004 begann die Implementierung eines Programmes zur kostenlosen antiretroviralen Behandlung, die allerdings aufgrund der mangelnden finanziellen Ressourcen lediglich Patienten im Endstadium vorbehalten ist. Heute ist das GHTM mit etwa 300 stationären HIV-Patienten die größte HIV/AIDS-Klinik in Indien (Government Hospital of Thoracic Medicine o. J.).

Im Jahr 1993, kurz nach Einweisung der ersten HIV-positiven Patienten, begann die Behandlung von HIV/AIDS-Patienten mit Siddha-Medizin. Die Behandlung des biomedizinisch definierten Syndroms AIDS mit Siddha-Medizin wird durch eine Transformation des Syndroms in eine im Siddha bekannte Krankheit ermöglicht. Verschiedenen Angehörigen der tamilischen Regierung und Siddha-Praktikern zufolge existiert AIDS in Indien bereits seit langer Zeit und war schon den alten Siddhars bekannt. Diese erwähnten vor mehr als tausend Jahren die Krankheit *veṭṭai nōy* (auch als *mēkaveṭṭai* bezeichnet), die über Symptome wie Schwäche, Fieber, Gewichtsverlust und Appetitmangel definiert wird und die im gegenwärtigen Diskurs um die Siddha-HIV/AIDS-Behandlung in Tamil Nadu mit AIDS gleichgesetzt wird. Laut eines Siddha-Praktikers im GHTM bezog sich der Siddhar Ramadevam vor über 1000 Jahren auf die heutige, biomedizinisch definierte Krankheit AIDS, als er anführte, dass *veṭṭai nōy* eine Person in einen toten Baum verwandle (Razon 2004: 72f).

Die Siddhars klassifizierten 21 Arten von *veṭṭai nōy*. Dies führt Razon auf das Konzept der individuellen Grundkonstitution im Siddha zurück, aufgrund derer eine Krankheit bei verschiedenen Individuen in unterschiedlicher Form existieren kann (ebd.: 74).

Die Hauptursache von *veṭṭai nōy* wird in einem Übermaß an *aḷal* gesehen. Allerdings werden die ätiologischen Erklärungen mit biomedizinischen Konzepten, wie einer Schwächung des Immunsystems, vermischt. Ein geschwächtes Immunsystem wird dabei mit einem Übermaß an *aḷal* gleichgesetzt und begünstigt den Einfall von Pathogenen. Die Immunschwäche wird dabei lokalisiert und dafür werden biomedizinisch definierte Organe herangezogen: Knochenmark, Leber und Thymus. Diese Organe sind auch für die Wiedererstärkung des Immunsystems verantwortlich. Die meisten der 21 *veṭṭai nōy*-Typen werden durch falsche Ernährung oder ein Übermaß an Geschlechts-

verkehr, das zur Auszehrung der zehn vitalen Winde *prāṇa* führt, verursacht (Tamil Nadu State AIDS Control Society 2006).

Aufgrund mehrjähriger Behandlungserfahrung und den Ergebnissen einer einjährigen klinischen Studie wurde im Jahr 2000 von den Verantwortlichen im GHTM eine Kombinationstherapie aus drei Medikamenten für wirksam erklärt. Die einzelnen Präparate sind *rasagandhi mezhugu*, *amukkara chooranam* und *nellikkai lehyam* und die Anfangsbuchstaben der drei Medikamente bilden zusammen das Akronym RAN, mit dem die Kombinationstherapie bezeichnet wird. *Rasagandhi mezhugu* besteht aus 48 pflanzlichen und metallischen Wirkstoffen, *amukkara chooranam* setzt sich aus acht pflanzlichen Bestandteilen zusammen und *nellikkai lehyam* besteht aus 17 pflanzlichen Inhaltsstoffen. Die drei Präparate werden gemäß der *Siddha formulary of India* hergestellt, die 1988 vom Ministerium für Gesundheit und Familie (*Ministry of Health and Family Welfare*) der indischen Regierung erstellt wurde⁴⁷ (Rajasekaran o. J.).

RAN wird allen Patienten täglich und kostenlos im GHTM in Form von grünen Kapseln, weißen Tabletten und einem pflanzlichen Sirup auf Stachelbeerenbasis gemeinsam mit biomedizinischen Medikamenten zur Kontrolle von opportunistischen Infektionen verabreicht. Zusätzlich erhalten die stationären Patienten spezielle nahrhafte Kost, bestehend aus *pongol* (mit Milch, Zuckerrohrzucker, zerlassener Butter und Cashewnüssen gekochter Reis), Milch, Getreidebrei, Datteln, Erdnüssen, Eiern und einer Auswahl an vitaminreichem Gemüse und Obst. Die ambulanten Patienten holen sich einmal im Monat ihre Medikamente im GHTM ab, für die stationären Patienten besorgt das Pflegepersonal die Dosen einmal pro Woche. Die stationären Patienten bleiben für gewöhnlich zwischen sieben und 30 Tagen im GHTM, danach beginnt die ambulante Behandlungszeit (Raman o. J.).

Die RAN-Behandlung ist die einzige für die Patienten kostenlose und von der Regierung finanzierte medizinische Behandlung von HIV/AIDS (Razon 2004: 22). Sie kostet die Regierung monatlich zwischen 100 und 150 Rupien⁴⁸ pro Patient und ist damit weit aus günstiger als die biomedizinische antiretrovirale Kombinationstherapie, die bis zu 1400 Rupien pro Monat kosten kann (Raman o. J.).

⁴⁷ Im Jahr 1988 ernannte die indische Regierung ein *Siddha Pharmacopoeia Committee* zur Ausarbeitung eines offiziellen Arzneibuches. Es beinhaltet 248 Medikamente, die von Siddha-Praktikern häufig verwendet werden. Herstellungsweise und Zusammensetzung der im Arzneibuch aufgeführten Präparate müssen vom Hersteller strikt eingehalten werden (Department of Ayurveda, Yoga & Naturapathy, Unani, Siddha and Homoeopathy o. J. b).

⁴⁸ 100 Rupien entsprechen momentan etwa 1,50 Euro (Stand: 24.05.2008).

Wie bereits weiter oben dargestellt sind die niedrigen Kosten der Siddha-Behandlung einer der beiden Hauptaspekte, die die Regierung als Begründung für die Verwendung von Siddha-Medizin in ihrer offiziellen HIV/AIDS-Politik angibt. Der andere ist der behauptete Erfolg der Siddha-Behandlung: „Some of the medicines in these systems have the potential of reducing the viral (sic) load in the body of the patient thus ensuring a healthier and longer life with the infection” (Embassy of India o. J.).

Diese Vorteile gegenüber biomedizinischen Therapiemaßnahmen werden auch von verschiedenen Mitarbeitern im GHTM geteilt. Sowohl die HIV/AIDS-Berater als auch das medizinische Personal betrachten Siddha als angemessene und effiziente Behandlungsmethode. So bevorzugen die Mitarbeiter des GHTM im Allgemeinen den Einsatz von RAN gegenüber biomedizinischen Medikamenten aufgrund der niedrigeren Kosten und der Tatsache, dass die RAN-Behandlung keine Nebenwirkungen mit sich bringt, wohingegen biomedizinische ART bei vielen Patienten zu erhöhter Temperatur, Müdigkeit und/oder Durchfall führt. Einer Siddha-Ärztin zufolge besteht die positive Wirkung von Siddha bei der Behandlung von HIV/AIDS in einer Stärkung des Immunsystems, positiven Resultaten bei der Behandlung von opportunistischen Infektionen, einer Beendigung der Vermehrung des HI-Virus, einer Gewichtszunahme, einer Verhinderung von Symptomen wie Durchfall und Fieber, einer zeitweiligen Verbesserung des Zustands des Patienten sowie einer Verlängerung der Lebensdauer um fünf bis zehn Jahre (Razon 2004: 31f).

Die Effizienz der Siddha-Behandlung soll laut nationaler AIDS-Politik jedoch auch durch klinische Forschungen nachgewiesen werden:

„The Government [...] will pursue a policy of sponsoring research in ISM and Homoeopathy for development of drugs which can serve the purpose of anti-retrovirals, if not for a total cure from the infection” (Embassy of India o. J.).

Zu diesem Zweck hat die tamilische Regierung die Forschungskapazitäten des GHTM mithilfe ausländischer Organisationen ausgebaut. So schlossen die Regierung von Tamil Nadu und die CDC am 11. September 2002 einen Vertrag ab, der eine Verbesserung der HIV/AIDS-Behandlung im GHTM vorsieht. In dem Abkommen wurde eine Unterstützung seitens des CDC in Form eines Ausbaus der technischen Ausstattung sowie der Möglichkeiten zur Datensammlung festgelegt. Die finanzielle Unterstützung des GHTM durch das CDC führte zur Anschaffung einer computergesteuerten Datenbank, die zunächst helfen soll, Zustand und Entwicklung der Patienten zu dokumentieren. Letztlich

stellt sie jedoch auch eine statistische Grundlage für die Bestimmung der Effizienz von Behandlungsstandards und Medikamenten dar (Raman o. J.).

Die Effizienz wird dabei in biomedizinischen Parametern angegeben. So führt die RAN-Behandlung nach Deivanayagam, dem nationalen AIDS-Berater der WHO und früheren Leiter des GHTM, zu einer beträchtlichen Reduzierung der Viruslast sowie zu einem deutlichen Anstieg der CD4-Zahl. Zusätzlich wiesen die Patienten weniger Symptome auf (u.a. weniger Durchfall und Fieber) und zeigten eine signifikante Gewichtszunahme (ApolloLife 2002).

Da die klinischen, nach biomedizinischen Maßstäben durchgeführten Untersuchungen zum Einsatz von Siddha-Medizin in der HIV/AIDS-Behandlung relevant für meine im nächsten Kapitel folgenden Ausführungen zur Biomedizinisierung von Siddha sind, betrachte ich nun die Debatte um die Effizienz und Sicherheit von Siddha-Medizin bei der Behandlung von durch eine HIV-Infektion hervorgerufenen Symptomen und die daraus resultierenden Bemühungen der indischen Regierung, mittels klinischer Forschung die Effizienz und Sicherheit von Siddha-Medizin nachzuweisen.

5.2 Klinische Studien zur HIV/AIDS-Siddha-Behandlung

Die weiter oben erwähnte verstärkte Hinwendung von HIV/AIDS-Patienten zu nicht-biomedizinischen Behandlungsformen führte dazu, dass verschiedene Akteure Wirksamkeitsnachweise der Therapieformen verlangten (Bodeker und Burford 2007: 3, 29). Im momentanen „age of evidence-based medicine“ (Chaudhury, Thatte und Liu 2007: 389) fordern sowohl die wissenschaftliche Gemeinschaft als auch biomedizinische Ärzte klare und hochqualitative Nachweise zur Effizienz und Sicherheit medizinischer Produkte oder Behandlungsformen (ebd.). Aber auch nationale politische Entscheidungsträger und internationale Gesundheitsorganisationen fordern eine klinische Erforschung nicht-biomedizinischer Behandlungen. So bemängelt die WHO in ihrer *WHO Traditional Medicines Strategy 2002-2005* (2002), dass es keinen ausreichenden Nachweis gäbe für Effizienz und Sicherheit vieler nicht-biomedizinischer Behandlungsformen und Produkte. Ähnliches geht aus einer Internetseite von UNAIDS hervor:

„A wide range of herbs and substances are used in developing countries to treat symptoms of AIDS, and there is a need for collaborative research to validate traditional/alternative remedies and to understand how they may affect treatment with modern medicines“ (UNAIDS o. J.).

So kam es im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte zu einem weltweiten Anstieg an Experimenten zu Effizienz, Wirkungsmechanismus und Sicherheit von nicht-biomedizinischen HIV/AIDS-Behandlungsformen. Zunächst wurden in Nordamerika und Europa in In-vitro-Studien⁴⁹ antiretrovirale und das Immunsystem stärkende Eigenschaften medizinischer Pflanzenextrakte getestet. Diese Untersuchungen haben zu viel versprechenden Resultaten geführt (Bodeker et al. 2006: 565)⁵⁰. Dies veranlasste die Verantwortlichen zur Durchführung weiterer klinischer Studien zur Effizienz und Sicherheit der Behandlung von HIV/AIDS mit CAM. Die Ziele dabei sind nach Liu (2007: 304), sichere und effektive CAM-Therapien zu finden, mit denen HIV/AIDS und die damit einhergehenden Beschwerden behandelt werden können sowie Nebenwirkungen zu verringern. Zudem sollen eventuelle synergistische Kombinationen aus CAM und Biomedizin gewonnen werden. Ein weiteres Ziel ist ein grundlegendes Verständnis der Wirkungsmechanismen von CAM-Therapien⁵¹.

