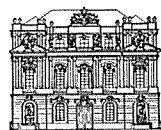


ÖSTERREICHISCHE AKADEMIE DER WISSENSCHAFTEN
PHILOSOPHISCH-HISTORISCHE KLASSE
SITZUNGSBERICHTE, 753. BAND

Veröffentlichungen zur Sozialanthropologie
Band 9

Reihe Forschungsschwerpunkt Lokale Identitäten und
überlokale Einflüsse III

Herausgeber: Andre Gingrich



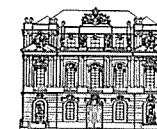
VERLAG
DER ÖSTERREICHISCHEN AKADEMIE DER WISSENSCHAFTEN
WIEN 2006

ÖSTERREICHISCHE AKADEMIE DER WISSENSCHAFTEN
PHILOSOPHISCH-HISTORISCHE KLASSE
SITZUNGSBERICHTE, 753. BAND

Andre Gingrich und Guntram Hazod (Hg.)

Der Rand und die Mitte

Beiträge zur Sozialanthropologie und
Kulturgeschichte Tibets und des Himalaya



VERLAG
DER ÖSTERREICHISCHEN AKADEMIE DER WISSENSCHAFTEN
WIEN 2006



Abb. 15. Trance-Medium (lha bdag / rDo-rje chen-mo) während des lha-gsol-Festes (WHA V CJ00 23,13)

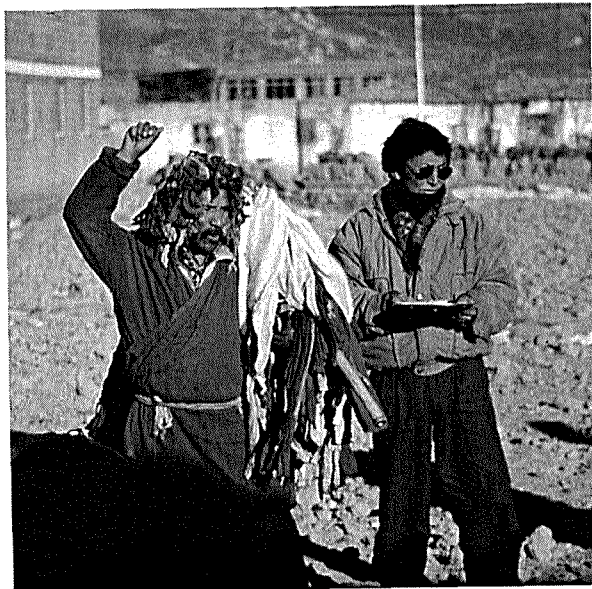


Abb. 16. Tabo lha bdag / rDo-rje chen-mo bei einem sbyin sreg-Ritual, Tabo (WHA V CJ00 12,5)

Amchi Medizin zwischen Rand und Mitte

STEPHAN KLOOS

In Gedenken an Amchi Tashi Bulu, der 2005 unerwartet im Alter von 65 Jahren verstarb. Er war ein vorbildlicher Amchi, ein weitblickender Stratege, und ein großzügiger Gastgeber und Freund.

1. Einleitung

Eine wichtige Funktion der tibetischen Medizin – jenseits ihrer klinischen und kulturellen Komponenten – ist ihre strukturelle sowie historische Rolle als Bindeglied zwischen Zentrum und Peripherie. Folgt man den politischen und kulturellen Entwicklungen des Himalayaraumes der letzten 50 Jahre, so wird klar, dass weder Zentrum noch Peripherie konstante und klar definierte Begriffe, sondern vielmehr in ständigem Wandel begriffen sind. Dieser Wandel ist allerdings nicht nur das fortlaufende Resultat diverser politischer, sozialer, ökonomischer oder kultureller Prozesse, sondern auch durch die Beziehung zwischen Rand und Mitte selbst bedingt. Ohne Rand keine Mitte, ohne Mitte kein Rand: diese gegenseitige Existenzbegründung ist nicht nur, wie Stacy Pigg (1996) in Bezug auf Modernität und Tradition feststellt, eine sich selbst reproduzierende, sondern auch eine fundamental dialektische, in der die jeweilige Wahrnehmung des anderen – und die Wahrnehmung der Wahrnehmung des anderen von einem selbst – eine Veränderung des Subjekts und so der ursprünglichen Beziehung mit sich bringt.

Die Konzeptpaare Rand und Mitte einerseits und Tradition und Modernität andererseits, werden oft parallel, wenn nicht gar synonym verwendet – sowohl aus der Sicht derer, die sich im Zentrum wähnen, als auch jener an der Peripherie. Ebenso wenig wie Zentrum und Peripherie sind jedoch auch Modernität und Tradition keine absoluten, objektiven Bezeichnungen, sondern bewegen sich vielmehr in Michael Taussigs „epistemic murk“ (1987: 121) dialektischer Prozesse von Repräsentation und Wahrnehmung. Das durch die Interaktion mit Modernität erworbene Selbstbewusstsein des traditionellen Subjekts negiert sich selbst, wie Charles Ramble (1997: 20) bemerkt, nur um sich neu zu erfinden: Tradition wird in dem Moment zu Traditionalismus (der aktiven und bewussten Selektion von Elementen der eigenen Kultur), in dem sie selbst, also das Verinnerlichte, Unausgesprochene, Selbstverständliche

– in Bourdieus (1977) Worten, der Habitus – problematisiert wird. Dennoch, oder gerade deshalb, ist die lokale Gleichsetzung dieser Gegensatzpaare ernst zu nehmen, vor allem weil sie eine ebenso starke wie ambivalente Wertdimension in die lokale Wahrnehmung von Rand und Mitte einbringt.

Eine solche epistemologische Achtsamkeit auf die Repräsentation, Produktion, oder Ausübung von Realitäten wie Rand und Mitte stellt allerdings nicht deren Existenz in Frage, sondern verlagert den Blick von problematischen Konzepten wie „Kultur“, „Gesellschaft“, oder „Medizinsystem“ auf die Beziehungen, in denen sich verschiedene Akteure, Objekte, und Repräsentationen zueinander befinden (vgl. Latour 1988; Pigg 1996; Mol 2002). Zentrum und Peripherie, ebenso wie Identität oder Medizin, werden so zur sozialen Praxis, historisch situiert und inhärent politisch: Realitäten die nichts erklären, sondern erklärt werden müssen.

Um welche Realitäten geht es in diesem Kapitel? Es geht um Hanu Gongma, ein ladakhisches Dorf mit besonderer Geschichte, dessen Einwohner sich in Bezug auf Leh, der Hauptstadt Ladakhs, als „am Rand befindlich“ wahrnehmen. Es geht um die Praxis tibetischer Medizin in diesem Dorf, die zwar als „lokal“ angesehen wird, aber dennoch durch Zentren aller Art bedingt ist. Und es geht um Hanus wichtigsten praktizierenden Arzt tibetischer Medizin, Amchi Tashi Bulu, der nicht nur Medizin, sondern durch sie auch Rand und Mitte selbst ausübte. Im Folgenden möchte ich die Rolle der tibetischen Medizin als Bindeglied, virtuellen Ort, und Medium in Hanus Beziehung zu diversen „Mitten“ untersuchen. Besonders die Beziehung zu zwei „Mitten“ wird hervorgehoben: Einerseits zu Leh, dem administrativen, ökonomischen, und politischen Zentrum Ladakhs, dessen Relevanz auf der Hand liegt; andererseits aber auch zum Westen, der in Ladakh vor allem in zwei relevanten Formen auftritt: Tourismus und internationale Entwicklungszusammenarbeit. In Hanu manifestierte sich letztere Beziehung in erster Linie durch das Verhältnis eines Sozialanthropologen (mir) zur lokalen Dorfgemeinschaft und deren wichtigsten Amchi. Das hier präsentierte Ergebnis meiner Forschungstätigkeit ist also ebenso sehr als Interpretation eines bestimmten Verhältnisses zwischen Peripherie und Zentrum im klassisch anthropologischen Sinn zu verstehen, als auch als Produkt eines Prozesses – der Feldforschung – in dem die Designationen von Rand und Mitte wohl ambivalenter als sonst wo sind. Eine Problematisierung des letztgenannten Rand-Mitte Verhältnisses soll nicht nur dieses Kapitel

situieren, sondern zusätzliche Einblicke in Hanus Selbstverständnis als Peripherie und dessen Umgang mit verschiedenen „Zentren“ geben.

Zu den Fragen, die dieses Kapitel zu beantworten versucht, gehören: Welche Funktion hat die tibetische Medizin – oder Amchi Medizin, wie sie in Ladakh genannt wird¹ – in dem Spannungsverhältnis zwischen Rand und Mitte, zwischen Tradition und Moderne? Wie, anders gefragt, wirkt sich die Beziehung zwischen diesen konzeptuellen Gegensätzen nicht nur auf die lokale Wahrnehmung, sondern auch, in weiterer Folge, auf die Praxis der Amchi Medizin aus? Und, letztendlich, was hat die Dialektik lokaler Identitäten und überregionaler Einflüsse mit der konkreten Realität in Hanu, bis hinunter zum individuellen Körper, der individuellen Erfahrungswelt jedes und jeder Hanupa, zu tun?

2. Hanu Gongma: Identität am Rande

Hanu Gongma liegt auf ca. 3200 Metern Seehöhe in einem fruchtbaren Seitental des Indus in Ladakh, direkt an der so genannten „Line of Control“ zu Pakistan. Sein peripherer Status hat eine lange Geschichte: Die Darden, eine indo-arische Gruppe ursprünglich aus der Gegend Persiens, zu deren Nachfahren die Hanupa gehören, waren vor etwa 2000 Jahren die ersten Siedler Ladakhs (Kaul & Kaul 1992: 38). Ab dem 10. Jahrhundert wurden sie jedoch im Zuge der Tibetanisierung Ladakhs assimiliert oder in Grenzregionen zurückgedrängt, wo später durch die Islamisierung ein weiterer Kulturwandel stattfand (Francke 1999 [1907]: 27ff.). Obwohl vereinzelte dardische Kulturelemente noch heute in vielen Gegenden Ladakhs zu finden sind (Vohra 1989a, b), sind die heutigen Darden auf eine kleine Anzahl nominell buddhistischer Dörfer in der Dha-Hanu Gegend beschränkt.

Zur Zeit des ladakhischen Königreichs (ca. 1000 bis 1842 n. Chr.), welches selbst an der äußeren Peripherie des tibetischen Kulturraums

¹ Dies ist die Bezeichnung, die gegenüber Außenstehenden (westlichen Besuchern, Indern) verwendet wird, um die lokale medizinische Tradition von der „tibetischen Medizin der Tibeter“ abzugrenzen. Zu den politischen Hintergründen dieser Repräsentation siehe Pordié (2006). Die allgemein verwendete Bezeichnung in Ladakhi ist die gleiche wie die der „tibetischen Medizin der Tibeter“, nämlich *gso ba rig pa* (Die Wissenschaft vom Heilen). *gSo ba rig pa*, ob von Tibetern oder Ladakhi praktiziert, hat die *rgyud bzhi* (vier medizinischen Tantras) zur Grundlage, weshalb regionale Unterschiede ausschließlich in der sozialen Organisation und zum Teil in der verwendeten *Materia Medica* bestehen, nicht aber in der der theoretischen Grundlage der medizinischen Praxis.

lag, erhielt Hanus peripherer Status an der Grenze und Hauptroute nach Baltistan, einem regelmäßigen Kriegsgegner Ladakhs, strategische Wichtigkeit (Kaul & Kaul 1992: 45ff.). Dies veranlasste den ladakhischen König Tsewang Namgyal (1532–1555) zu einem Abkommen, in dem sich die Einwohner Hanu bereit erklärten, ihre eigene Sprache (brokskad) zugunsten des Ladakhi aufzugeben, im Gegenzug dafür aber als vollwertige Ladakhi anstatt als „Brok-pa“ (Darden), welche niedrigeren Status hatten, galten (Kloos 2004: 74). Auf diese Weise sollte die Loyalität und der Kriegsbeistand der Hanupa gegen die Baltis gesichert werden; jedoch verloren die Hanupa dadurch viele ihrer Traditionen (welche heute noch in Dha, das nicht von diesem Abkommen betroffen war, weiterleben) und damit Aspekte ihrer Identität als Darden. Andererseits war eine Konsequenz dieser Entwicklungen die Einführung der Amchi Medizin in Hanu, der heute einzigen nicht-tibetischen Gruppe, die *gso ba rig pa* als autochthones System praktiziert.

In einer Situation, die an jene zur Zeit König Tsewang Namgyals erinnert, wurde Hanus strategische Wichtigkeit durch den Kargil Konflikt 1999² zwischen Indien und Pakistan wieder augenscheinlich. War Hanus peripherer Charakter bis dahin hauptsächlich durch seine Unzugänglichkeit und infrastrukturelle Unterversorgung gekennzeichnet, so erhielten plötzlich Straßenbau und Entwicklung militärische Priorität. Im Jahr 2000 wurde daher eine Strasse, die Hanu Gongma mit dem restlichen Ladakh – und besonders Leh – verbindet, in Rekordzeit fertig gestellt. Biomedizinische Versorgungszentren stellen heute einfache Gesundheitsversorgung und Medizin kostenlos zur Verfügung, und subventionierte Geschäfte verkaufen Kerosin, Kochöl, Rum, und andere Zivilisationsgüter. Durch die Erklärung Hanus zu militärischem Sperrgebiet hat sich jedoch lediglich die Natur von dessen peripherem Status gewandelt: Obwohl es heute leicht mit öffentlichen Bussen zugänglich wäre, ist dieser Zugang allen außer den Hanupa selbst (und dem Militär) streng untersagt.

Bei der letzten Volkszählung im Jahr 2000 hatte Hanu Gongma 478 Einwohner, die in 77 Haushalten wohnten und 29 Familien angehörten, darunter fünf Familien nicht-dardischen Ursprungs. Obwohl die soziale

² Im Winter 1998–1999 infiltrierten von Pakistan unterstützte Kämpfer von Indien kontrolliertes Territorium and der „Line of Control“ in Ladakh, darunter die Hänge über Hanu Gongma. Im darauf folgenden Frühling, von April bis Juli 1999, folgte ein kurzer, aber blutiger Konflikt zwischen diesen Kämpfern und der indischen Armee, der in den indischen Medien als „Kargil Konflikt“ bezeichnet wurde.

Organisation der Hanupa jener in anderen ladakhischen Dörfern ähnlich ist (siehe Dollfus 1989, 1996), sind dardische Elemente jenseits jener Institutionen bemerkbar, die von zentral-ladakhischem Einfluss zeugen – etwa der *pha spun*³, des *labdag pa*⁴, oder einer sozialen Hierarchie mit Mönchen und Amchi an der Spitze, und Musikanten und Schmieden auf der untersten Stufe. Beispielsweise ist Hanu, trotz einiger Hanupa Mönche im nahe gelegenen Kloster Lamayuru, bis heute eine grundsätzlich nicht-monastische Gesellschaft, in der manche buddhistische Funktionen stattdessen von schriftkundigen Amchi ausgeübt werden. Indigene Merkmale wie Ahnenverehrung und Animismus sind in Dorffesten evident, und die ältere Generation hält sich noch an das dardische Tabu von Kuhmilchprodukten. Selbst die *pha spun* hat eine relativ schwache soziale Bedeutung in Hanu, wo traditionellerweise die Unabhängigkeit und Eigenständigkeit der einzelnen Haushalte betont wird (vgl. Vohra 1989a).

Die (Strassen-)Verbindung Hanus mit dem restlichen Ladakh und besonders mit dem administrativen Zentrum Leh brachte jedoch drastische Veränderungen kultureller, sozioökonomischer, politischer und medizinischer Natur mit sich. Durch die Verstärkung zentral-ladakhischer Einflüsse und den von der Ladakh Buddhist Association (LBA) propagierten „reformierten“ Buddhismus (Mills 1999) entstand ein gewisses Selbstbewusstsein der Hanupa, welches viele Elemente der Lokalkultur zunehmend als rückständig und „anti-buddhistisch“ wahrnimmt. Auf diese Weise verlagerte sich das Verhältnis zwischen einer mit dem Zentrum identifizierten Modernität (welche in diesem Fall selbst essentiell Traditionalismus ist) und der mit dem peripheren Subjekt identifizierten Tradition – bereits durch den Akt der Identifikation in Frage gestellt – in die lokale Gemeinschaft selbst. War überdies das Tal bis zur Ankunft der Armee und Strasse dem Einfluss der Marktwirtschaft nur indirekt und oberflächlich ausgesetzt, so tritt diese heute rapide an die Stelle hergebrachter Strukturen der Reziprozität, Subsistenzwirtschaft und der damit verbundenen sozialen

³ *Pha spun* sind traditionelle Familienverbände, die bei rituellen oder zeremoniellen Anlässen wie Geburten oder Todesfällen in Funktion treten. Siehe Crook 1994.