Neben diesen Forschungen im Westen werden jetzt auch klinische Studien zu indigener Medizin und HIV/AIDS in den nicht-westlichen Ländern durchgeführt, vor allem in Subsahara-Afrika und in Asien⁵². So finden in Indien seit Mitte der 1990er Jahre klinische Tests zur Effizienz und Sicherheit von Behandlungen statt, die von Āyurveda oder Siddha abgeleitet sind. Dabei werden die Therapieformen auf ihr Potential hinsichtlich der Bekämpfung von opportunistischen Infektionen und Nebenwirkungen biomedizinischer ARV, einer Stärkung des Immunsystems sowie einer Verhinderung der Ausbreitung des HI-Virus im Körper des Patienten untersucht. Die Experimente erfolgen gemäß internationalen Richtlinien für klinische Forschungsstandards⁵³. Durchgeführt werden randomisierte kontrollierte klinische Studien (*randomized controlled clinical trials* RCTs), die vom biomedizinischen Etablisement als Kern der biomedizinischen Evi-

⁴⁹ Mit In-vitro-Studien bezeichnet man Experimente, die in einer kontrollierten künstlichen Umgebung außerhalb des lebenden Organismus durchgeführt werden.

⁵⁰ Zu Potential und Wirkungsmechanismus verschiedener in In-vitro-Studien getesteter Pflanzenextrakte siehe Vermani und Garg 2001 sowie Bodeker et al. (2006: 565ff).

⁵¹ Für einen Überblick über klinische Studien zur Effizienz verschiedener CAM-Maßnahmen bei HIV/AIDS-Patienten siehe Liu 2007.

⁵² Für eine Auswahl klinischer Studien zu indigener Medizin und HIV/AIDS in Afrika siehe PROMETRA/TICAH/Twaweza 2003. Für klinische Tests zu TRM und HIV/AIDS in Asien, vor allem zu Traditioneller Chinesischer Medizin (TCM) siehe Bodeker et al. (2006: 571).

⁵³ Für eine Darstellung der internationalen methodologischen Richtlinien klinischer Studien siehe Chaudhury, Thatte und Liu 2007.

denz betrachtet werden (Bodeker, Kronenberg und Burford 2007: 29). Parallel zur Verabreichung der untersuchten Medizin erhält der Proband biomedizinische Behandlung, da laut internationalen Richtlinien indigene Medizin nur in Verbindung mit Biomedizin getestet werden darf (ebd.: 20).

Der ‚Hauptakteur‘ in den klinischen Forschungen zur Effizienz und Sicherheit von Siddha in der HIV/AIDS-Behandlung ist das GHTM. Im Jahr 1996 wurde im GHTM in Zusammenarbeit mit der tamilischen Regierung begonnen, mittels vom *Indian Council of Medical Research* (ICMR) entworfener Forschungsdesigns die Effizienz verschiedener Siddha-Medikamentenkombinationen zu bestimmen. Dabei wurde herausgefunden, dass ein Therapieplan mit den drei Medikamenten *rasagandhi mezhugu*, *amukkara chooranam* und *nellikai lehyam* (RAN) am effektivsten war: die HIV-Patienten zeigten klinische Besserungen und es kam zu einem Anstieg bei der CD4-Zahl (Deivanayagam, Krishnarajasekhar und Ravichandran 2001: 390).

Von März 1999 bis April 2000 wurde in einer klinischen Studie im GHTM die Effizienz von RAN untersucht. An ihr nahmen 16 HIV-positive Patienten teil. Elf von ihnen erhielten RAN und zusätzlich biomedizinische Medikamente zur Kontrolle von opportunistischen Infektionen. Die fünf Patienten der Kontrollgruppe bekamen nur biomedizinische Medikamente gegen opportunistische Infektionen. In der Experimentalgruppe wurde am Ende der Studie bei sieben Patienten eine Senkung der Viruslast und ein Anstieg der CD4-Zahl gemessen. Die elf Patienten der Experimentalgruppe wiesen eine durchschnittliche Gewichtszunahme von 2,2 kg in einem Monat auf. Ein Patient der Experimentalgruppe wurde aufgrund von fortgeschrittenen Symptomen im Zentralnervensystem aus dem Versuch ausgeschlossen, die übrigen drei Patienten zeigten keine Effekte hinsichtlich Viruslast und CD4-Zahl. In der Kontrollgruppe erfolgte eine durchschnittliche Gewichtszunahme um 0,75 kg, bei keinem Patient konnte eine Senkung der Viruslast festgestellt werden und zwei der fünf Patienten wiesen einen Anstieg der CD4-Zahl auf (ebd.).

Die Ergebnisse der Studie wurden auf der 13. Internationalen AIDS-Konferenz in Durban, Südafrika im Juli 2000 präsentiert. Die Verantwortlichen wiesen darauf hin, dass die Ergebnisse zeigten, dass eine Behandlung mit Siddha-Medikamenten in Kombination mit biomedizinischen Medikamenten gegen opportunistische Infektionen eine bedeutende Rolle spiele hinsichtlich der Verbesserung von klinischen und Labor-Werten der HIV/AIDS-Patienten (Razon 2004: 10).

Allerdings wurden die Forschungsergebnisse aufgrund methodologischer Aspekte angefochten. Vor allem viele Wissenschaftler und Ärzte des biomedizinischen Etablissements akzeptieren die Ergebnisse nicht und forderten weitere Untersuchungen mit strengeren methodologischen Richtlinien nach internationalen Standards (Bodeker 2006: 572). Dieser Forderung schlossen sich weitere Akteure an. Zum einen wurden auf Versammlungen internationaler Organisationen wie WHO oder UNAIDS Rufe nach mehr klinischen Studien gemäß biomedizinischen Wissenschaftsstandards laut. Zum anderen wurden diese Forderungen auch auf Kongressen von nationalen indischen Organisationen wie dem *Indian Council of Medical Research (ICM)* oder der *Population Foundation of India* vorgebracht (van Hollen 2005: 95). Aber auch indische Wissenschaftler schlossen sich den Forderungen an. So wurden während des ‚*Symposium on HIV/AIDS and Traditional Medicine*‘, das am 14. Januar 2003 in Bangalore, Indien abgehalten wurde, Stimmen verschiedener Teilnehmer laut, die in diese Richtung wiesen. Unter anderem forderte Chaudhury, Präsident der *Delhi Society for the Promotion of Rational Use of Drugs, National Institute of Immunology* strenge klinische Evaluierung von traditionell verwendeter Medizin zur Stärkung des Immunsystems und zur Bekämpfung von Infektionen. Er erwähnte die Resultate klinischer Forschungen in Indien, die darauf hinwiesen, dass traditionelle Medizin in der Lage sei, das Immunsystem stärken, die Viruslast zu verringern und verschiedene opportunistische Infektionen zu bekämpfen. Dies müsse jedoch mittels wissenschaftlicher Maßstäbe nachgewiesen werden. Neben biomedizinisch wissenschaftlich einwandfreier Forschung verlangte Chaudhury gleichzeitig kulturell angepasste Untersuchungen. Als Schritt in diese Richtung stellte er ein Forschungsmodell vor, das klinische Auswertung mit Patientenklassifikation sowie Behandlungsform gemäß den klassischen Diagnosekriterien der indischen Medizinsysteme verbindet (Chaudhury und Bodeker 2003: 105)⁵⁴.

Zugleich wurden auf dem Symposium von Deivanayagam, ehemaliger Leiter des GHTM, und Pandey, ehemaliger Direktor des *Central Council for Research in Ayurveda and Siddha (CCRAS)*⁵⁵, verschiedene Schritte für ein weiteres Vorgehen empfohlen.

⁵⁴ Chaudhury war bereits im Jahr 2001 an der Erstellung eines Modells für klinische Studien zur Evaluierung der Effizienz indigener indischer Medizin für die Behandlung von HIV/AIDS beteiligt. In diesem Modell wurden die von ihm auf dem Symposium 2003 angesprochenen klassischen Diagnosekriterien indischer Medizinsysteme allerdings noch nicht berücksichtigt (Chaudhury 2001).

⁵⁵ Der CCRAS wurde 1978 vom *Ministry of Health and Family Welfare* der indischen Regierung gegründet. Eine Primärfunktion des CCRAS ist die Förderung und Erforschung der HIV/AIDS-Siddha-Behandlungen, um eine kostengünstige Alternative zu biomedizinischen antiretroviralen Medikamenten

Zum einen sollten biotechnologische Untersuchungsmethoden bereitgestellt werden, um das gesamte Sortiment an Medikamenten traditioneller indischer Medizinsysteme zu analysieren. Zum anderen sollten multizentrische Studien zum Vergleich von antiretroviraler Therapie und Siddha-Medikamenten durchgeführt werden. Hierbei sollten als Effizienzkriterien die CD4-Zahl sowie die Viruslast herangezogen werden. Des Weiteren forderten die beiden Ärzte mehr Forschung zu und Entwicklung von effektiven Heilmitteln mit Immunsystem stärkender und antiretroviraler Wirkung. Zudem sollten die Ernährungsempfehlungen der indischen Medizinsysteme gefördert werden, sobald die Effizienz eines Nahrungsmittels nachgewiesen wurde (ebd.).

Als Reaktion auf den Diskurs um adäquate klinische Forschung führt der CCRAS derzeit eine neue Pilotstudie im GHTM durch, in der strenge methodologische Richtlinien, orientiert an den Vorgaben der WHO, angewendet werden und mit der viele der hervorgebrachten Bedenken aus dem Weg geräumt werden sollen. Besonderes Interesse gilt dabei der Standardisierung von Medikamenten (Bodeker et al. 2006: 572). Zusätzliche methodologische Maßnahmen sind die Durchführung von Qualitätskontrollen, die Herstellung der untersuchten Medikamente nach Normen des ‚*Good Manufacturing Practice*‘ (GMP)⁵⁶ sowie der Einsatz eines Ethikkomitees, das den Herstellungsprozess überwacht (Gandepam o. J.).

Um die Sicherheit und Effizienz von Siddha-Medikamenten nach klinischen Forschungsmaßstäben untersuchen zu können, wurde zu Beginn dieses Jahres in Tambaram, angeschlossen an das *National Institute of Siddha*, ein Labor für Medikamententests errichtet, das mit aktuellster Technik ausgestattet ist. Finanziert wurden die Kosten für das Projekt in Höhe von 250 Millionen Rupien (umgerechnet etwa 3,7 Millionen Euro) von der tamilischen Regierung.

Verschiedene indische Mediziner heißen die neue Einrichtung willkommen. So unterstützt der Vizekanzler der *Tamil Nadu Dr. M. G. R. Medical University* (Chennai) Hussain in einem Interview den Aufbau dieser Einrichtung mit der Begründung, dass nur mittels wissenschaftlicher Evaluierung nach westlichen Richtlinien die Effizienz von Siddha-Medizin bei der Behandlung von HIV/AIDS Anerkennung finde und dass durch

zu finden. Zusammen mit der *Tamil Nadu AIDS State Control Society* (TANSACS) finanziert der CCRAS die Forschung zur Effizienz der RAN-Therapie im GHTM (Bodeker et al. 2006: 571f).

⁵⁶ GMP bezeichnet internationale Richtlinien zur Qualitätssicherung bei der Herstellung, Verpackung, Kennzeichnung und Aufbewahrung von medizinischen Produkten (Kessler und Shalala 1996).

klinische Studien mit internationalen Standards Siddha zu einem evidenzbasierten Medizinsystem gemacht werden könne (o. A. 2008).

Kritiker halten den Befürwortern klinischer Studien zur Bestimmung der Effizienz von Siddha-Medizin nach internationalen Richtlinien jedoch entgegen, dass diese Forschung durch die biomedizinische Brille zur Biomedizinisierung von Siddha führen kann. Im folgenden Kapitel werde ich zum einen auf diese Vermutung Bezug nehmen und darstellen, wie Siddha im Kontext der HIV/AIDS-Epidemie eine Biomedizinisierung erfährt und dies vor dem Hintergrund verschiedener politischer und historischer Prozesse interpretieren und erklären. Zum anderen werde ich zeigen, warum es zur Transformation von AIDS in *veṭṭai nōy* kommt und warum Siddha als adäquates Mittel gegen AIDS bzw. *veṭṭai nōy* angesehen wird.

6. Siddha – eine ‚biomedizinisierte Tradition‘ als Heilmittel gegen die Epidemie?

Wie in Kapitel 5.1 gezeigt, erfährt AIDS im Zuge der Behandlung von HIV/AIDS mit Siddha eine Transformation. Aus dem biomedizinisch konstruierten Syndrom AIDS wird die indische Krankheit *veṭṭai nōy*. Ich werde diesen Prozess nun näher betrachten und zeigen, dass diese Indigenisierung der global verbreiteten Krankheit AIDS Teil weltweit unterschiedlicher Rezeptionsprozesse globaler Phänomenen auf lokaler Ebene ist. Zudem interpretiere ich den Einsatz von Siddha gegen AIDS bzw. *veṭṭai nōy* und werde zeigen, dass auch dieser vor dem Hintergrund globaler Prozesse analysiert werden muss. Ich werde deutlich machen, dass die Ausbreitung der Epidemie mit Modernisierung und Verwestlichung und einem daraus resultierenden Verfall ‚traditioneller‘ indischer Werte assoziiert wird und dass mit Siddha als Symbol tamilischer Identität der Modernisierung sowie dem Werteverfall und dadurch letztlich der Ausbreitung der Epidemie entgegengewirkt werden soll.

Im zweiten Teil dieses Kapitels werde ich darstellen, dass die sowohl von indischen als auch nicht-indischen Akteuren für ‚traditionell‘ und indisch erachtete Siddha-Medizin viele westliche biomedizinische Elemente adaptiert hat. Ich werde die biomedizinischen Einflüsse in der Konzeptualisierung von *veṭṭai nōy* und in den Praktiken der Behandlung aufzeigen und darstellen, wie durch die Durchführung klinischer Studien zur Effizienz und Sicherheit von Siddha-Medikamenten gegen HIV/AIDS diese Biomedizinisierung vorangetrieben wird. Abschließend zeige ich, dass die Ursachen dieses Prozesses in der globalen Vormachtstellung der westlichen Wissenschaft, dem Streben nach internationaler Anerkennung indischer Politiker, Ärzte und Wissenschaftler, dem Exportpotential indigener indischer Medizin sowie dem historischen Verhältnis zwischen Biomedizin und indigener Medizin in Indien verwurzelt sind.

6.1 ‚Traditionelles‘ Siddha gegen eine moderne Bedrohung

Die biomedizinisch definierte und, wie in Kapitel 4.2 gezeigt, relativ junge und globale Krankheit AIDS wird im Zuge der Behandlung von HIV/AIDS mit Siddha zu einer alten, indischen Krankheit umgeformt. Diese Umwandlung und Neuinterpretation reiht sich ein in die weltweiten Prozesse der Indigenisierung globaler Phänomene, seien es ökonomische, kulturelle, soziale, politische, technologische oder medizinische. Diese lokal unterschiedlichen Integrationen und Transformationen fremdkultureller Objekte, Praktiken, Institutionen und Konzepte sind seit etwa zwei Jahrzehnten Gegenstand ethnologischer Untersuchungen, die im Rahmen der Globalisierungsforschung⁵⁷ aufkamen. In Abgrenzung zu makrotheoretischen Globalisierungstheorien aus den Wirtschafts-, Politik- und Kommunikationswissenschaften, die seit den 1970er Jahren die ansteigende weltweite ökonomische, politische und mediale Vernetzung zu fassen versuchen und denen zufolge dieser Verflechtungsprozess zu kultureller Vereinheitlichung und globaler Verwestlichung führt, widersprechen ethnologische Globalisierungsansätze dieser Behauptung und betonen dagegen mannigfaltige Heterogenisierungsprozesse in unterschiedlichen Lokalitäten (Hörbst und Krause 2004: 42). Ethnologische Forschungen zeigen, dass in unterschiedlichen lokalen Kontexten global zirkulierende Objekte, Praktiken, Institutionen und Konzepte auf verschiedene Weise aufgenommen, eingebettet und umgestaltet werden (Augé 1994: 14; Hannerz 1995: 66). Ethnologische Untersuchungen haben vor allem die Rezeption globaler Phänomene auf der Mikroebene zum Inhalt und zeigen kulturspezifische Integrationen und Definitionen gleicher Objekte, Praktiken, Institutionen und Konzepte an verschiedenen Orten auf. Das ‚Lokale‘ ist demzufolge nicht statisch, sondern unterliegt Veränderungen, die mit dem ‚Globalen‘ untrennbar verknüpft sind. Durch wechselseitige Interaktionen sind ‚das Lokale‘ und ‚das Globale‘ nicht zu trennen und das Lokale muss als ein Aspekt des Globalen verstanden werden. Robertson führte dafür den Begriff der ‚Glokalisierung‘ ein (Robertson

⁵⁷ Der Begriff der Globalisierung entstand in den 1970er Jahren und bezog sich zu diesem Zeitpunkt auf verschiedene Veränderungen auf dem Weltmarkt: Demonopolisierung ökonomischer Strukturen und Deregulierung von Handel und Arbeit, Internationalisierung und Transnationalisierung von Finanz- und Arbeitsmärkten, global organisierte Dienstleistungen, Versicherungen und Banken (Featherstone 1990: 7). Ich gebrauche den Terminus ‚Globalisierung‘ in Anlehnung an Becks Definition. Er bezeichnet mit dem Begriff „die *Prozesse*, in deren Folge die Nationalstaaten und ihre Souveränität durch transnationale Akteure [...] unterlaufen und querverbunden werden“ (Beck 1998: 28f; Hervorh. i. Orig.). Da diese Definition globalisierende Prozesse nicht auf rein ökonomische Phänomene einschränkt ist sie für meine Ausführungen sinnvoll.

1995). Ethnologische Globalisierungstheorien heben die Kreativität und Widerstandskraft der lokalen Akteure in diesen Prozessen hervor: die lokale Kultur transformiert in einem dialektischen Prozess globale Einflüsse, so dass sie in den gegebenen soziokulturellen Kontext eingegliedert werden können (Hörbst und Wolf 2003: 6f).

Auch die medizinische Landschaft ist gekennzeichnet von diversen globalen Prozessen. Wie bereits beschrieben werden seit mehreren Jahrhunderten europäische medizinische Vorstellungen, Praktiken, Objekte und Institutionen in andere Teile der Welt transferiert. Die globale Verbreitung biomedizinischer Elemente wird durch die Einbettung in machtvollere Institutionen wie die WHO intensiviert. Mit dieser Verbreitung gehen jedoch im Lokalen verschiedene kreative Umdeutungen der Konzepte und Praktiken durch verschiedene Akteure sowie eine Adaption an kulturell unterschiedliche Gegebenheiten einher. Auch die HIV/AIDS-Pandemie ist in diesen Kontext einzuordnen. Wie in Kapitel 3.2 gezeigt, hat die Pandemie globale Ausmaße angenommen (was auch schon der Begriff ‚Pandemie‘ impliziert). Sie wird als globales Risiko wahrgenommen, sie steht ganz oben auf der Agenda global agierender Organisationen wie WHO oder UNAIDS und weltweit werden HIV/AIDS-Präventionskampagnen und -Behandlungsprogramme durchgeführt, die auf biomedizinischen und westlichen Konzepten und Praktiken basieren. Wolf und Dilger sprechen daher von einer „globalen Steuerung der Krankheitsbekämpfung“ (2003: 261). Auf der anderen Seite geht diese weltweite Verbreitung von biomedizinischen HIV/AIDS-Institutionen, -Konzepten, -Präventionspraktiken und -Behandlungsmethoden mit national, regional und lokal unterschiedlichen Rezeptionsprozessen einher. Globale Vorstellungen mit biomedizinischem Hintergrund werden auf lokaler Ebene aufgenommen und in bestehende Konzepte eingepasst, wobei es zu Umdeutungen der Vorstellungen kommt. So haben

„örtliche Gemeinschaften und auch einzelne Akteure Antworten auf die Krankheit gefunden [...], innerhalb derer die globalen Bedeutungen der Krankheit modifiziert werden und in deren Verlauf HIV/AIDS in lokale Bedeutungszusammenhänge, Prozesse und Handlungsweisen integriert wird“ (Wolf und Dilger 2003: 265f).

Dies veranschaulicht Wolf (2003) in ihrem Artikel über die kreative Rezeption von HIV/AIDS auf lokaler Ebene in Malawi. Sie zeigt, wie es in Prozessen der Indigenisierung der globalen Krankheit zur Veränderung biomedizinischer Ätiologiekonzepte kommt. Zugleich gewinnt ein lokales Krankheitskonzept (*kanyera*) im Kontext der Epidemie an Bedeutung. Während *kanyera* abseits vom HIV/AIDS-Diskurs relativ unbedeutend ist, findet es nun Erwähnung bei der Symptombeschreibung, bei Vergleichen

und bei Streitigkeiten zwischen Regierungsstellen und Heilern um die Therapierbarkeit von HIV/AIDS. Auch erfährt *kanyera* eine moralische Bedeutungsladung, indem es mit ungezügelter und daher unmoralischem Sexualkontakt in Verbindung gebracht wird. Im Kontext der Epidemie kommt es in Malawi also zu einem Transformationsprozess auf lokaler Ebene, innerhalb dessen neues Wissen integriert und existierendes Wissen ausgebaut wird, indem

„das neue Wissen um AIDS, die Möglichkeit der Übertragbarkeit dieser Krankheit durch unregelmäßigen Sexualkontakt und die relativ einheitliche Symptomatik [...] eingeordnet und [...] mit dem tradierten Wissensschatz [abgeglichen wird]“ (Wolf 2003: 226; Ergänzung C.C.).

Auch im Kontext der HIV/AIDS-Epidemie in Tamil Nadu kommt es zu Umgestaltungsprozessen des global verbreiteten biomedizinischen Konzeptes AIDS und des lokalen Geschlechtskrankheitsbildes *veṭṭai nōy*. Wie in Kapitel 5.1 beschrieben wird AIDS von verschiedenen Akteuren als eine indische Krankheit betrachtet, die bereits vor tausenden von Jahren dokumentiert wurde. Gleichzeitig werden ätiologische Annahmen dieser indischen Krankheit an biomedizinische Konzeptionen von AIDS (wie die Rolle des Immunsystems bei der Krankheitsentstehung) angepasst. Das in Indien ‚neue‘ und globale Phänomen AIDS wird indigenisiert und bekommt eine lokale Bedeutung – dabei wird die Bedeutung des ‚alten‘ lokalen Phänomens *veṭṭai nōy* verändert, um das ‚neue‘ globale Phänomen fassen bzw. erklären zu können. Allerdings muss für diese Adaptions- und Transformationsprozesse die „strukturelle Zugänglichkeit der Konzepte für Neuinterpretationen“ gegeben sein (Hörbst und Krause 2004: 48). Die Grundlage dafür liegt in Parallelen zwischen *veṭṭai nōy* und AIDS hinsichtlich Symptomatik und Ätiologie einer sexuellen Übertragung. Dadurch kann das biomedizinische Konzept mit dem Siddha-Konzept gleichgesetzt werden. Während in Malawi die Mehrheit von Wolfs Informanten *kanyera* und AIDS als zwei unterschiedliche Krankheiten betrachtet und AIDS als relativ junges Phänomen auffasst, wird AIDS in Tamil Nadu mit *veṭṭai nōy* gleichgesetzt und in so eine alte indische Krankheit umgewandelt. Dadurch kommt es zu einem noch stärkeren Bedeutungswandel und -zuwachs des lokalen Krankheitsbildes als in Malawi.

Ein möglicher Grund für den Prozess der Transformation von AIDS in eine alte indische Krankheit liegt in der Klassifikation von Krankheiten im Siddha. So existieren der Siddha-Lehre zufolge seit Anbeginn der Zeit 4.448 Krankheiten, die alle von den Siddhars identifiziert und klassifiziert wurden. Diese Zahl ist unveränderlich, d.h. es treten

keine neuen Krankheiten auf oder werden entdeckt. Dieses nosologische Konzept führt dazu, dass die ‚neue‘ Krankheit AIDS zu einer bereits in der Siddha-Nosologie existenten Krankheit umgeformt werden muss. Ein weiterer möglicher Grund liegt in der Rechtfertigung des Einsatzes von Siddha-Medizin gegen HIV/AIDS. So können die Siddha-Praktiker argumentieren, dass aufgrund einer früheren Existenz von AIDS bzw. *veṭṭai nōy* bereits in damaliger Zeit Medikamente für eine effektive Behandlung gefunden wurden und damit den Einsatz ihrer Medizin rechtfertigen. So verweist ein von van Hollen interviewter Siddha-Praktiker darauf, dass es früher eine Siddha-Behandlung gab, um HIV zu heilen, und er arbeite nun daran, dieses verlorene Wissen wieder zu entdecken (van Hollen 2005: 97).