⁴ Das Amt des *labdag pa* wird vererbt, und wechselt in Hanu jedes Jahr zwischen den Familien einer bestimmten *pha spun*. In Ladakh war deren ursprüngliche Funktion generell bei Zeremonien als „Repräsentanten des Palastes“ – d.h. des Königs – aufzutreten (Dollfus 1996). Im heutigen Hanu haben sie die Funktion des Dorfpriesters inne, der in einer bemerkenswerten Umkehrung der ursprünglichen Rolle eines *labdag pa* vorbuddhistische, dardische religiöse Praktiken aufrecht erhält.

Organisation. Als 2001 der Panchayat Raj Act (1989)⁵ durch die Wahl eines Sarpanch, der die drei Dörfer Hanus in administrativen und budgetären Angelegenheiten gegenüber Leh vertritt, in Hanu eingeführt wurde, hatten bessere Kommunikation und administrative Verbindungen zu Leh dieses neue politische Amt schon lange notwendig gemacht. All dies ist, wie wir sehen werden, von zentraler Bedeutung für das Verhältnis Hanus mit Leh, und für die Rolle der Amchi Medizin in diesem Zusammenspiel.

Der intensivierte Einfluss der Mitte auf die Peripherie war in beiden Fällen – dem Sprachabkommen im 16. Jahrhundert, und der Entwicklung nach dem Kargil Konflikt 1999 – eng mit Hanus strategischer Lage am Rand des regionalen Machtzentrums verbunden, und brachte jeweils ein neues Selbstbewusstsein und eine neue Identität mit sich: Zuerst die Negierung der dardischen Identität zu Gunsten der ladakhischen, dann ein verstärktes Bewusstsein der Rückständigkeit der eigenen Traditionen und der Abhängigkeit vom Zentrum. Beide Male manifestierten sich die Konsequenzen auf besondere Weise im lokalen Gesundheitssystem.

3. Amchi Medizin: Reziprozität und Abhängigkeit

Wie bereits erwähnt führte der Identitätswechsel der Hanupa im 16. Jahrhundert, zweifelsohne durch die in dessen Folge verstärkte Interaktion mit dem Zentrum (Zentral-Ladakh), zur Einführung der Amchi Medizin in Hanu. Dha, ein Dorf welches nie den selben Grad an ladakhischem Einfluss erfuhr, und dessen Einwohner sowohl ihre Sprache als auch ihre ursprüngliche Identität bis heute bewahrt haben, ist ein gutes Gegenbeispiel: Obwohl nominell ebenfalls buddhistisch, hat es bis heute keine Amchi-Tradition. In Abwesenheit schriftlicher Quellen lässt sich die Amchi Medizin in Hanu über die lokale Oralgeschichte mit Sicherheit bis in das späte 19. Jahrhundert, möglicherweise aber sogar bis in das 17. Jahrhundert zurückverfolgen, als Amchi der Abapa Familie die Gegend in regelmäßigen Abständen besuchten. Um 1910 ließ sich ein Angehöriger einer anderen Amchi-Familie aus Zanskar auf Einladung der Hanupa unter dem Namen Sponpa in Hanu Gongma nieder und begründete die lokale Praxis der Amchi Medizin, indem er außer seinem Sohn auch einheimische Lehrlinge unterrichtete. Etwa 25 Jahre später folgte ihm ein Sohn der ersten Amchi-Familie (Abapa)

⁵ Siehe Pirie (2006) für mehr Information über den Panchayat Raj Act in Ladakh und die Gründe für dessen verspätete Einführung.

nach, und siedelte sich ebenfalls in Hanu Gongma an. Seit damals praktizierte in Hanu eine konstante Zahl von vier bis fünf Amchi zu jeder gegebenen Zeit, und auch heute gibt es vier aktive Amchi in Hanu Gongma und einen im Nachbardorf Hanu Yogma. Gemeinsam mit einer *lhamo* (Orakelheilerin) und zwei *onpo* (rituelle Experten die auch bei gewissen gesundheitlichen Problemen konsultiert werden)⁶ decken sie den traditionellen Sektor der Gesundheitsversorgung Hanus ab.

Obwohl die Amchi in Hanu bis zum Kargil Konflikt 1999 ein beinahe ausschließliches Monopol auf medizinische Gesundheitsversorgung hatten, brachte die seit den 1970iger Jahren stetig zunehmende Interaktion Hanus mit Leh bereits viel früher weitreichende Änderungen für das lokale System der Amchi Medizin mit sich. Dies war besonders in sozioökonomischem Sinne der Fall. Traditionellerweise verlangten die Amchi theoretisch nichts für ihre Zeit oder Medizin. Sie wurden aber bei Hausbesuchen nicht nur verköstigt und – vor allem nach erfolgter Heilung – beschenkt, sondern waren auch berechtigt, regelmäßig *bsod snyoms* (wörtlich: Almosen; meist in Form von Getreide) von jedem Haushalt des Dorfes zu sammeln. Dieses Reziprozitätssystem ermöglichte es den Amchi, Zeit und Ressourcen für ihre medizinische Praxis aufzuwenden, die sie ansonsten für den Lebensunterhalt ihrer Familie benötigt hätten, während die Dorfgemeinschaft von der medizinischen Versorgung profitierte. War allerdings die Praxis des *bsod snyoms*, wie ihre wörtliche Bedeutung schon sagt, theoretisch freiwillig – ein Zeichen der Dankbarkeit und Unterstützung, ja sogar eine Gelegenheit, religiöse Verdienste zu erwerben (vgl. Adams 1988) –, so resultierte sie in der Realität vielmehr aus einer Mischung aus Pflichtbewusstsein und Angst, bei dem Amchi, von dem potentiell das eigene Leben abhängen konnte, in Diskredit zu geraten. Aus diesen Gründen gehörten Amchi generell zum wohlhabenderen Teil der Bevölkerung, was ihr hoher Sozialstatus alleine, wie wir sehen werden, nicht garantieren konnte.

Durch die Einführung des Konzepts von Regierungs-Amchi (siehe Tondup 1997) und den sich langsam bemerkbar machenden Einfluss der Marktwirtschaft in den 1970iger Jahren wurde dieses System der gegenseitigen Abhängigkeit und Reziprozität jedoch sukzessive geschwächt, und die Praxis des *bsod snyoms* verschwand. Die von Leh ausgehende Initiative, in entlegenen Gebieten Regierungs-Amchi zu ernennen, welche mit einem nominellen monatlichen Gehalt und einer

⁶ Für mehr Information zu diesen Arten traditioneller Heiler und ritueller Experten siehe Kuhn 1988.

jährlichen Unterstützung in Form von medizinischen Rohmaterialien ausgestattet die offizielle Verantwortung – mangels biomedizinischer Einrichtungen – für die Gesundheitsversorgung eines bestimmten Gebiets übernehmen sollten, veränderte und unterminierte die lokale Wahrnehmung von Reziprozitätsstrukturen. Im Einklang mit der Idee hinter der Initiative begannen die Hanupa es nicht nur als die moralische, sondern offizielle Pflicht eines Amchi wahrzunehmen, die Bevölkerung kostenlos mit Medizin zu versorgen, während das eigene Pflichtbewusstsein, den Amchi ausreichend Mittel für deren Praxis zur Verfügung zu stellen, durch die Regierungsunterstützung, so gering sie auch war, verloren ging. In anderen Worten wurden die Amchi – ohne dass die Hanupa zwischen Regierungs-Amchi und Nicht-Regierungs-Amchi unterschieden – als nicht mehr von ihrer eigenen Gemeinschaft abhängig gesehen, sondern vom Zentrum, das heißt der Administration in Leh. Dieser Trend verstärkte sich später noch durch diverse Projekte internationaler Nichtregierungsorganisationen (NGOs).

Derartige Entwicklungen – die auch in anderen Teilen Ladakhs zu beobachten sind (Pordié 2002, Besch & Guérin, in Druck) – zerstörten effektiv die strukturelle Grundlage der Amchi Medizin in Hanu, nämlich die auf Macht basierende Verbindung zwischen Praxis und Einkommen. Durch eine unvorteilhafte Überschneidung traditioneller und neuer, vom Zentrum eingeführter Aspekte der sozialen Rolle der Amchi⁷ fanden sich dieselben zunehmend in einer Sackgasse wieder, in der sie zwar kostenlos Medikamente verteilten, aber nicht in der Lage waren, ein neues Reziprozitätssystem einzuführen. Amchi Medizin wurde zunehmend zu einem Verlustgeschäft, was dazu führte, dass Amchi entweder ihre Praxis aufgaben, oder ihr Einkommen auf andere Wege – ob in der Landwirtschaft oder als Tagelöhner – erwerben mussten. Konsequenterweise litt darunter die Qualität der lokalen medizinischen Versorgung.