Ihre Annahme, dass AIDS keine neue Krankheit sei, sondern bereits vor über tausend Jahren in Indien existierte, anschließend lange Zeit nicht präsent war und nun wieder auftauche (van Hollen 2005: 97), sehen die Siddha-Experten in weit verbreiteten ‚sozio-ätiologischen‘ Annahmen zu AIDS bestätigt. In vielen Regionen der Erde wird die HIV/AIDS-Epidemie als eine Folge der gesellschaftlichen Entwicklung in der Moderne betrachtet. So besteht in verschiedenen lokalen Gemeinden in Afrika die Ansicht, dass soziale Beziehungen durch Modernisierungsprozesse verändert wurden und dadurch erst die Grundlage für die Verbreitung der Epidemie geschaffen wurde.

In Malawi wird die Ausbreitung der Krankheit mit einer Unmoral der Gesellschaft assoziiert, die mit unkontrollierter Sexualität einhergeht und aus Demokratisierungsprozessen und einer allgemeinen gesellschaftlichen Auflösung resultiert. Die Informanten von Wolf beklagen einen Verlust der Tradition sowie ein Verschwinden von Regeln und Sitten. Für negativ erachtete Veränderungen im Verhalten und in der Einstellung werden mit politischen Veränderungen assoziiert, die aus der Einführung eines demokratischen Mehrparteiensystems nach beinahe 40-jähriger autokratischer Herrschaft resultieren. Verschiedene Entwicklungen im Zuge der Demokratisierung brächten zum einen lockeren Umgang der Geschlechter mit sich, der nach Ansicht vieler Heiler die Ursache von AIDS ist. Zum anderen führten die gesellschaftlichen Veränderungen zu erhöhter Mobilität und die Überschreitung geographischer Grenzen geht im Bewusstsein der Einwohner Malawis mit der Überschreitung moralischer Werte einher (Wolf 2003: 222f).

Auch in Tansania wird eine Verbindung der Epidemie mit dem Wegfall sozialer Hierarchien und Verbindlichkeiten in der Moderne hergestellt. Die damit einhergehende Indi-

vidualisierung und Ökonomisierung der Lebensverhältnisse zieht in den Augen der ländlichen Bevölkerung einen Werteverlust in der jüngeren Generation nach sich, was zu promiskuitivem Verhalten und dadurch zu einer raschen Verbreitung des HI-Virus führe (Wolf und Dilger 2003: 269f). Aber nicht nur von betroffenen Bevölkerungsgruppen, auch von verschiedenen Wissenschaftlern wird HIV/AIDS teilweise als Folge der Modernisierung aufgefasst. Nach Gronemeyer bilden die mit der Modernisierung verbundenen gesellschaftlichen Umgestaltungsprozesse das Fundament für die Ausbreitung von HIV/AIDS. Durch Ökonomisierung und Technologisierung, durch eine höhere soziale Mobilität sowie durch eine Lockerung ehemals fester familiärer und sozialer Beziehungen komme es in vielen postkolonialen Gesellschaften zu einer ansteigenden Individualisierung und Entlokalisierung, was eine Ausbreitung der Epidemie begünstige (2002: 16).

In Indien führen ebenfalls viele Personen die Epidemie auf Modernisierung, Verwestlichung und Globalisierung und einen damit einhergehenden Verfall von ‚traditionellen‘ indischen Werten und Normen zurück. Wie in Kapitel 4.3 dargestellt wurde HIV/AIDS in Indien in den 1980er und 1990er Jahren als westliches Problem charakterisiert. In den Medien und in der Politik herrschte die Ansicht vor, dass HIV/AIDS keine ernsthafte Bedrohung für die indische Gesellschaft sei, da die ‚indische Kultur‘ eine sexuell konservative Gesellschaft hervorbringe, deren Mitglieder monogam und heterosexuell, bis zur Heirat sexuell abstinert und während der Ehe dem Partner sexuell treu seien. HIV/AIDS wurde in der nationalen Rhetorik mit einer Kultur verknüpft, die konträr zur indischen stand und ‚Indisch-Sein‘ wurde als Gegenmittel bzw. Schutz gegen das Virus und das Syndrom betrachtet (Razon 2004: 62f). Mit der HIV/AIDS-Präventionspolitik sollte der Angriff von HIV/AIDS auf indische Körper und Werte verhindert werden. Die Betonung der HIV/AIDS-Politik lag auf Prävention und nicht auf Behandlung und die infizierten Personen wurden als minderwertig betrachtet. Die Infektion galt als Strafe für einen promiskuitiven und unmoralischen Lebensstil, der als ein Resultat der Modernisierung interpretiert wurde. Die Existenz von HIV/AIDS in indischen Körpern wurde als Auswirkung ausländischer Werte in Indien aufgefasst und die Verantwortlichen der Regierung waren der Ansicht, dass die Modernisierung die indische Identität gefährde und dazu führe, dass HIV/AIDS in die indische Gesellschaft eindringe (ebd.: 64f).

Auch heute hat die Modernisierung in den Augen vieler Inder direkten Einfluss auf die Verbreitung von HIV/AIDS. So verkündete vor wenigen Jahren der Vorsitzende der Abteilung für Innere Medizin im *Lokmanya Tilak Hospital* in Mumbai die weit verbreitete Annahme, dass AIDS durch kulturelle Änderungen des Lebensstils verursacht werde, die mit der Moderne assoziiert werden (van Hollen 2005: 95). Diese führt auch nach Ansicht vieler Siddha-Praktiker in Tamil Nadu zu einer Lockerung der Sitten und Normen und zu einer Entartung der Lebensweise, was zu einer Ausbreitung der Epidemie beitrage. Einzelne Faktoren dieser bedenklichen Lebensart sind in deren Augen der Konsum von Tabak und Alkohol, industrielle Umweltverschmutzung, schlechte hygienische Verhältnisse, eine unnatürliche Umwelt, Promiskuität, Minderung der Nahrungsqualität, sexuelle Sittenlosigkeit, zerrüttete Familienverhältnisse, Zerreißen von Solidaritätsbanden, Verdorbenheit, fehlende Spiritualität, Vernachlässigung der Ahnen sowie Medikamenten- und Drogenmissbrauch. All diese Aspekte wichen von einer allgemeinen Verhaltensethik ab und würden die einzelne Person schwächen und empfänglicher für verschiedene Krankheiten machen, einschließlich AIDS (Bourdier o. J.: 117).

Diese mit dem Verfall moralischer Werte sowie mit bedenklichen Lebensbedingungen assoziierten ätiologischen Annahmen führen dazu, dass in Tamil Nadu nicht versucht wird, dem Virus und dem Syndrom, sondern der Modernisierung vorzubeugen. Dies veranschaulichen unter anderem verschiedene HIV/AIDS-Präventions-Poster in öffentlichen Gesundheitszentren und staatlichen Krankenhäusern. Aus ihrem Inhalt wird ersichtlich, dass die tamilische HIV/AIDS-Politik ein Kampf gegen die Modernisierung und nicht einfach gegen eine biologische Gefahr repräsentiert (Razon 2004: 65)⁵⁸.

Auch Gronemeyer zufolge sind für eine Ausbreitung von HIV Modernisierungs- und Verwestlichungsprozesse nötig:

„Der Virus braucht Beschleunigung, Mobilität, zerbrochene Familienzusammenhänge, braucht Institutionen, in denen neue Verkehrsverhältnisse zwischen Menschen gelten. [...] Er braucht entlokalisierte und enttraditionalisierte Verhältnisse“ (2002: 16).

Diese Aussage scheint auf die Ausbreitung der Epidemie in Indien zuzutreffen. Die am stärksten von HIV/AIDS betroffenen Staaten liegen im Süden und Westen des Landes. Diese Regionen sind stark industrialisiert und befinden sich an der Spitze des gegenwärtigen ökonomischen Aufschwungs, der mit intensiver Verwestlichung einhergeht.

⁵⁸ So zeigt zum Beispiel ein Poster die Aufschrift ‚Tamil Culture is One Husband, One Wife‘ sowie ein Paar in ‚traditioneller‘ indischer Kleidung (Razon 2004: 65), womit auf ‚traditionelle‘ indische Werte und Verhaltensregeln verwiesen werden soll.

Meine Ausführungen haben gezeigt, dass HIV und AIDS nicht nur biologische, sondern auch soziale Phänomene sind oder zumindest als solche erachtet werden. Eine Behandlung mit ‚modernen‘ biomedizinischen Mitteln würde nach Ansicht verschiedener Siddha-Experten nur die Symptome des modernen Lebens und nicht das eigentliche Problem behandeln. Im Gegensatz dazu stellt das als ‚traditionell‘ und indisch erachtete Medizinsystem Siddha das perfekte Gegenmittel gegen HIV/AIDS dar, da mit seinem Einsatz ‚traditionelle‘ indische Werte wieder belebt werden und die AIDS verursachende westliche Modernisierung bekämpft werden können. Durch die Behandlung mit Siddha wird ein Raum geschaffen, um dem Problem HIV/AIDS in tamilischem Kontext begegnen zu können. Siddha übersetzte eine ausländische Epidemie in ein behandelbares, lokales, moralisches Problem (Razon 2004: 74). Mit der Transformierung von AIDS in die indische Krankheit *veṭṭai nōy* wird die indische Medizin zum besten Mittel gegen die Krankheit, sei es um die Symptome der Krankheit zu bekämpfen oder um ‚traditionelle‘ indische Werte wieder zu beleben, die mit der Ätiologie der Krankheit assoziiert werden.

Die Legitimation für die Symptombehandlung liegt in der Verortung von *veṭṭai nōy* in die Siddha-Tradition, welche Wissen über adäquate Behandlungsmaßnahmen einschließt. Aber auch Ähnlichkeiten von bestimmten Körper- und Gesundheitskonzeptionen im Siddha zu biomedizinischen HIV/AIDS-bezogenen Vorstellungen führen zu einer strukturellen Zugänglichkeit von Siddha für die Behandlung von HIV/AIDS. So erfolgt in der Siddha-Maßnahme *kāya kalpa* durch die Einnahme von kalziniertem Pulver aus Metallen und Mineralien sowie durch die Einnahme von Medikamenten aus bestimmten Kräutern eine robuste Stärkung der Körpers (Subbarayappa 2001: 438). Hier sind Parallelen mit biomedizinischen Methoden zur Stärkung des Immunsystems wie die Verabreichung von Vitaminpräparaten oder die Empfehlung einer bestimmten Kost sichtbar. Ein weiteres Ziel von *kāya kalpa* ist die Verlängerung des Lebens durch verschiedene Verjüngungsbehandlungen. Auch in der biomedizinischen HIV/AIDS-Therapie wird ein möglichst langsamer Krankheitsverlauf und dadurch eine Ausdehnung der Lebensspanne des Patienten angestrebt.

Die Behandlung von AIDS mit Siddha betont tamilische Werte auf unterschiedlichste Art. So sind die meisten Siddha-Praktiker Mitglieder der lokalen Gemeinschaft, bei der traditionellen Siddha-Behandlung nehmen auch Familienmitglieder an der Pflege und der Behandlung teil und Siddha basiert auf einem religiösen, hinduistischen Weltverständnis. Siddha wird im Kontext der HIV/AIDS-Epidemie somit zu einem

ständnis. Siddha wird im Kontext der HIV/AIDS-Epidemie somit zu einem Symbol der tamilischen Kultur und zu einem Heilmittel für die Schäden durch die Moderne (Razon 2004: 69).

Diese Entwicklung spiegelt die Prozesse im Kontext der Ausbreitung der Biomedizin in Indien in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wider. Wie in Kapitel 3.2 dargestellt wurde Siddha auch damals zu einem Symbol tamilischer Identität. Im Rahmen der HIV/AIDS-Epidemie findet heute der gleiche nationalistische Diskurs hinsichtlich einer Ablehnung von Biomedizin wie zur Kolonialzeit statt. Einzelne Siddha-Praktiker schimpfen auf die materialistischen und imperialistischen Interessen der biomedizinischen Industrie und kritisieren nationale Regierungsorganisationen und internationale Gesundheitsorganisationen für deren Unterstützung der biomedizinischen Industrie auf Kosten indigener Medizinsysteme (van Hollen 2005: 105f). Sie sehen sich selbst als Unterdrückte einer westlich dominierten globalen Ordnung, in der die Biomedizin eine hegemoniale Stellung innehat und sind der Überzeugung, dass die tamilische Identität durch den Gebrauch von Siddha behauptet werden muss (Razon 2004: 43f).

Siddha wird im HIV/AIDS-Diskurs genau wie zur Kolonialzeit als Teil indigener Identität Tamil Nadus gesehen und als ‚traditionelles‘ indisches Medizinsystem konkret der ‚modernen‘ westlichen Biomedizin gegenübergestellt. Razon argumentiert daher, dass die nationale und die bundesstaatliche Politik zur Förderung der Verwendung von Siddha-Medizin bei der Behandlung von Personen mit HIV/AIDS eine Ausdehnung des historischen Kampfes zwischen Kolonialismus und indischem Nationalismus sei (2004: 11). HIV/AIDS wird zu einem Symbol des erneuten Eindringens westlicher Mächte nach Indien und dadurch zu einem Sinnbild der fortwährenden Kolonialisierung der indischen Kultur (Razon 2004: 66).

Politik und Medizin bleiben verzahnt und der Körper der Kranken ist weiterhin die Arena, in der verschiedene Macht- und Vorrechtskämpfe ausgetragen werden: “Siddhars and politicians use medicine, a category previously used to colonize Indian bodies, as a method to liberate Indian society” (ebd.: 44).

Siddha wird in diesem Diskurs als ‚traditionelle‘ und (süd-)indische Medizin aufgefasst. Jedoch ist Siddha weder so ‚traditionell‘, noch so ‚indisch‘ wie es präsentiert wird. Im Kontext der HIV/AIDS-Epidemie erfolgt neben dem Widerstand gegen die Modernisierung und Verwestlichung gleichzeitig eine ‚Modernisierung‘ und Verwestlichung von Siddha-Praktiken und -Konzepten.

6.2 Die Biomedizinisierung des indigenen Medizinsystems

Wie in Kapitel 5.1 gezeigt resultieren aus dem Transformationsprozess von AIDS in *veṭṭai nōy* konzeptuelle Veränderungen. So weist das Siddha-Konzept *veṭṭai nōy* starke Gemeinsamkeiten mit der biomedizinischen HIV/AIDS-Konzeptualisierung auf. Ätiologische Erklärungen von *veṭṭai nōy* enthalten sowohl biomedizinische als auch Siddha-Termini und vermischen biomedizinische mit Siddha-Konzepten. Der Siddha-Internetseite von TANSACS zufolge führt exzessiver Sexualverkehr zur Auszehrung der zehn vitalen Winde *prāṇa* und zu einem Übermaß am *dravaya aḷal*, was zu einer Schwächung des Immunsystems führt und den Einfall von *veṭṭai nōy*-Pathogenen begünstigt (Tamil Nadu State AIDS Control Society 2006).

Auch in der Behandlung von HIV/AIDS-Patienten mit Siddha ist ein starker biomedizinischer Einfluss zu erkennen. So gebrauchen die verschiedenen Siddha-Praktiker im GHTM biomedizinisches Vokabular zur Beschreibung des Ziels der Siddha-Behandlung: sie solle das Immunsystem stärken, die Vermehrung des HI-Virus aufhalten und opportunistische Infektionen bekämpfen (Razon 2004: 31f). Wie in Kapitel 5.1 beschrieben, setzt sich die medikamentöse Siddha-Therapie genauso wie die biomedizinische aus drei Kombinationsmedikamenten zusammen. Diese liegen in Form von grünen Kapseln, weißen Tabletten und pflanzlichem Sirup vor und werden von Pharmaunternehmen gemäß der *Siddha formulary of India* hergestellt. Diese Standardisierung der Medikamente und die Verabreichung der gleichen Medikamente an verschiedene Patienten ist ein weiterer biomedizinischer Einfluss in der Siddha-Behandlung und widerspricht grundlegenden Diagnose- und Behandlungsprinzipien des Siddha. So müssen Behandlungsmaßnahmen im ‚traditionellen‘ Siddha⁵⁹ auf die individuelle Grundkonstitution des Patienten abgestimmt werden, die mittels Pulsdiagnose bestimmt wird. Die individuelle Verordnung und Herstellung der Medikamente basiert auf einer Kombination der Grundkonstitution und der Symptomatik. Und da die Grundkonstitution interindividuell unterschiedlich ist erhalten Patienten mit gleichen Symptomen nicht unbedingt

⁵⁹ Mit dem Begriff ‚traditionelles Siddha‘ beziehe ich mich auf nicht-professionalisierte Formen von Siddha, deren Konzepte und Praktiken ich in Kapitel 3 beschrieben habe. Der Begriff soll nicht wertend verstanden werden, sondern lediglich zur Abgrenzung von der im GHTM praktizierten Siddha-Form dienen, die durch viele biomedizinische Einflüsse gekennzeichnet ist. Zudem werden auch von den in meiner Arbeit erwähnten Akteuren die Biomedizin mit ‚modern‘ und die indischen Medizinsysteme mit ‚traditionell‘ assoziiert.

die gleichen Medikamente – ein Punkt, bei dem sich die ‚traditionelle‘ Siddha-Behandlung von der Siddha-Therapieform im GHTM signifikant unterscheidet. Auch werden die im GHTM verwendeten Medikamente weder mit der die Wirksamkeit steigenden Substanz *muppu* angereichert, noch werden sie zusammen mit den Transportstoffen *anupānams* verabreicht, ohne die die Medikamente der Siddha-Lehre nach nicht richtig wirksam sind. Eine weitere Komponente des Siddha, die im GHTM wegfällt, sind die astrologischen Aspekte der Siddha-Behandlung. Es erfolgt weder eine Analyse astrologischer Faktoren bei der Diagnose, noch werden bestimmte auspiziöse Tage zur Herstellung und Einnahme von Medikamenten berücksichtigt. Alle AIDS-Patienten im GHTM erhalten täglich ihre Dosis an RAN. Eine weitere wichtige Behandlungsmethode im ‚traditionellen‘ Siddha, um die *dravayas* wieder ins Gleichgewicht zu bringen, ist die Verabreichung bestimmter Nahrungsmittel. Auch im GHTM wird großer Wert auf vitaminreiche und nahrhafte Kost gelegt. Allerdings geschieht dies zur Kräftigung des Patienten und zur Stärkung des Immunsystems und nicht, um ein Übermaß an *aḷal* auszugleichen.

Doch nicht nur in der Behandlung von HIV/AIDS-Patienten mit Siddha wird der Einfluss der Biomedizin auf das tamilische Medizinsystem sichtbar. Die sowohl von indischen als auch nicht-indischen Wissenschaftler, Ärzten, Politikern und Gesundheitsorganisationen geforderten klinischen Forschungen zur Effizienz und Sicherheit der Siddha-Behandlung gegen HIV/AIDS sind das Resultat eines Strebens nach Wissenschaftlichkeit, das seine Wurzeln in einem spezifisch westlich-kulturellen Kontext hat. Die Studien werden nach biomedizinischen Maßstäben durchgeführt und verursachen dadurch eine Transformation der Siddha-Medizin. Die methodologischen Richtlinien der Tests sind an den Vorgaben der WHO oder anderer internationaler Organisationen orientiert, die sich an der Biomedizin ausrichten. So liefert ein gemeinsames Programm des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen UNICEF, des Entwicklungsprogramms der Vereinten Nationen UNDP, der Weltbank und der WHO Anleitungen zur Durchführung von klinischen Studien mit medizinischen Pflanzen (UNICEF/UNDP/World Bank/World Health Organization Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR) 2005).

Eine bedeutende internationale Richtlinie betrifft die Herstellung der untersuchten Medikamente nach Normen des GMP, woraus eine Standardisierung der Medikamente resultiert. Die Effizienz der Medikamente wird in den Untersuchungen in biomedizini-

schen Parametern wie Viruslast, CD4-Wert, Gewichtszunahme oder Rückgang opportunistischer Infektionen gemessen (Deivanayagam, Krishnarajasekhar und Ravichandran 2001: 390).

Es gibt zwar Bemühungen, klinische Forschungsdesigns speziell für indigene Medizin zu entwerfen, jedoch orientieren sich auch diese an westlichen Maßgaben mit biomedizinischen Faktoren. Das bereits erwähnte klinische Protokoll von Chaudhury (2001) zur Untersuchung ‚traditioneller‘ Medizin für Krankheiten, die mit einer HIV-Infektion verbunden sind, diente zum Beispiel dazu, die damals von verschiedenen Personen angezweifelte Ergebnisse der Untersuchungen zur Effizienz ‚traditioneller‘ indischer Medizin bei der Behandlung von HIV/AIDS durch klinische Forschung nach westlichen Maßstäben zu verifizieren. Daher entsprach der Untersuchungsaufbau exakt einer klinischen Studie nach biomedizinischen Richtlinien. So wurden in der randomisierten, medikamentenkontrollierten, komparativen und multizentrischen Untersuchung sowohl die Teilnahmebedingungen für die Probanden als auch die Ergebnisse der Studie in biomedizinischen Parametern wie CD4-Zahl oder Viruslast angegeben. Auch die Behandlung selbst war biomedizinisiert. Die verabreichten Medikamente waren standardisiert und verschiedene Patienten (mit unterschiedlicher *dravya*-Grundkonstitution) erhielten die gleichen Medikamente (ebd.: 554f).

Wie bereits erwähnt verlangte Chaudhury auf dem ‚*Symposium on HIV/AIDS and Traditional Medicine*‘ im Jahr 2003 kulturell angepasste klinische Forschungen. Vier Jahre später betont er erneut (zusammen mit Thatte und Liu) die Relevanz einer Beachtung der konzeptuellen Unterschiede zwischen indigenen Medizinsystemen und der Biomedizin bei der Planung und Durchführung von klinischen Untersuchungen und beschreibt, wie in Indien diese Unterschiede berücksichtigt und die klinischen Forschungen zur Effizienz und Sicherheit von nicht-biomedizinischer Medizin dementsprechend angepasst wurden (Chaudhury, Thatte und Liu 2007). Jedoch stellen auch hier die biomedizinischen Standards den Referenzrahmen dar. Die ‚klassischen‘ klinischen Studien werden leicht abgeändert und an bestimmte Aspekte der indischen Medizinsysteme angepasst.

So verweisen Chaudhury, Thatte und Liu unter anderem auf die Bedeutsamkeit von Transportstoffen in vielen indigenen Medizinsystemen. Sie führen diesen Aspekt aber nicht näher aus oder fügen ihn konkret in die Forschungsmethodik ein (ebd.: 391). Auch erwähnen sie, dass in indischen Medizinsystemen die Medikamentengabe in Kombina-

tion mit der individuellen Grundkonstitution des Patienten erfolgen muss, um wirksam zu sein. Sie empfehlen daher die Feststellung der Grundkonstitution vor der Verabreichung der Medikamente in den Studien. Allerdings soll dies mithilfe von Fragebögen und nicht mit ‚traditionellen‘ Methoden wie der Pulsdiagnose geschehen (ebd.: 397f). Hinsichtlich der Feststellung der Effizienz eines Medikaments sollen neue Variablen entwickelt werden, die sich auf die Beschreibungen von Symptomkomplexen beziehen, wie sie in den indigenen Medizinsystemen erfolgen. Allerdings stülpen die drei Autoren der Bewertung der Effizienz westliche Wissenschaftsparameter über, indem sie Validität, Reliabilität und Objektivität der Forschung fordern (ebd.: 398f).

Die Erwähnung einzelner Spezifika indigener Medizinsysteme geschieht hauptsächlich, um darauf zu verweisen, welche Faktoren in klinischen Forschungen nach westlichen, biomedizinischen Maßstäben berücksichtigt werden müssen, um Ergebnisse gemäß westlicher Wissenschaftsmaßstäbe zu erhalten. So verweisen Chaudhury, Thatte und Liu hinsichtlich einzelner Vorsichtsmaßnahmen, die vor einer klinischen Studie mit indigenen medizinischen Pflanzen befolgt werden müssen, auf eine Publikation der WHO über Methoden der Qualitätskontrolle für medizinische Pflanzen (World Health Organization 1998), die sich an westlichen Wissenschaftsrichtlinien orientieren (ebd.: 390). Generell dominieren in dem Beitrag der drei Autoren, der bei der Planung von klinischen Studien mit Berücksichtigung sowohl von Konzepten der ‚traditionellen‘ Medizinsysteme als auch von ‚moderner‘ Methodologie klinischer Forschung helfen soll (ebd.: 400), Aspekte ‚moderner‘ klinischer Studien nach biomedizinischen Wissenschaftsstandards. So soll in klinischen Forschungen der Standardisierung der Medikamente besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Hierbei sollen möglichst bioaktive Größenstandards verwendet werden (ebd.). Hinsichtlich der Terminologie der Medikamente empfehlen die Autoren eine Orientierung an den Richtlinien des internationalen *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* (ATC) (ebd.). Dies führt jedoch zu einer biomedizinischen Klassifikation der Medikamente, da diesem System nach die Klassifizierung der Medikamente hinsichtlich des Organs oder Systems, auf das sie reagieren, oder nach ihren therapeutischen und chemischen Charakteristika erfolgt (World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology 2008).