In dieser Situation ist es daher leicht zu verstehen, dass die Amchi in Hanu den Verlust ihres medizinischen Monopols durch die Fertigstellung der Strasse und die Einführung der Biomedizin im Jahr 2000 nicht ausschließlich als negativ ansahen. Wie es Amchi Tashi Bulu ausdrückte, „[...] kosten Patienten Geld – es ist also gut, wenn die Hälfte von ihnen zum Gesundheitszentrum geht.“ Tatsächlich wurde das Gesundheitszentrum trotz seiner mangelhaften Ausstattung und

⁷ Für eine ausführliche Behandlung von sozialer und medizinischer Macht im Kontext von Hanu, sowie der sozialen Rolle der Amchi siehe Kloos 2004, 2005, und Kloos, in Druck.

Betreuung innerhalb kurzer Zeit zur meistfrequentierten Anlaufstelle im Krankheitsfall. Im Jahr 2001 betreuten die vier Amchi Hanu Gong-mas zusammengenommen nur mehr ein Drittel aller Patienten, während der Trend zugunsten des Gesundheitszentrums weiter anhielt. Paradoxerweise trug allerdings die Amchi Medizin selbst zu dieser Situation bei. Denn obwohl die Interaktion zwischen Hanu und Leh solch weitreichende Konsequenzen für die Amchi Medizin hatte, wurde durch dieselbe diese Interaktion erst initiiert, und in weiterer Folge in eine bestimmte Richtung gelenkt. Hier gewinnt die Rolle des wichtigsten Amchi Hanus, Tashi Bulu, Bedeutung.

4. Tashi Bulu: Mittelsmann zwischen Rand und Mitte

Als Tashi Bulu 1953, im Alter von 13 Jahren, seine Lehre in Teah – damals einen dreieinhalbtägigen Fußmarsch von Hanu Gongma entfernt – begann, hatte sein Wunsch, Amchi zu werden, zwei Gründe. Einerseits gab es damals nur wenige Amchi und keine biomedizinischen Ärzte in der Region, sodass der Bedarf an medizinischen Ressourcen groß war; andererseits war ihm das hohe Ansehen, die soziale Macht, und die wirtschaftliche Position der damaligen Amchi durchaus bewusst. Mit dieser, auf einer für ihn typischen Mischung aus Philanthropie und Geschäftssinn beruhenden Motivation, lernte Tashi Bulu für die nächsten acht Jahre, bis 1961, Amchi Medizin. Seinen Lehrer begleitend, reiste er zu jener Zeit regelmäßig als einer der wenigen Hanupa nach Leh, und kam dadurch früh in Kontakt mit neuen Entwicklungen der Hauptstadt – wie dem shel khang (wörtlich: „Glasraum“; normalerweise der beste Raum des Hauses, durch die Sonne geheizt) – sowie mit der dortigen Administration. Als Tashi Bulu nach Beendigung seiner Lehre zurück nach Hanu ging, hielten durch seine Person neue Einflüsse des Zentrums Einzug in die bis dahin relativ isolierte Gegend: In den 1970iger Jahren erfuhr Tashi Bulu über Bekannte in Leh vom Regierungs-Amchi Programm der dortigen Administration, bewarb sich, bestand die Prüfung, und erhielt die Stelle mit Verantwortung für das gesamte Hanu-Tal und einige andere Dörfer in der Gegend. Abgesehen von den hauptsächlich negativen Auswirkungen dieser Initiative auf die Amchi Medizin in Hanu, die bereits besprochen wurden, hatte Tashi Bulus neuer Status als Regierungs-Amchi jedoch auch positivere Konsequenzen für ihn selbst.

Zusätzlich zu dem ohnehin bereits hohen Status, den Tashi Bulu als Amchi inne hatte, hob die aus seiner neuen Verantwortung resultierende Assoziation mit dem administrativen Zentrum sein lokales Ansehen

über das der anderen Amchi, die sich ohnehin in Rivalität um Status und Einfluss befanden. Es war also in seinem Interesse, einerseits das bereits existierende Bild vom Zentrum – im Gegensatz zu Hanu – als modern und fortschrittlich zu bestärken, andererseits aber im Rahmen seiner traditionellen Rolle als Amchi und den damit verbundenen lokalen Wertvorstellungen zu bleiben. Auf diese Weise konnte er geschickt, und zum eigenen Vorteil, eine Brücke zwischen Zentrum und Peripherie schlagen, und schaffte sich bald eine privilegierte Stellung unter den anderen Amchi. Als Tashi Bulu in den frühen 1980iger Jahren endlich genug erspart hatte, um seinen Traum aus Lehrlingszeiten – einen shel khang – zu erfüllen, konnte er seine Vormachtstellung im Dorf drastisch weiter ausbauen.

Die periphere, unzugängliche Lage Hanus ebenso wie der Mangel lokaler politischer Strukturen, die eine Interaktion Hanus mit Leh auf offizieller Ebene möglich gemacht hätten, hatten zur Folge, dass Hanu lange Zeit von der Administration vernachlässigt worden war. Nun allerdings gab es mit Tashi Bulu eine Kontaktperson, die nicht nur hohes Ansehen im Dorf und eine gewisse Bekanntheit in Leh genoss, sondern auch – dank seines shel khangs – als einziger Hanupa in der Lage war, offizielle Gäste unterzubringen. Tashi Bulu wurde so, durch Instrumentalisierung seines Status als Amchi und seiner medizinischen Praxis sowie in Absenz eines bestehenden politischen Amts zu diesem Zweck, zum de facto Repräsentanten des Dorfes gegenüber der Leh-Administration, und dadurch noch mehr als bisher zum Bindeglied zwischen Rand und Mitte. Dass dies zu seinem Vorteil gereichte, liegt auf der Hand – die durch seine Rolle als Mittelsmann und Gastgeber verstärkten Kontakte brachten ihm wichtige finanzielle Vorteile, wie etwa Beamtenposten für zwei seiner Familienmitglieder, oder privilegierten Zugang zu Gemeinschaftsland.

Auf diese Weise konnte sich Tashi Bulu geschickt neue, alternative Einkommensquellen sichern, die den Verlust, den die Praxis der Amchi Medizin zunehmend mit sich brachte, wettmachten. Durch seine – im Vergleich zu allen anderen lokalen Amchi – weniger verminderte Fähigkeit, der Dorfbevölkerung qualitativ hochwertige Medikamente sowie ausreichend Zeit zur Verfügung zu stellen, brachte er das bisher auf vier Amchi verteilte medizinische Monopol zunehmend unter seine Kontrolle, was eine verstärkte Abhängigkeit der Hanupa von, und einen höheren Grad an sozialer Macht für, Tashi Bulu bedeutete. In anderen Worten konnte er erfolgreich, wenn auch indirekt, die Verbindung zwischen medizinischer Praxis und finanziellem Einkommen wieder

herstellen, die ihrerseits auf einem dialektischen Verhältnis zwischen medizinischer und sozialer Macht beruht (siehe Kloos, in Druck). Das Verhältnis zwischen Rand und Mitte ist jedoch selten konfliktfrei, und so ist es nicht verwunderlich, dass Tashi Bulu, der dieses Verhältnis als Mittler zwischen beiden Polen personifiziert und verinnerlicht hatte, bald im Zentrum eines Spannungsverhältnisses stand: die alten Idealen waren in Hanu noch stark (ursprünglich waren diese auch vom Zentrum gekommen), während neue Realitäten von der Mitte ausgingen – wo diese Werte bereits relativiert waren.

5. Konflikt und Ideal

Tashi Bulus persönlicher Erfolg hatte, wie gerade angedeutet, notwendigerweise eine Marginalisierung der anderen Amchi im Dorf zur Folge, die es sich nicht leisten konnten, ebenso viel Zeit und Ressourcen wie er für ihre medizinische Praxis aufzuwenden. Wie in den meisten Dörfern Ladakhs gibt es in Hanu einerseits traditionelle Allianzen zwischen individuellen Amchi und Familien, und andererseits ein ausgeprägtes Bewusstsein sozialer Gerechtigkeit, welches ärmere Familien bis zu einem gewissen Grad unterstützt, allzu wohlhabende und erfolgreiche Familien oder Individuen aber dazu zwingt, ihren Reichtum sozial zu sanktionieren, sei es durch kostspielige religiöse Rituale oder durch andere Beiträge zum Allgemeinwohl. Sowohl in Tashi Bulus Selbstbild als auch für einen Außenstehenden erscheint nun Tashi Bulu, einem „Big Man“ gleich (Sahlins 1970; Godelier 1986), als jemand, der genau diese soziale Anforderung erfüllt: Er verteilte das durch besondere Fähigkeiten – Medizin – sowie durch seinen Status als „Medium für überlokale politische Beziehungen“ in Abwesenheit permanenter Institutionen zu diesem Zweck (Godelier 1986: 164) erworbene Vermögen zum Wohle der Dorfbevölkerung in Form von Medikamenten und medizinischer Versorgung um – was natürlich in einem weiteren Zuwachs an Macht für den „Big Man“ resultiert⁸.