Auch die inhaltliche Struktur des Beitrags verweist auf die dominante Stellung der klinischen Studien nach biomedizinischen Kriterien, der sich die einzelnen Aspekte der

indigenen Medizinsysteme unterordnen müssen. Die Autoren präsentieren verschiedene Komponenten klinischer Forschung nach westlichen Maßstäben (multizentrische Studien, Blindversuche, Einsatz von Placebo, randomisierter Versuchsaufbau oder die Bestimmung von Laborwerten) und interpretieren dann bestimmte Faktoren indischer Medizinsysteme, z.B. die interindividuelle Grundkonstitution der Patienten oder die Transportstoffe der Medikamente, auf mögliche Kompatibilität (393ff). Generell orientiert sich die Durchführung der klinischen Forschung zur Effizienz und Sicherheit von indigenen Medikamenten am Ablauf klinischer Tests von biomedizinischen Arzneimitteln. Chaudhury, Thatte und Liu verweisen darauf, dass auch die klinischen Studien zu Medikamenten indischer Medizinsysteme in vier Phasen ablaufen: Feststellung von Sicherheit und maximaler Dosis bei gesunden Erwachsenen, Bestimmung der effektiven Dosis und Sicherheit bei einer geringen Anzahl an Patienten unter streng kontrollierten Bedingungen, Bestätigungsstudien bei einer größeren Anzahl an Patienten und nach Zulassung des Medikaments Durchführung weiterer Studien, um zusätzliche Informationen bezüglich Risiken, Nutzen und optimaler Verwendung zu erhalten (ebd.: 391ff).

Die Ursachen für diese Biomedizinisierung von Siddha im Kontext der HIV/AIDS-Epidemie in Indien sind in nationalen und transnationalen historischen und politischen Prozessen zu suchen. Ein Grundstein für die Veränderung indigener Medizinsysteme durch biomedizinische Einflüsse wurde mit der Gründung der WHO durch die Vereinten Nationen im Jahr 1948 gelegt. Die Errichtung der Gesundheitsorganisation geschah zum einen zur Festlegung wissenschaftlich verbindlicher Standards der Biomedizin und zum anderen zur weltweiten Umsetzung dieser Standards zur Verbesserung der globalen Gesundheitsversorgung (Diesfeld 1996: 572f). Eine Intensivierung des weltweiten Einflusses der WHO auf indigene Medizinsysteme erfolgte mit dem Beginn des ersten Strategieprogramms der WHO zur Beobachtung der weltweiten Verwendung nicht-biomedizinischer Medizin im Mai 2002. Neben der Betrachtung des Gebrauchs indigener Medizin war ein Ziel des Programms, nationale politische Empfehlungen zur Regulierung dieser Medizin zu geben (World Health Organization 2002), was dazu führte, dass viele lokale Medizinsysteme durch biomedizinische Einflüsse transformiert wurden.

Im Zuge der Umsetzung des Programmes führten auch bestimmte Maßnahmen, die die Verwendung indigener Medizin fördern sollten, zu gegenteiligen Effekten. Das Programm enthielt unter anderem einen Ansatz zur Unterstützung der Einbeziehung „tradi-

tioneller' heilkundlicher Ressourcen in den Gesundheitssektor der sogenannten Entwicklungsländer“ (Hörbst und Wolf 2003: 20). Dabei fungierten indigene Therapeuten als Vermittler von biomedizinischem Grundlagewissen. Dies führte jedoch teilweise dazu, dass nicht-biomedizinische Konzepte und Praktiken in biomedizinische Strukturen integriert wurden, woraus eine Transformation der indigenen Medizinsysteme folgte (ebd.).

Doch nicht nur Einflüsse von ‚außen‘, wie durch die WHO oder andere internationale Organisationen wie die Weltbank oder UNAIDS, führten zur Biomedizinisierung der im indischen Kampf gegen HIV/AIDS verwendeten Siddha-Medizin. Auch indische Politiker, Ärzte und Wissenschaftler fördern bewusst oder unbewusst die Biomedizinisierung des südindischen Medizinsystems. Ihr Verhalten muss vor dem Hintergrund der hegemonialen Position der westlichen Länder und der damit einhergehenden Vormachtstellung der westlichen Wissenschaft interpretiert werden. Um internationale, aber auch nationale Anerkennung zu finden, müssen im Siddha biomedizinische Kategorien und Praktiken angewandt werden. So erklärt ein Siddha-Praktiker, dass er Krankheiten gemäß biomedizinischer Methoden diagnostizieren müsse (und anschließend Siddha-Medikamente verschreibe), wenn Siddha akzeptiert werden solle (Hausman 1996: 340). Auch Razon beschreibt, dass biomedizinische Instrumente, wie ein Stethoskop, symbolische Kraft haben und gute diagnostische Werkzeuge seien. So erklärt ihr eine Siddha-Praktikerin, dass Biomedizin besser sei für die Diagnose, da viele ihrer Patienten von der Macht der Biomedizin überzeugt seien (2004: 53f). Auch die Homogenisierung von Siddha erfolgt aus dem Grund, dass die mangelnde Standardisierung als Hindernis für die wissenschaftliche Anerkennung des indischen Medizinsystems angesehen wird (Pordié 2005: 158).

In den gleichen Kontext sind die klinischen Forschungen nach biomedizinischen Maßstäben einzuordnen. So rechtfertigt eine Wissenschaftlerin am CCRAS die Studien damit, dass aus ihnen eine Steigerung der Anerkennung und Verbreitung von Siddha resultiert:

„We are modernizing our type of research [...] Everything is now done by modern preparation. Our research uses completely modern pharmacology, microbiology. It is paka [perfect] scientific, so nobody can criticize“ (Dr. L. Rameshwari, zitiert in Razon 2004: 47; Anmerkung Razon).

Die Politik der indischen bzw. der tamilischen Regierung zu klinischer Forschung dient dem Aufbau von Glaubwürdigkeit und zur weiten Verbreitung von Siddha (Goyal 2006:

67). Die Biomedizinisierung von Siddha im Zuge der klinischen Studien ist daher untrennbar mit westlicher Wissenschaftsauffassung und -geschichte verbunden. Die hegemoniale Stellung der westlichen Wissenschaft im Allgemeinen und der Biomedizin im Besonderen führt dazu, dass die Effizienz der ‚untergeordneten‘ indigenen Medizin erst wissenschaftlich bewiesen werden muss, damit die Medizin akzeptiert wird.

Die biomedizinische Validierung von Siddha als effiziente und sichere Medizin durch klinische Forschung geschieht auch aus ökonomischen Gründen. Auf dem globalen Markt besteht derzeit ein erhöhtes Interesse an indigener Medizin (Bodeker und Burford 2007: 3). Und um das Exportpotential von Siddha ausschöpfen zu können, müssen sich die indischen Verantwortlichen an die Bedingungen der westlichen Wissenschaft anpassen, da die Vermarktung durch den Westen geschieht, in Form internationaler Pharmakonzerne mit Sitz in Europa und Nordamerika.

Diese Anpassung an die westliche Wissenschaft ist in Indien kein neues Phänomen. Bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts sollten sich bestimmte āyurvedische Praktiken aufgrund der Vormachtstellung der europäischen Wissenschaft klinischen Tests unterziehen lassen, um Anerkennung zu finden. Da es jedoch nicht genügend Personal für die Durchführung solcher Untersuchungen gab, fanden diese nicht statt (Hausman 1996: 149). Genauso wurde bereits damals die Anpassung an biomedizinische Praktiken von einzelnen Personen gefordert. So erklärte Varier, eine führende Figur in der Āyurveda-Bewegung im südindischen Bundesstaat Kerala Anfang des 20. Jahrhunderts, dass man mit der Zeit gehen und modernen Wegen folgen müsse, wenn es notwendig sei (Arnold 2000: 179).

Seit mindestens einem Jahrhundert haben indische Medizinsysteme darum gekämpft, Legitimität als Medizin zu erlangen, indem sie Aspekte wie Magie und Spiritualität ausgeschlossen, biomedizinische Elemente aufgenommen und wissenschaftliche Methoden verwendet haben (Alter 2005: 16f). So ist die Biomedizinisierung von Siddha im Kontext der HIV/AIDS-Epidemie auch ein Produkt verschiedener historischer nationaler und transnationaler Prozesse. Wie in Kapitel 3.2 gezeigt bestehen in Indien seit mindestens 200 Jahren intensive Interaktionen zwischen europäischer und indigener Medizin. Und die gegenwärtigen Prozesse im Rahmen des HIV/AIDS-Siddha-Diskurses stellen einen Teil der allgemeinen, historisch gewachsenen Biomedizinisierung der indischen Medizinsysteme dar. Durch die seit der Kolonialzeit verbreitete Betrachtung der Biomedizin als normative Kategorie kam es zur sukzessiven Biomedizinisierung von Sidd-

ha, die im Rahmen der gegenwärtigen HIV/AIDS-Pandemie und dem biomedizinischen Erklärungs- und Behandlungs-Monopol der Krankheit intensiviert wird.

7. Fazit

Die staatliche Förderung von Siddha-Behandlungen im Kontext der HIV/AIDS-Epidemie in Indien wird von offizieller Seite mit finanziellen Motiven und Mängeln biomedizinischer Behandlungsmaßnahmen begründet. Zugleich wird Siddha in dem Diskurs auch als perfektes Mittel gegen die Ausbreitung der Epidemie betrachtet – mit der Argumentation, dass eine Orientierung an diesem ‚traditionellen‘ Medizinsystem zugleich eine Rückorientierung an ‚indischen‘ Werten und Verhaltensweisen nach sich ziehe. So könne eine Verwestlichung und Modernisierung Indiens verhindert werden, welche für die Verbreitung von HIV/AIDS im Land verantwortlich gemacht wird. Dementsprechend wird mit Siddha-Medizin in Tamil Nadu sowohl einer biologischen, als auch einer sozialen Krankheit begegnet. Gleichzeitig steht Siddha auch als Bindeglied zwischen dem Lokalen und dem Globalen und wandelt globale und ‚moderne‘ Konzepte in lokale und ‚traditionelle‘ um. Mit der Verwendung von Siddha-Medizin erfolgte eine Transformation vom global verbreiteten, relativ jungen Syndrom AIDS in die lokale, alte Krankheit *veṭṭai nōy*. AIDS bzw. *veṭṭai nōy* wird heute wie auch in den 1980er und 1990er Jahren mit westlichen Werten und Verhaltensweisen assoziiert. Die Umwandlung in eine indische Krankheit hat jedoch zu einer veränderten Haltung der Krankheit gegenüber geführt: während HIV/AIDS früher als ausländisches Problem betrachtet wurde, welches keine Bedrohung für Indien und seine Bevölkerung darstelle, wird die Krankheit nun auch als indisches Problem wahrgenommen. Aufgrund der Assoziation der Krankheit mit nicht-indischen ‚modernen‘ Werten und Verhaltensweisen und der Umwandlung von AIDS in die lokale Krankheit *veṭṭai nōy* wird das Syndrom zu einem komplexen Phänomen, welches gleichzeitig ‚modern‘ und alt, ausländisch und indisch ist.

Diese Komplexität gilt ebenfalls für die Form der Siddha-Medizin, die bei HIV/AIDS-Patienten angewandt wird. Sie ist sowohl ‚traditionell‘ als auch ‚modern‘. Von indischen und nicht-indischen Politikern, Wissenschaftlern, medizinischen Praktikern und Mitarbeitern von Gesundheitsorganisationen wird ihre ‚Traditionalität‘ postuliert. Jedoch weist die verwendete Siddha-Medizin aufgrund verschiedener aufgezeigter Dynamiken und Strukturen viele ‚nicht-traditionelle‘ biomedizinische Einflüsse auf. Die nach biomedizinischen Maßstäben durchgeführten klinischen Forschungen zur Effizienz und

Sicherheit von Siddha-Medikamenten bei der Behandlung von Krankheitssymptomen sowie die ‚biomedizinisierte‘ Siddha-Behandlung im GHTM sind Teil der Modernisierung und Verwestlichung, welche nach Ansicht vieler indischer Politiker und Siddha-Praktiker für die Ausbreitung von HIV/AIDS verantwortlich sind. Die von vielen indischen Akteuren ‚geförderte Biomedizinisierung‘ von Siddha und die gleichzeitige Begründung des Einsatzes von Siddha mit Verweis auf dessen Fähigkeiten, den die Modernisierung mit sich bringenden Werteverfall aufhalten zu können, scheint ein Widerspruch in sich zu sein.

Aber für die indische Regierung und alle anderen Beteiligten bedeutet der Diskurs um den Einsatz von Siddha gegen HIV/AIDS ein Drahtseilakt und durch geschicktes Ausbalancieren der unterschiedlichen Interessen wird dieser Widerspruch mehr oder weniger aufgelöst. Auf der einen Seite will man das eigene, indigene Medizinsystem und die nationalen Werte fördern und richtet sich gegen das westliche Medizinsystem und die Modernisierung. Auf der anderen Seite muss man aufgrund der globalen Vormachtstellung der westlichen Staaten und internationalen Organisationen mit westlichem Ursprung den Vorgaben der westlichen Länder entgegenkommen und die Auswirkungen der Modernisierung und Verwestlichung in Form biomedizinischer und wissenschaftlicher Aspekte hinnehmen oder sogar unterstützen. Durch diesen Kompromiss der Förderung von Siddha mit einer Ausrichtung an westlicher Wissenschaft und Biomedizin erlebt das südindische Medizinsystem eine Revitalisierung, wenn auch in biomedizinisierter Form. Allerdings existiert aufgrund von verschiedenen historischen Prozessen bereits lange kein ‚traditionelles‘ Siddha mehr (wenn es das überhaupt je gab). Dennoch sehen sowohl indische als auch nicht-indische Akteure Siddha als ‚traditionell‘, ‚ursprünglich‘, und als Gegenpol zur Biomedizin an.

Diese dynamischen Prozesse der Verflechtung (biomedizinisiertes Siddha), Transformation (AIDS wird zu *veṭṭai nōy* und erfährt moralische Bedeutungsladung) und Ablehnung westlicher Werte führen dazu, dass sich im Zuge des lokalen Umgangs mit der globalen Pandemie in Indien die dichotomen Kategorien von ‚traditionell-modern‘, ‚lokal-global‘ und ‚ausländisch-indisch‘ auflösen und ineinander verschwimmen.

Da HIV/AIDS kein abstraktes Phänomen ist, sondern täglich einer großen Anzahl an Menschen das Leben kostet, bleibt noch die Frage nach dem potentiellen Beitrag der Siddha-Behandlung zur Bekämpfung der HIV/AIDS-Epidemie in Indien. Es liegt außerhalb meiner Möglichkeiten, die von verschiedenen Akteuren proklamierte Effizienz

der HIV/AIDS-Siddha-Behandlung zu beurteilen. Allerdings sind mit der Siddha-Behandlung nicht nur therapeutische Aspekte auf der Mikroebene verbunden, sondern auch allgemeine kulturelle und soziale Implikationen, die sich möglicherweise positiv auf die HIV/AIDS-Präventionsarbeit in ländlichen Gebieten auswirken können. Razon zufolge hat Siddha die Anerkennung der HIV/AIDS-Epidemie in Indien ermöglicht und Anlass gegeben, die Epidemie als nationale und nicht nur als ausländische Gesundheitsbedrohung zu diskutieren (2004: 76). Ferner hat das Syndrom erst durch die symbolische Traditionalisierung das soziale Bewusstsein der Menschen erreicht und wurde zu einer ernsthaften Angelegenheit des öffentlichen Gesundheitswesens (ebd.: 70f, 76). Durch die Indigenisierung des westlichen Konzepts wird die Integration von HIV/AIDS in den lokalen medizinischen und sozialen Kontext der ländlichen Gebiete Tamil Nadus ermöglicht, wo etwa 70% der Menschen Siddha als Primärmedizin verwenden (World Health Organization 2002: 9). Hier haben staatliche HIV/AIDS-Präventionsprogramme, die biomedizinisch konzeptualisiert sind, aufgrund mangelnder Akzeptanz der vermittelten Inhalte bisher keine durchschlagenden Erfolge erzielen können⁶⁰. Dies könnte sich durch HIV/AIDS-Siddha-Behandlungen in jenen Gebieten ändern, da diese unweigerlich mit einer Verbreitung relevanten Wissens zur Verhinderung einer Infektion mit HIV bzw. *veṭṭai nōy* in der Bevölkerung verbunden sind.

⁶⁰ So zumindest meine persönliche Erfahrung während eines Praktikums bei der Nichtregierungsorganisation *Y. R. Gaitonde Center for AIDS Research and Education* in Chennai (November 2005 bis Januar 2006).

Literaturverzeichnis

- Alter, J. S. 2005. Introduction: The Politics of Culture and Medicine. In J. S. Alter (Hg.), *Asian Medicine and Globalization*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, S. 1-20.
- ApolloLife 2002. *Medicine to Control AIDS Virus*. Elektronisches Dokument. <<http://channels.apollolife.com/show.asp?NewAid=9670>> [08.05.2008].
- Arnold, D. 1993. *Colonizing the Body. State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India*. Delhi: Oxford University Press.
- Arnold, D. 2000. *Science, Technology and Medicine in Colonial India. (The New Cambridge History of India III, Vol. 5)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Augé, M. 1994. *Orte und Nicht-Orte. Vorüberlegungen zu einer Ethnologie der Einsamkeit*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Bagla, P. 2007. India's New HIV/AIDS Numbers. *Economic and Political Weekly* 42 (30): 3080-3081.
- Barré-Sinoussi, F., J. C. Chermann, F. Rey, M. T. Nugeyre, S. Chamaret, J. Gruest, C. Daugeat, C. Axler-Blin, F. Vézinet-Brun, C. Rousioux, W. Rozenbaum und L. Montagnier 1983. Isolation of a T-Lymphotropic Retrovirus from a Patient at Risk for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). *Science* 220 (4599): 868–871.
- Beck, U. 1998. *Was ist Globalisierung? Irrtümer des Globalismus – Antworten auf Globalisierung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Blumenhagen, D. 1979. The Doctor's White Coat. The Image of the Physician in Modern America. *Annual Internal Medicine* 91 (1): 111-116.
- Bodeker, G. und G. Burford 2007. Introduction. In G. Bodeker und G. Burford (Hg.), *Traditional, Complementary and Alternative Medicine. Policy and Public Health Perspectives*. London: Imperial College Press, S. 3-7.
- Bodeker, G., G. Carter, G. Burford und M. Dvorak-Little 2006. HIV/AIDS: Traditional Systems of Health Care in the Management of a Global Epidemic. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 12 (6): 563-576.

- Bodeker, G., F. Kronenberg und G. Burford 2007. Policy and Public Health Perspectives on Traditional, Complementary and Alternative Medicine: An Overview. In G. Bodeker und G. Burford (Hg.), *Traditional, Complementary and Alternative Medicine. Policy and Public Health Perspectives*. London: Imperial College Press, S. 9-38.
- Bodeker, G., C. K. Ong und G. Burford 2005. Introduction. In G. Bodeker, C. K. Ong, C. Grundy, G. Burford und K. Stein (Hg.), *WHO Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. Text Volume*. Kobe: World Health Organization, Centre for Health Development, S. xi-xiv.
- Bonfanti, P., A. Capetti und G. Rizzardini 1999. HIV Disease Treatment in the Era of HAART. *Biomed Pharmacother* 53 (2): 93-105.
- Bourdier, F. o. J. Ethno-epidemiology of AIDS and Responses of Tamil Medical Science. In F. Bourdier (Hg.), *Of Research and Action. Contribution of Non Governmental Organizations and Social Scientists in the Fight Against the HIV/AIDS Epidemic in India*. Pondicherry: French Institute of Pondicherry.
- Brown, P. J. und K. Hatfield-Timajchy 1997. Medical Systems. In T. J. Barfield (Hg.), *The Dictionary of Anthropology*. Oxford: Blackwell Publishers Ltd., S. 318-320.
- Brown, P. J., M. C. Inhorn und D. J. Smith 1996. Disease, Ecology, and Human Behavior. In C. F. Sargent und T. M. Johnson (Hg.), *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. Westport, Conn.: Praeger, S. 183-218.
- Bundesministerium der Justiz 1976. *Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG)*.
- Centers for Disease Control 1981a. Epidemiologic Notes and Reports: Pneumocystis Pneumonia – Los Angeles. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 30 (21): 250-252.
- Centers for Disease Control 1981b. Epidemiologic Notes and Reports: Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis Pneumonia Among Homosexual Men – New York City and California. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 30 (22): 300-301.
- Centers for Disease Control 1982. A Cluster of Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis Carinii Pneumonia Among Homosexual Male Residents of Los Angeles and

- Range Counties, California. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 31 (23): 305-307.
- Chaudhury, R. R. 2001. A Clinical Protocol for the Study of Traditional Medicine and Human Immunodeficiency Virus-Related Illness. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 7 (5): 553-566.
- Chaudhury, R. R. und G. Bodeker 2003. Symposium on HIV/AIDS and Traditional Medicine of the Global Holistic Health Summit, Bangalore, 14 January 2003. *The National Medical Journal of India* 16 (2): 105–106.
- Chaudhury, R. R., U. Thatte und J. Liu 2007. Clinical Trial Methodology. In G. Bodeker und G. Burford (Hg.), *Traditional, Complementary and Alternative Medicine. Policy and Public Health Perspectives*. London: Imperial College Press, S. 389-402.
- Dandona, L., R. Dandona, J. P. Gutierrez, G. A. Kumar, S. McPherson und S. Bertozzi 2005. Sex Behaviour of Men Who Have Sex with Men and Risk of HIV in Andhra Pradesh, India. *AIDS* 19 (6): 611–619.
- Deivanayagam, C. N., O. R. Krishnarajasekhar und N. Ravichandran 2001. Evaluation of Siddha Medicare in HIV Disease. *The Journal of the Association of Physicians of India* 49 (3): 390–391.
- Department of Ayurveda, Yoga & Naturapathy, Unani, Siddha and Homoeopathy o. J. a. *An Overview of Homoeopathy Infrastructure*. Elektronisches Dokument. <<http://indianmedicine.nic.in/html/homoeopathy/hsmain.htm>> [10.06.2008].
- Department of Ayurveda, Yoga & Naturapathy, Unani, Siddha and Homoeopathy o. J. b. *Siddha*. Elektronisches Dokument. <<http://indianmedicine.nic.in/html/pharma/spmain.htm>> [09.05.2008].
- Diesfeld, H. J. 1996. Die Entwicklung der WHO. Von der Seuchenbekämpfung zum „Primary-Health-Care“-Konzept. In H. Schott (Hg.), *Meilensteine der Medizin*. Dortmund: Harenberg, S. 571-584.
- Eisenberg, L. 1977. Disease and Illness. Distinctions Between Professional and Popular Ideas of Sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1 (1): 9-23.
- Elling, R. H. 1981. The Capitalist World-System and International Health. *International Journal of Health Services* 11 (1): 21-51.

- Embassy of India o. J. *Indigenous Systems of Medicine (ISM)*. Elektronisches Dokument. <<http://www.indianembassy.org/policy/aids/ISM.html>> [08.03.2008].
- Featherstone, M. 1990. Global Culture: An Introduction. In M. Featherstone (Hg.), *Global Culture. Nationalism, Globalization and Modernity*. SAGE Publications: London, Newbury Park, New Delhi, S. 1-14.
- Fitzsimons, D. W. 1993. The Global Pandemic of AIDS. In S. Cross und A. Whiteside (Hg.), *Facing Up to AIDS. The Socio-Economic Impact in Southern Africa*. New York: St. Martin's Press, S. 13-33.
- Frank, R. 2004. *Globalisierung „alternativer“ Medizin. Homöopathie und Ayurveda in Deutschland und Indien*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Gandeeepam o. J. *Report on Workshop on AIDS Prevention under Siddha Medicinal System. Held at Gandeeepam on 7th and 8th December – 2002*. Elektronisches Dokument. <<http://www.gandeeepam.org/wad2002r.htm>> [10.05.2008].
- Gandhi, M. K. 1997. *Hind Swaraj and Other Writings*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Government Hospital of Thoracic Medicine o. J. *Historical Background*. Elektronisches Dokument. <<http://education.vsnl.com/thoracic/brief.html>> [08.05.2008].
- Goyal, R. C. 2006. *Hospital Administration and Human Resource Management*. New Delhi: Prentice Hall of India.
- Greifeld, K. 1995. Einführung in die Medizinethnologie. In B. Pfeleiderer, K. Greifeld und W. Bichmann (Hg.), *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag, S. 11-31.
- Gronemeyer, R. 2002. *So stirbt man in Afrika an AIDS. Warum westliche Gesundheitskonzepte im südlichen Afrika scheitern*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Habib, S. I. und D. Raina 2005. Reinventing Traditional Medicine: Method, Institutional Change, and the Manufacture of Drugs and Medication in Late Colonial India. In J. S. Alter (Hg.), *Asian Medicine and Globalization*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, S. 67-77.
- Hahn, R. A. und A. Kleinman 1983. Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions. *Annual Review of Anthropology* 12: 305-333.