Genau diese Macht wurde allerdings zu Tashi Bulus Dilemma, indem sie so sichtbar wurde, dass sie seine Beiträge zum Allgemeinwohl in den Schatten stellten, beziehungsweise suspekt erscheinen

⁸ Ladakhische Dörfer, und so auch Hanu Gongma, sind klarerweise keine Big Man Gesellschaften. Die Verwendung des „Big Man“ Konzepts hier soll auf keine Weise Parallelen zwischen Papua Neuguinea und Ladakh herstellen, sondern ausschließlich die Rolle und Strategie Tashi Bulus durch ein bekanntes Beispiel besser illustrieren.

ließen. Auf der einen Seite wurde die Strategie Tashi Bulus, alternative Einkommensquellen durch Ausnützung seiner Beziehungen und seiner Position als Mittler zwischen Hanu und Leh zu schaffen, von seiner Gemeinschaft als asozial gesehen und abgelehnt. Auf der anderen Seite wurde die so hervorgerufene Animosität und der Neid noch dadurch verstärkt, dass besonders jene, die mit anderen Amchi des Dorfes assoziiert waren, diese Strategien als direkt gegen „ihren“ Amchi gerichtet wahrnahmen. Ungeachtet der tatsächlichen Marginalisierung der anderen Amchi konnte Tashi Bulu allerdings trotz seines relativen Wohlstandes nicht alleine das ganze Dorf mit Medizin versorgen, und war somit gezwungen, ebenso wie seine Rivalen ökonomische Überlegungen bezüglich der Verteilung von Medikamenten anzustellen. Was bei den letzteren allerdings richtigerweise als Ressourcenknappheit wahrgenommen wurde, wurde in Tashi Bulus Fall als Antithese zum Idealbild eines Amchi interpretiert.

Wie bereits erwähnt, praktiziert ein idealer Amchi – darüber sind sich in Hanu sowohl Laien als auch die Amchi selbst einig – sein Handwerk selbstlos und ohne wirtschaftliche Hintergedanken. Er behandelt alle Patienten – ob Freund oder Feind, arm oder reich – gleich und verkörpert buddhistische Ideale wie unkonditionelle Nächstenliebe und geistige Reinheit (vgl. Kuhn 1988). Es sind diese Qualitäten, unter dem Begriff *sems bzang* („gutes Herz“, gutherzig) zusammengefasst, die hauptsächlich für die Effektivität der vom Amchi verabreichten Medikamente verantwortlich sind; die tatsächlichen Inhaltsstoffe werden erst in zweiter Linie als wichtig angesehen. Besonders vor dem Hintergrund seiner umstrittenen Strategie, ebenso wie seiner Position als Regierungs-Amchi und den damit verbundenen Pflichtvorstellungen, wurde nun Tashi Bulus Erfolg zum Dilemma. Indem er den erhöhten Erwartungen und Ansprüchen auf Medikamente nicht immer nachkommen konnte und somit Prioritäten in der Verabreichung von Medizin setzen musste, widersprach er, in den Augen einer Mehrheit der Hanupa, dem Idealbild eines Amchi, und setzte sich der Anschuldigung, ein „schlechtes Herz“ (*sems ngan*) zu haben und ein *mi khar tak* – ein „Machtmensch“ – zu sein, aus. Dies wiederum stellte die Effektivität seiner Medizin in Frage.

Es wird nun klar, warum das biomedizinische Gesundheitszentrum, obwohl von den Hanupa als qualitativ schlechter als die lokale Amchi Medizin eingestuft, so großen Erfolg in so kurzer Zeit haben konnte. Der Konflikt um Tashi Bulu hatte Hanu Gongma in zwei Lager gespalten: Jenes – die Mehrheit – welches Tashi Bulu ablehnte und froh war, aus der medizinischen Abhängigkeit, die es an ihn band, über den Weg der

Biomedizin entkommen zu können; und die Familien, die entweder traditionell mit Tashi Bulu assoziiert waren oder sich nach erfolgreicher Heilung einer schweren Krankheit aus Dankbarkeit loyal erklärten. Selbst für letztere war es jedoch – besonders im Fall von leichten Krankheiten – oft einfacher und angenehmer, die kostenlose Medizin des Gesundheitszentrums in Anspruch zu nehmen, als jene Tashi Bulus, die immer noch ein Gefühl der Verpflichtung zu einer Gegenleistung mit sich brachte. Hier schließt sich der Kreis einer Dynamik, in der sich das Spannungsverhältnis zwischen Rand und Mitte, Tradition und Modernität von geographischen und politischen Entitäten über das Feld der Amchi Medizin hin auf ein Individuum, Tashi Bulu, verschob. Erst durch diese Personifizierung wurde jedoch der latente Konflikt manifest, und so in die Dorfgesellschaft zurückgeworfen. Während Tashi Bulu für sich selbst das traditionelle, und besonders in peripheren Gebieten wie Hanu noch sozial wichtige Idealbild eines Amchi mit einer erfolgreichen Praxis in der gegebenen, durch diverse moderne Einflüsse geprägten Situation vereinbarte, wurde er für seine Dorfgemeinschaft zur Antithese des idealen Amchi: das Bild von Tashi Bulu als Amchi mit schlechtem Herz, parteiisch, macht- und profitgierig entstand. Unter dem daraus entstehenden sozialen Konflikt litt nicht nur die Amchi Medizin, sondern die generelle Qualität der Gesundheitsversorgung in Hanu, weil sich die Hanupa zunehmend für die allgemein als klinisch schlechter geltende, aber sozial weniger problematische biomedizinische Alternative entschieden.⁹

6. Außenseiter und andere Alternativen

Tashi Bulus Rolle als Medium zwischen Rand und Mitte hatte ihm also zwar eine zentrale Position in Hanu Gongma verliehen, war aber nun auch verantwortlich für die Bestrebungen eines beträchtlichen Teils der Dorfgemeinschaft, ihn sozial zu umgehen und so zu marginalisieren. Dies ist einerseits auf die eben erwähnte Personifizierung des Konflikts zwischen Zentrum und Peripherie zurückzuführen, andererseits aber auch darauf, dass sich in der Interaktion mit Leh und Außenseitern,

⁹ Das biomedizinische Gesundheitszentrum in Hanu Gongma wird allgemein von den Hanupa als qualitativ schlechter als die vorhandene Amchi Medizin angesehen, insbesondere jene Tashi Bulus. In der Tat wird es von zwei unterqualifizierten und unmotivierten Personen betrieben, und auch die Ausstattung mit Medikamenten ist mangelhaft (Kloos 2004, 2005).

welche in großem Maße von Tashi Bulu initiiert und gefördert wurde, nicht nur die Selbstwahrnehmung des Hanupa, sondern auch deren Wahrnehmung des „anderen“ gewandelt hatte. Dass ihr Dorf nicht nur am Rande Ladakhs – wie schon seit fast einem Millennium – liegt, sondern auch seit der Teilung Indiens und Pakistans 1947 an einem besonders umstrittenen Teil des Randes Indiens, war keine Neuigkeit für die Hanupa. Dass allerdings Zentrum und Peripherie respektive Modernität und Tradition – letztere eine völlig neue Klassifikation – gleichgesetzt wurden, war eine Entwicklung die erst durch den späten Einzug der Modernität in Ladakh in den 1970iger Jahren begann. Das Zentrum – Leh – nahm sich selbst zunehmend als „modern“, Hanu Gongma zunehmend als „traditionell“ und „rückständig“ wahr, wobei besonders letzteres Adjektiv die im Diskurs der Modernität inhärenten Werturteile gut verdeutlicht. Durch die dank Tashi Bulu verstärkte Interaktion mit dem Zentrum erreichte dieser Diskurs auch Hanu Gongma, wo er das Selbstbewusstsein der Hanupa nachhaltig veränderte.