- Hannerz, U. 1995. ‚Kultur‘ in einer vernetzten Welt. Zur Revision eines ethnologischen Begriffes. In W. Kaschube (Hg.), *Kulturen – Identitäten – Diskurse. Perspektiven Europäischer Ethnologie*. Berlin: Akademie-Verlag, S. 64-84.
- Hausman, G. J. 1996. *Siddhars, Alchemy and the Abyss of Tradition: ‘Traditional’ Tamil Medical Knowledge in ‘Modern’ Practice*. University of Michigan: Unveröffentlichte Dissertation in Anthropology.
- Hausman, G. J. 2002. Making Medicine Indigenous: Homeopathy in South India. *Social History of Medicine* 15 (2): 303-322.
- Headrick, D. R. 1981. *The Tools of Empire: Technology and European Imperialism in the Nineteenth Century*. Oxford: Oxford University Press.
- Hollen, C. van 2005. Nationalism, Transnationalism, and the Politics of “Traditional” Indian Medicine for HIV/AIDS. In J. S. Alter (Hg.), *Asian Medicine and Globalization*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, S. 88-106.
- Hörbst, V. und K. Krause 2004. „On the Move“ – Die Globalisierungsdebatte in der Medizinethnologie. *Curare* 27 (1-2): 41-60.
- Hörbst, V. und A. Wolf 2003. Globalisierung der Heilkunde: Eine Einführung. In V. Hörbst und A. Wolf (Hg.), *Medizin und Globalisierung. Universelle Ansprüche – lokale Antworten*. Münster: LIT Verlag, S. 3-30.
- Jeffery, R. 1982. Policies Towards Indigenous Healers in Independent India. *Social Science & Medicine* 16 (21): 1835-1841.
- John, T., P. Jacob, G. Babu, H. Jaykumari und E. A. F. Simoes 1987. Prevalence of HIV Infection in Risk Groups in Tamil Nadu, India. *The Lancet* 329 (8525): 160-161.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS und World Health Organization 2007. *AIDS Epidemic Update: December 2007*. Genf: UNAIDS.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS und World Health Organization 2008. *Asia: AIDS Epidemic Update: Regional Summary*. Genf: UNAIDS.
- Kartikeyan, S., R. N. Bharmal, R. P. Tiwari und P. S. Bisen 2007. *HIV and AIDS: Basic Elements and Priorities*. Dordrecht: Springer.

- Kessler, D. A. und D. E. Shalala 1996. *Medical Devices; Current Good Manufacturing Practice (CGMP); Final Rule*. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration: Unveröffentlichtes Protokoll.
- Kleinman, A. 1986. Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. In C. Curren und M. Stacey (Hg.), *Concepts of Health, Illness and Disease. A Comparative Perspective*. Leamington Spa: Berg, S. 29-47.
- Kumar R., P. Jha, P. Arora und N. Dhingra 2005. *HIV-1 Trends, Risk Factors and Growth in India. (National Commission on Macroeconomics and Health (NCMH) Background Papers – Burden of Disease in India)*. New Delhi: Ministry of Health & Family Welfare.
- Kumaraswamy, R. 1985. *Pulsdiagnose und Siddha-Medizin*. Münster: Arbeitskreis Naturheilkunde und vergleichende Medizin.
- Landy, D. (Hg.) 1977. *Culture, Disease, and Healing. Studies in Medical Anthropology*. New York, London: Collier Macmillan.
- Lavekar, G. S. und S. K. Sharma 2005. Republic of India. In G. Bodeker, C. K. Ong, C. Grundy, G. Burford und K. Stein (Hg.), *WHO Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. Text Volume*. Kobe: World Health Organization, Centre for Health Development, S. 89-95.
- Leslie, C. (Hg.) 1976. *Asian Medical Systems: A Comparative Study*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Liebeskind, C. 1995. Unani Medicine of the Subcontinent. In J. van Alphen und A. Aris (Hg.), *Oriental Medicine. An Illustrated Guide to the Asian Arts of Healing*. London: Serindia Publications, S. 39-65.
- Liu, J. 2007. An Overview of Clinical Studies on Complementary and Alternative Medicine in HIV Infection and AIDS. In G. Bodeker und G. Burford (Hg.), *Traditional, Complementary and Alternative Medicine. Policy and Public Health Perspectives*. London: Imperial College Press, S. 295-308.
- Lock, M. und N. Scheper-Hughes 1996. A Critical-Interpretive Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent. In C. F. Sargent und T. M. Johnson (Hg.), *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. Westport, Conn.: Praeger, S. 41-70.

- Meade, M. S., J. W. Florin und W. M. Gesler 1988. *Medical Geography*. New York: Guilford Press.
- Mishra, S. K. 2001. Ayurveda, Unani and Siddha Systems: An Overview and Their Present Status. In Subbarayappa B. V. (Hg.), *Medicine and Life Sciences in India. (History of Science, Philosophy and Culture in Indian Civilization Volume IV, Part 2)*. New Delhi: Centre for Studies in Civilizations, S. 479-516.
- Morsy, S. A. 1996. Political Economy in Medical Anthropology. In C. F. Sargent und T. M. Johnson (Hg.), *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. Westport, Conn.: Praeger, S. 21-40.
- National AIDS Control Organisation 2001. *National Baseline General Population Behavioural Surveillance Survey*. New Delhi: Ministry of Health & Family Welfare, Govt. of India.
- Needham, J. 1974. *Science and Civilization in China, Volume V, 2*. Cambridge: Cambridge University Press.
- o. A. 2008. *Siddha Drug Testing Lab Will Come up at Tambaram*. The Hindu. Online Edition of India's National Newspaper, 01.01.2008. Elektronisches Dokument. <<http://www.thehindu.com/2008/01/01/stories/2008010154010400.htm>> [08.03.2008].
- Parameswaran, G. 2004. Stemming the Tide: Successes, Failures and Lessons Learned in Tamil Nadu, India. *Dialectical Anthropology* 28 (3-4): 397-414.
- Patterson, T. J. S. 1987. The Relationship of Indian and European Practitioners of Medicine from the Sixteenth Century. In J. G. Meulenbeld und D. Wujastyk (Hg.), *Studies on Indian Medical History. Papers Presented at the International Workshop on the Study of Indian Medicine Held at the Wellcome Intitute for the History of Medicine 2-4 September 1985*. Groningen: Egbert Forsten, S. 119-129.
- Pfleiderer, B. 1995. Medizinische Systeme Südasiens. In B. Pfleiderer, K. Greifeld und W. Bichmann (Hg.), *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag, S. 67-110.
- Pordié, L. 2005. *Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire*. Paris: Karthala.

- Postert, C. 2003. Medizinische Systeme Ost- und Südasiens. In K. Greifeld (Hg.), *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag, S. 69-104.
- Popovic, M., M. G. Sarngadharan, E. Read und R. C. Gallo 1984. Detection, Isolation, and Continuous Production of Cytopathic Retroviruses (HTLV-III) from Patients with AIDS and Pre-AIDS. *Science* 224 (4648): 497-500.
- PROMETRA/TICAH/Twaweza 2003. *A Journey of Connectedness: Workshop on Traditional Medicine and HIV/AIDS. September 17–20, 2003, Brackenhurst Conference Centre, Nairobi, Kenya. September 21–26, 2003, 13th International Conference on AIDS and Sexually Transmitted Diseases in Africa (ICASA), Nairobi, Kenya*. Nairobi: PROMETRA, TICAH (Trust for Indigenous Culture & Health) & Twaweza Communications.
- Rajasekaran, S. o. J. *Update on Application of Siddha Medicine to HIV/AIDS*. Elektronisches Dokument. <<http://education.vsnl.com/thoracic/sidupd.html>>[09.05.2008].
- Raman, N. o. J. *The Other Global War*. Elektronisches Dokument. <<http://span.state.gov/wwwhspjfaoth.html>> [20.03.2008].
- Razon, N. 2004. Vettai Noi: *Making AIDS Indian. A Study of the Use of Siddha Medicine on AIDS/HIV Patients in Tamil Nadu, India*. Stanford University: Unveröffentlichte Bachelorarbeit in Cultural and Social Anthropology.
- Robertson, R. 1995. Glocalization: Time-Space and Homogeneity-Heterogeneity. In M. Featherstone, S. Lash und R. Robertson (Hg.), *Global Modernities*. London: SAGE Publications, S. 25-44.
- Sepkowitz, K. A. 2001. AIDS – The First 20 Years. *The New England Journal of Medicine* 344 (23): 1764-1772.
- Shaukat, M. und S. Panakadan 2004. HIV/AIDS in India: Problem and Response. In J. P. Narain (Hg.), *AIDS in Asia. The Challenge Ahead*. New Delhi, Thousands Oaks, London: SAGE Publications, S. 158-170.
- Steinbrook, R. 2007. HIV in India – The Challenges Ahead. *The New England Journal of Medicine* 356 (12): 1197-1201.
- Subbarayappa, B. V. 1997. Siddha Medicine: an Overview. *The Lancet* 350 (11-12): 1841-1844.

- Subbarayappa, B. V. 2001. Siddha Medicine. In B. V. Subbarayappa (Hg.), *Medicine and Life Sciences in India. (History of Science, Philosophy and Culture in Indian Civilization Volume IV, Part 2)*. New Delhi: Centre for Studies in Civilizations, S. 427-451.
- Subramanian, P. R. (Hg.) 2005. *Kriyāvīṇ Taṅkālat Tamiḷ Akarāti (Tamiḷ-Tamiḷ-Āṅkilam). Dictionary of Contemporary Tamil (Tamil-Tamil-English)*. Chennai: Cre-A.
- Svoboda, R. 1995. Theory and Practice of Ayurvedic Medicine. In J. van Alphen und A. Aris (Hg.), *Oriental Medicine. An Illustrated Guide to the Asian Arts of Healing*. London: Serindia Publications, S. 67-97.
- The Henry J. Kaiser Family Foundation 2007. *The Global HIV/AIDS Timeline*. Elektronisches Dokument. <<http://www.kff.org/hivaids/timeline/hivtimeline.cfm>> [27.05.2008].
- Tamil Nadu State AIDS Control Society 2006. *Siddha Medicine – Meaning and Significance*. Elektronisches Dokument. <<http://www.tansacs.org/TANSACS%5Csiddhapage.html>> [08.03.2008].
- Tirelli, U. und D. Bernardi 2001. Impact of HAART on the Clinical Management of AIDS-Related Cancers. *European Journal of Cancer* 37 (10): 1320-24.
- Trawick, M. 1992. Death and Nurturance in Indian Systems of Healing. In C. Leslie (Hg.), *Paths to Asian Medical Knowledge*. Berkeley: University of California Press, 129-159.
- UNAIDS o. J. *Traditional/Alternative Medicine*. Elektronisches Dokument. <<http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/HIVTreatment/TraditAlternMedicine/default.asp>> [09.05.2008]
- UNICEF/UNDP/World Bank/World Health Organization Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR) 2005. *Operational Guidance: Information Needed to Support Clinical Trials of Herbal Products*. Genf: World Health Organization.
- Verma, R. K., P. J. Pelto, S. L. Schensul und A. Joshi 2004. Introduction: The Time of AIDS in India. In R. K. Verma, P. J. Pelto, S. L. Schensul und A. Joshi (Hg.),

- Sexuality in the Time of AIDS. Contemporary Perspectives from Communities in India.* New Delhi, Thousand Oaks, London: SAGE Publications, S. 21-44.
- Vermani, K. und S. Garg 2001. Herbal Medicines for Sexually Transmitted Disases and AIDS. *Journal of Ethnopharmacology* 80 (1): 49-66.
- Wolf, A. 2003. AIDS und Kanyera in Malawi: lokale Rezeption eines globalen Phänomens. In A. Wolf und V. Hörbst (Hg.), *Medizin und Globalisierung: globale Ansprüche – lokale Antworten.* Münster: LIT Verlag, S. 203-229.
- Wolf, A. und H. Dilger 2003. Universalismus versus lokale Besonderheiten. Medizin, Globalisierung und AIDS. In A. Wolf und V. Hörbst (Hg.), *Medizin und Globalisierung: globale Ansprüche – lokale Antworten.* Münster: LIT Verlag, S. 252-276.
- World Health Organization 1998. *Quality Control Methods for Medical Plant Materials.* Genf: World Health Organization.
- World Health Organization 2002. *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005.* Genf: World Health Organization.
- World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology 2008. *About the ATC/DDD System.* Elektronisches Dokument. <<http://www.whooc.no/atcddd/>> [24.06.2008].
- World Health Organization Regional Office for South-East Asia 2002. *India. National Health System Profile.* Genf: World Health Organization.
- Wootton, J. C. und A. Sparber 2001. Surveys of Complementary and Alternative Medicine: Part III. Use of Alternative and Complementary Therapies for HIV/AIDS. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 7 (4): 371-377.