Wie bereits oben beschrieben, hatten die Einführung des Regierungs-Amchi Programms sowie diverse Entwicklungsprogramme verschiedener Nichtregierungsorganisationen weitreichende Folgen sowohl für die Amchi Medizin in Hanu Gongma als auch für Tashi Bulu selbst. Noch weitreichender allerdings waren die Folgen auf der Bewusstseins- und Wahrnehmungsebene der Hanupa: Die diversen Zentren – Leh, Neu Delhi, der Westen – wurden zunehmend als „Geber“, „Akteure“ und „Verantwortliche“ gesehen, während man sich selbst, an der Peripherie, verstärkt als passive „Nehmer“ wahrnahm, für deren Wohl weniger sie selbst als das Zentrum verantwortlich war.¹⁰ Je mehr die Amchi in Hanu Gongma, wie insbesondere Tashi Bulu, mit dem Zentrum assoziiert wurden, desto mehr wurden so auch sie als „Geber“ definiert, denen man keine Gegenleistung schuldete. Tashi Bulu war jedoch, so sehr er mit diversen Zentren in Verbindung stand, auch Teil des Dorfes und somit der Peripherie, sodass sich seine Patienten, obwohl das Reziprozitätssystem zwischen Amchi und Dorfgemeinschaft beinahe vollständig verschwunden war, immer noch in seiner Schuld fühlten, die sie jedoch kaum mehr materiell beglichen. Dieser innere Zwiespalt ist eine Fortsetzung des genannten Phänomens, resultierend aus Tashi Bulus Mediation zwischen Rand und Mitte: einerseits eine Begründung seiner sozialen Macht, indem er ökonomisches Kapital in symbolisches um-

¹⁰ Dies ist ein bekanntes Problem in der internationalen Entwicklungszusammenarbeit; siehe zum Beispiel Gardner & Lewis 1996.

wandeln konnte (vgl. Bourdieu 1977: 171 ff.), andererseits ein – in diesem Fall psychosozialer – Grund für die Spannungen um seine Person.

In diesem Kontext, der geprägt war durch eine neue Wahrnehmung und Wertung von Rand und Mitte und den daraus folgenden inhärenten Konflikt in der Rolle Tashi Bulus, werden nicht nur die Popularität des biomedizinischen Gesundheitszentrums leicht verständlich, sondern auch die Hoffnungen und Wünsche, die meine Anwesenheit in Hanu Gongma hervorrief. Als Europäer und Mitglied der Forschungsabteilung der internationalen NGO Nomad RSI¹¹ war ich für die Hanupa klar „Repräsentant“ des Zentrums (in diesem Fall nicht Lehs, sondern des Westens) und der Modernität, obwohl ich gleichzeitig ebenso klar Außenseiter und somit am Rand der Dorfgemeinschaft situiert war. Diese Position ließ mich in den Augen der Hanupa sowohl als potentieller „Geber“, als auch als sozial neutraler – und ignoranter – Akteur erscheinen, dem die soziale Realität des Dorfes auf bestimmte Weise präsentiert werden konnte/musste, um die lokalen Interessen¹² maximal zu verfolgen. In dieser gerade wegen ihrer vermeintlichen Neutralität so politisierten Rolle – wahrscheinlich nicht eine Ausnahme, sondern die Regel in sozialanthropologischer Feldforschung (vgl. Favret-Saada 1977; Scheper-Hughes 1995) – war Reflexivität das wichtigste analytische Moment, welches Aufschluss über Hanu Gongmas Verhältnis zur Mitte und die Position der Amchi Medizin in demselben geben konnte. So war die Rolle, die sich die Hanupa von den Amchi wünschten, wenn nicht erwarteten, meiner eigenen sehr ähnlich: Repräsentanten des Zentrums in dem Sinne, dass sie sowohl Außenseiter im Dorf und daher sozial „neutral“ sind, als auch die Rolle des „Gebers“ übernehmen, der ohne finanzielle oder andere Eigeninteressen alle gleich und ohne Erwartung von Gegenleistung behandelt.

¹¹ Nomad RSI arbeitete von 1998 bis 2002 als internationale Nichtregierungsorganisation in Ladakh an der Integration von (besonders sozial-) wissenschaftlichen Wissens und dessen konkreter Anwendung im Bereich der traditionellen Medizin und Medizinpluralismus. Die Ladakh Society for Traditional Medicines (LSTM) wurde im Jahr 2000 von einheimischen Mitarbeitern von Nomad RSI gegründet, und erhielt 2002 rechtlichen Status, was es ermöglichte, dass die Projekte Nomad RSIs nun von Ladakhis selbst – autonom – weitergeführt werden. Siehe www.nomadrsi.org.

¹² Die lokalen Interessen in Hanu Gongma sind, wie wahrscheinlich überall, nicht homogen, sondern stark fragmentiert und widersprüchlich. Für die Problematik die im Falle Hanu Gongmas daraus entsteht siehe Kloos 2005.

Dass diese Erwartungen weder ökonomisch nachhaltig und realistisch sind, noch von den lokalen Amchi erfüllt werden können, ist klar. Dementsprechend drückten auch manche Hanupa den Wunsch nach Amchi von anderswo – vorzugsweise von einem Zentrum – aus: „Ein Amchi von außerhalb des Dorfes sollte hier arbeiten. Leh Amchi zum Beispiel sind besser, weil sie keinen Unterschied zwischen Patienten machen. Es macht nichts wenn wir die Amchi bezahlen müssen, solange sie alle gleich behandeln.“ Das heißt, die soziale Neutralität, die der Status des Außenseiters mitbringt, macht auch die Verabreichung von Medikamenten gegen Bezahlung akzeptabel, während die selbe Praxis für lokale Amchi aufgrund ihrer starken Einbindung in das soziale Netzwerk des Dorfes und aufgrund alter Gewohnheiten unmöglich ist. Die Verbindung von Tradition und Peripherie (hier als ein Bestehen der Hanupa auf traditionellen Idealen vis-à-vis ihren eigenen Amchi manifestiert) erweist sich also als soziale Praxis, welche nur im lokalen Dorfkontext untersucht werden kann und Sinn macht. In Bezug auf Außenstehende wie Leh Amchi ist dieselbe Peripherie – insofern dies in ihrem Interesse ist oder als unvermeidlich gesehen wird – nicht nur bereit, einen Bruch mit traditionellen Werten als „modern“ zu akzeptieren, sondern erwartet diesen sogar.

Das Zentrum – personifiziert durch Außenseiter – als Ressource in der Lokalpolitik der Peripherie: Nachdem es die soziale Situation in Hanu Gongma verbietet, die traditionelle Ethik der Amchi Medizin den neuen ökonomischen Gegebenheiten anzupassen, sucht man das Heil in einer partiell importierten „Modernität“ vom Zentrum. Gleichzeitig wurde diese Bestrebung von den Hanupa als Sanktion gegen die nicht akzeptierte Machtakkumulation Tashi Bulus, und als Mittel zur Wiederherstellung der sozialen Balance erklärt. Hatte früher hauptsächlich Tashi Bulu die Beziehung zwischen Rand und Mitte gegenüber der Dorfbevölkerung instrumentalisiert, so war es nun letztere selbst, die die Mitte strategisch in der Politik Hanu Gongmas ausspielte. Dies ist auch der Fall bei der oben beschriebenen Wahrnehmung von der Mitte als „Geber“ und von sich selbst als „Nehmer“ an der Peripherie, welche an der unklaren Grenze zwischen tatsächlichem Selbstbewusstsein und strategischer Selbstrepräsentation gegenüber Außenseitern situiert ist. In diesem Sinne erscheint die Amchi Medizin in Hanu Gongma, in ihrer Rolle als Medium zwischen Rand und Mitte, gleichzeitig als Ort, Instrument und Resultat einer Lokalpolitik, in der der „epistemic murk“ im Niemandsland zwischen Identität und Repräsentation direkte Relevanz im Wettbewerb um Ressourcen und Macht sowie für die soziale Harmonie und Gesundheitsversorgung des Dorfes hat.

7. Zusammenfassung: Lokale Politik und überregionale Interessen

Die Amchi Medizin in Hanu Gongma war von ihren Anfängen an im Zentrum politischer Prozesse, die ihrerseits als Funktion des Verhältnisses zwischen Rand und Mitte gesehen werden können. Wir haben Hanu Gongmas Verhältnis zu verschiedenen (Macht-) Zentren als dialektischen Prozess mitverfolgt, der sich durch das Medium der Amchi Medizin und Tashi Bulu in das Bewusstsein, die Wahrnehmung, und die lokale Identität der Hanupa verlagert hat. Dialektische Analysen begegnen jedoch zweierlei Gefahren: Einerseits wird das analytische Werkzeug der Dialektik – so hilfreich es auch ist – leicht mit der Realität verwechselt und hinterlässt so einen falschen Eindruck von spezifischen historischen Ursachen und deren Wirkungen (vgl. Weber 1991 [1904]). Andererseits wird allzu oft der Kontext dieser Bewegung ignoriert, wenn nicht negiert, weil die Dialektik selbst, ihr Subjekt, oder beide als transzendental aufgefasst werden (siehe z.B. Hegel und Marx). Zum Schluss möchte ich daher einen Brückenschlag von der lokalen Identität Hanu Gongmas, deren Form und Geschichte den Hauptteil dieses Kapitels ausmachte, zu den überregionalen Einflüssen versuchen, die bis jetzt nur am Rande oder aus der Perspektive unseres Subjekts, der Hanupa, erschienen sind. Die Amchi Medizin war nicht nur ein lokalpolitisches Instrument, sondern auch von staatspolitischer Konsequenz.¹³

Wir haben gesehen, dass das Selbstbewusstsein beziehungsweise die Selbstrepräsentation der Hanupa als passive, von verschiedenen Zentren abhängige Hilfsempfänger als Resultat eines Diskurses der Modernität, welcher über verschiedene Interventionen und Projekte der Lokalregierung und internationalen NGOs nach Hanu Gongma kam, und welcher die Mitte mit Modernität und den Rand mit Tradition verband, interpretiert werden kann. Diese Abhängigkeit, ob Teil der Identität oder strategische Repräsentation, entspricht allerdings durchaus auch der wirtschaftlichen Realität und ist insbesondere im politischen Interesse der indischen Zentralregierung in Neu Delhi. Wie oben erwähnt, verfolgt Indien gegenüber strategisch wichtigen Grenzregionen wie Hanu eine Politik der ökonomischen Bevorzugung, die gleichzeitig Wohlwollen und Identifikation der Lokalbevölkerungen mit dem Zentrum wie auch deren Abhängigkeit zum Ziel hat, um die

¹³ Inwiefern und auf welche Weise sie auch als politische Konsequenz von Projekten internationaler oder nicht-staatlicher Organisationen zu sehen ist, wäre Thema eines eigenen Kapitels.

Peripherie an sich zu binden und zentrifugale Prozesse zu unterbinden. Sowohl die subventionierten Geschäfte als auch das biomedizinische Gesundheitszentrum in Hanu sind Teil dieser Politik, welche Tashi Bulus Strategie, die (medizinische) Abhängigkeit der Bevölkerung zu monopolisieren, im Großen widerspiegelt. Zugleich wäre es aber ein Fehler, die Abhängigkeit der Hanupa vom „Zentrum“, wie die Zentralregierung in Indien tatsächlich genannt wird, ausschließlich als Folge bewusster Strategien zu sehen: Man erinnere sich nur an die frühere medizinische Abhängigkeit Hanu Gongmas von reisenden Amchi wie den Abapa, die Eigeninitiative Tashi Bulus, oder die Rolle von Außensternern wie internationale NGOs.

Nichtsdestotrotz war die Einführung von *gso ba rig pa* in Hanu Gong-ma, als Konsequenz des oben erwähnten Sprachabkommens, das Resultat einer bewussten politischen Intervention eines Zentrums (dem ladakhischen Königshof), und nach einer Periode der relativen Autarkie im 20. Jahrhundert wurde sie in den 1970iger Jahren selbst zum Medium, durch welches Hanu Gongmas Abhängigkeit von Leh forciert wurde. Wie oben beschrieben, konvergierten Tashi Bulus Interessen mit den politischen des Zentrums, ohne dass jedoch eine derartige politische Motivation hinter der Einrichtung des Regierungs-Amchi Programms stand. So konnte sich Tashi Bulu über die Amchi Medizin zu seinem eigenen Vorteil als Mittelsmann zwischen Rand und Mitte etablieren, was allerdings gleichzeitig – mit weitreichenden Konsequenzen für Hanu und ganz im Sinne der indischen Regierung – die Selbstwahrnehmung der Hanupa als vom Zentrum abhängig verstärkte. Die Lokalpolitik Tashi Bulus befand sich also im Einklang mit überregionalen politischen Interessen, auch wenn das weder von den lokalen noch den überregionalen Akteuren so geplant oder wahrgenommen wurde. Mit der Etablierung des biomedizinischen Gesundheitszentrums, der politischen Funktion des Sarpanch und mit ökonomischen Subventionen besonders in Folge des Kargil Konflikts 1999 verlor die Amchi Medizin – und so auch Tashi Bulu – allerdings ihre Rolle als Bindeglied. Die ebenso weitreichenden Konsequenzen dieser Entwicklung begannen sich gerade während meines Aufenthalts in Hanu Gongma 2001 zu manifestieren. So wurden erst jetzt öffentliche Reaktionen auf die oben beschriebene Instrumentalisierung der Amchi Medizin durch Tashi Bulu möglich, was sich besonders in der ausgeprägten Ablehnung des letzteren, aber auch – in Verbindung damit – in der großen Popularität des biomedizinischen Gesundheitszentrums äußerte.

Dieses Kapitel hat versucht, die Verbindungen zwischen drei Bereichen – Identität, Medizin, und Gesundheit – aufzuzeigen. Im sich ständig neu definierenden Verhältnis zwischen Rand und Mitte, zwischen lokalen Identitäten und überregionalen Einflüssen, nahm für eine gewisse Zeit, an einem bestimmten Ort, die Amchi Medizin eine besondere Rolle als Medium zwischen diesen Polen ein. Durch sie wurden Identitäten geformt – gute Amchi, schlechte Amchi, Geber, Nehmer –, und Gesundheit wurden bis hinunter zur Pflege des einzelnen Körpers politisiert. Zu welchem Amchi man im Krankheitsfall ging, wenn überhaupt, war in dem Spannungsfeld zwischen Rand und Mitte, zu dem die Amchi Medizin in Hanu Gongma, und so die Gesundheitsversorgung generell, geworden war, genauso ein politisches Symbol wie die Medikamente die man einnahm, und Tod oder Leben selbst. Die konkrete Realität der sozialen Spannungen um die Amchi, die sich in alle Bereiche des sozialen Lebens in Hanu Gongma zog, oder das Gefühl einer fundamentalen medizinischen Unsicherheit und generellen Abhängigkeit, die die individuelle Erfahrungswelt einer großen Mehrheit der Hanupa prägte, wurden als Fortsetzung einer Dialektik zwischen Rand und Mitte von einer ursprünglich geopolitischen bis zu einer sozialen und psychologischen Ebene untersucht. Rand und Mitte, ebenso wie lokale Identitäten und überregionale Einflüsse, stellen sich so als soziale, historische, und politische Praktiken heraus, die weder in Opposition zueinander stehen noch durch eine Teilung der Realität in eine geistige und eine materielle erklärt werden können. Diese Einsicht praktiziert *gso ba rig pa* seit rund einem Millennium, ungeachtet politischer Entwicklungen, in Zentren sowie Peripherien, bis heute in Bezug auf Gesundheit.

Danksagung

Ich möchte mich bei folgenden Freunden und Kollegen für ihre konstruktive Kritik und Vorschläge zu diesem Kapitel bedanken: Laurent Pordié, Barbara Gerke, Resi Hofer, Hannes Muik, und Luise Kloos.

Literaturverzeichnis

- Adams, Vincanne (1988), Modes of production and medicine: An examination of the theory in light of Sherpa medical traditionalism. *Social Science and Medicine* 27(5): 505–513.
- Besch, Florian and Isabelle Guérin (in Druck), Monetization of Tibetan medicine as a social construction: A chronological ethnography of village-based development activities, in: Pordié, Laurent (ed.), *Exploring Tibetan Medicine in Contemporary Context: Perspectives in Social Sciences*. London and New York: Routledge.
- Bourdieu, Pierre (1977), *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Crook, John (1994), Social organisation and personal identity in Zangskar, in: Crook, John and Henry Osmaston (eds.), *Himalayan Buddhist Villages*. Delhi: Motilal Banarsidass Publishers, 475–518.
- Dollfus, Pascale (1989), *Lieu de neige et de genévriers. Organisation sociale at religieuse des communautés bouddhistes du Ladakh*. Paris: Editions du CNRS.
- Dollfus, Pascale (1996), No sacred mountains in Central Ladakh? In: A-M. Blondeau and Ernst Steinkellner (eds.), *Reflections of the Mountain*. Wien: Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, 3–22.
- Favret-Saada, Jeanne (1977), *Deadly Words: Witchcraft in the Bocage*. New York: Cambridge University Press.
- Francke, A.H. (1999 [1907]), *A History of Western Tibet*. Delhi: Pilgrims Book Pvt. Ltd.
- Godelier, Maurice (1986), *The Making of Great Men. Male domination and power among the New Guinea Baruya*. Cambridge and Paris: Cambridge University Press and Maison des Sciences de l'Homme.
- Kaul, Sridhar, H.N. Kaul (1992), *Ladakh through the ages. Towards a new identity*. New Delhi: Indus.
- Kloos, Stephan (2004), *Tibetan Medicine among the Buddhist Dards of Ladakh*. Wien: Wiener Studien zur Tibetologie und Buddhismuskunde.
- Kloos, Stephan (2005), Le développement dans la négociation du pouvoir: Le cas de la médecine tibétaine à Hanu, Inde Himalayenne, in: Pordié, Laurent (ed.), *Panser le monde, penser les médecines*. Paris: Karthala, 101–122.
- Kloos, Stephan (in Druck), Good Medicines, Bad Hearts: The social role of the amchi in a Buddhist Dard community, in: Pordié, Laurent (ed.), *Exploring Tibetan Medicine in Contemporary Context: Perspectives in Social Sciences*. London & New York: Routledge.
- Kuhn, Alice (1988), *Heiler und ihre Patienten auf dem Dach der Welt. Ladakh aus ethnomedizinischer Sicht*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Latour, Bruno (1988), *The Pasteurization of France*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

- Mills, Martin (1999), Belief and the Priest: Religious reform and ethnical self determination in Buddhist Ladakh. *Scottish Journal of Religious Studies* 19 (2): 167–185.
- Mol, Annemarie (2002), *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham and London: Duke University Press.
- Pigg, Stacy (1996), The Credible and the Credulous: The Question of “Villager’s Beliefs” in Nepal. *Cultural Anthropology* 11 (2): 160–201.
- Pirie, Fernanda (2006), Legal autonomy as political engagement: the Ladakhi village in the wider world. *Law and Society Review* 40 (1): 77–104.
- Pordié, Laurent (2002), Pharmacopoeia as an expression of society. An Himalayan Study, in: Fleurentin, Jacques et al. (eds.), *From the roots of knowledge to future medicines*. French Society for Ethnopharmacology – Re-search Institute for Development (IRD).
- Pordié, Laurent (in Druck), Hijacking Intellectual Property Rights. Power and identities in the Himalayas, in: Pordié, Laurent (ed.), *Exploring Tibetan Medicine in Contemporary Context: Perspectives in Social Sciences*. London & New York: Routledge.
- Ramble, Charles (1997), Tibetan Pride of Place: or, why Nepal’s Bhotes are not an ethnic group, in: Gellner, David, J. Whelpton and J. Pfaff-Czarnecka (eds.), *Nationalism and Ethnicity in a Hindu Kingdom*. Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.
- Sahlins, Marshall D. (1970), Poor Man, Rich Man, Big Man, Chief: Political Types in Melanesia and Polynesia, in: Harding, T. and B. J. Wallace (eds.), *Cultures of the Pacific*. New York: Free Press, 285–303.
- Scheper-Hughes, Nancy (1995), The Primacy of the Ethical: Propositions for a Militant Anthropology. *Current Anthropology* 36 (3): 409–440.
- Taussig, Michael (1987), *Shamanism, Colonialism, and the Wild Man: A study in terror and healing*. Chicago: University of Chicago Press.
- Tondup, Stanzin (1997), Health activities in Leh district, Ladakh, in: Osmaston, Henry and Nawang Tsering (eds.), *Recent Research on Ladakh 6. Proceedings of the Sixth International Colloquium on Ladakh, Leh 1993*. Delhi: Motilal Banarsidass Publishers.
- Vohra, Rohit (1989a), *An ethnography. The Buddhist Dards of Ladakh. Mythic lore–Household–Alliance System–Kinship*. Ettelbruck: Skydie Brown International.
- Vohra, Rohit (1989b), *The religion of the Dards in Ladakh. Investigations into their pre-Buddhist 'Brog-pa Traditions*. Ettelbruck: Skydie Brown International.
- Weber, Max (1991 [1904]), Die „Objektivität“ sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis, in: Weber, Max, *Schriften zur Wissenschaftslehre*. Stuttgart: Reclam, 21–101.

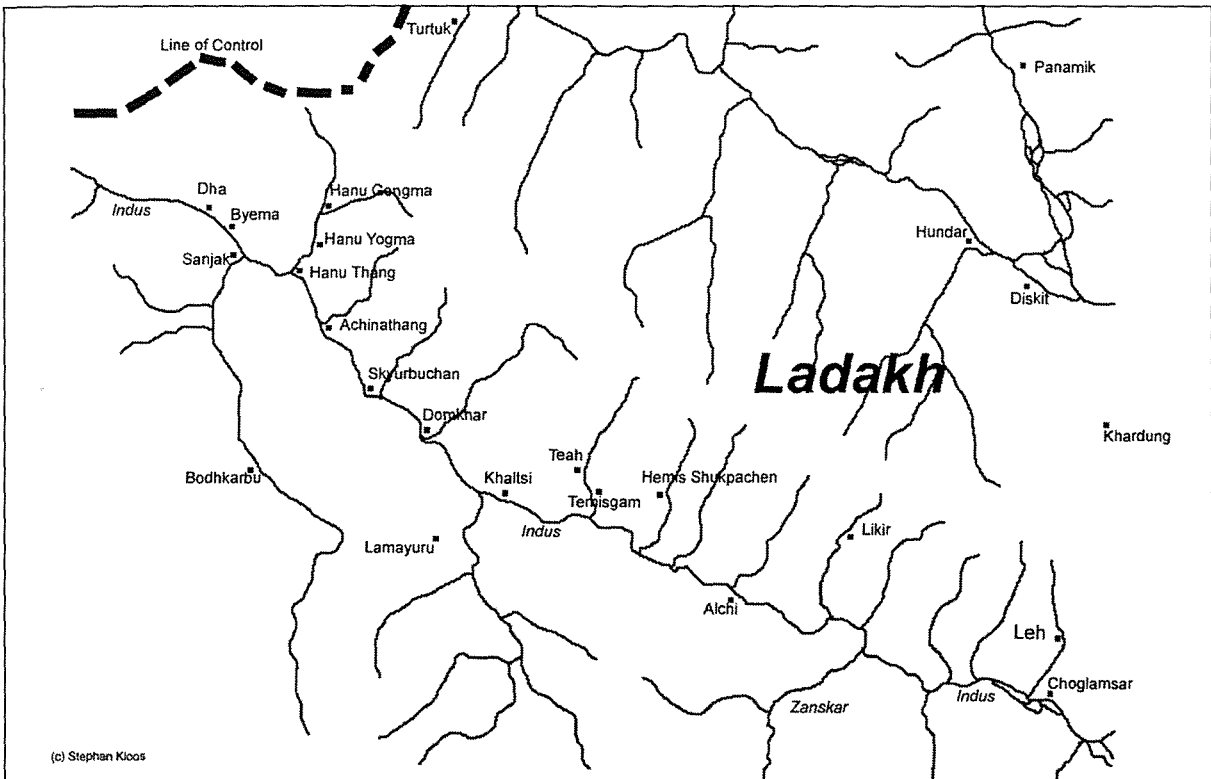


Abb. 1. Karte von Ladakh (mit Dha-Hanu Gegend)

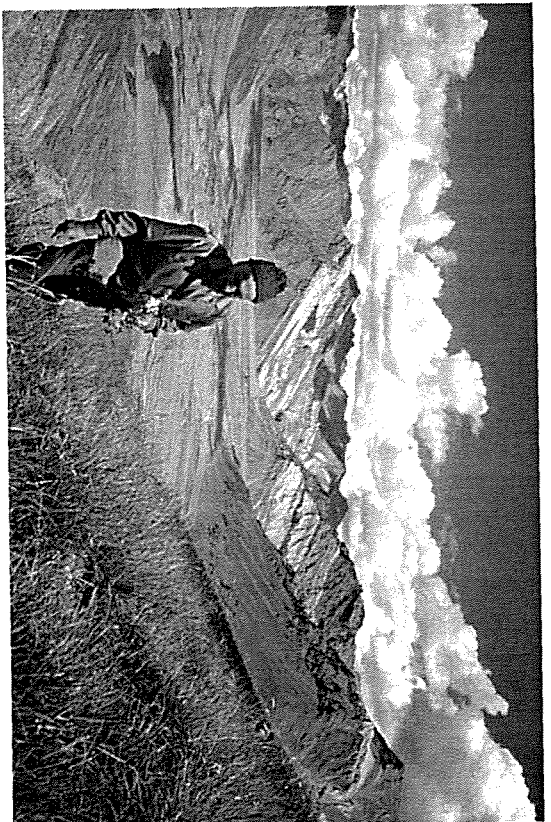


Abb. 2. Anchi Tashi Bulu beim Medizinpflanzen sammeln (Rangdum)



Abb. 3. Tashi Bulu gibt Medizin (Hanu Gongma)