

SILKE PAHLKE

**DIE LEBENSITUATION VON MÄDCHEN UND FRAUEN IN EINEM INDISCHEN
DALITDORF. ZUM ZUSAMMENHANG VON BILDUNG UND GESUNDHEIT**

Oskar Braatens gate 11
0474 Oslo
Norwegen
+47-22354782
Silke.Pahlke@gmx.de
31. Oktober 2002

A. Inhaltsverzeichnis

B. Einführung.....	3
C. Untersuchungsmethode	
C.I. Zur Auswahl des Untersuchungsortes.....	4
C.II. Zum theoretisch-methodischen Hintergrund.....	4
C.III. Zur Vorgehensweise.....	
.....	5
D. Pinelli und Yanadi.....	7
E. Die Gesundheitsversorgung in Pinelli	
E.I. Die Gesundheitsversorgung im Allgemeinen.....	
.....	10
E.II. Janma Bhoomi.....	10
E.III. Die Health Visitor.....	12
E.IV. Die Hebamme.....	13
E.V. „Kräuterfrau“ und „Schlangenmann“.....	14
F. Die Lebenssituation der Mädchen und Frauen	
F.I. Die Lebenssituation der Mädchen und Frauen im Allgemeinen.....	
.....	15
F.II. Anmerkungen zur Gesundheitssituation.....	16
F.III. Eine Entbindung.....	17
G. Auswertung und Ausblick.....	19

B. Einführung

In Indien leben über eine Milliarde Menschen, das ist etwa ein sechstel der Weltbevölkerung. Als Folge von mangelnder Hygiene, unzureichender Trinkwasserversorgung sowie Unter- und Fehlernährung befinden sich große Teile der Bevölkerung in einem schlechten gesundheitlichen Zustand. Etwa 30 Prozent der Bevölkerung leben unterhalb der Armutsgrenze und 45 Prozent sind Analphabetinnen und Analphabeten.¹ Die Situation der Frauen in der traditionell patriarchalischen Gesellschaft ist besonders dramatisch. Die Analphabetinnenrate bei den Frauen ist wesentlich höher als bei den Männern und es ist die Regel, daß Mädchen im Alter von 15 bis 19 Jahren verheiratet werden. Die Bevölkerungsgruppe der Dalit ist in der extrem hierarchischen, vom hinduistischen Kastensystem geprägten Gesellschaft von Benachteiligungen besonders betroffen.

Im Jahr 2000 verbrachte ich insgesamt sechs Monate bei der Community and Rural Development Society (CARDS) in *Guntur*/Südindien. Während meines Aufenthaltes bekam ich einen Einblick in das Leben der indischen Dorfbewölkerung, die besondere Lebenssituation der Dalit und in die Arbeit von CARDS. Eine Frage aber blieb unbeantwortet. Wie leben die Mädchen und Frauen in der indischen Gesellschaft geprägt durch die Unterdrückung als Frau und als Dalit? Bei der Beantwortung dieser Frage will ich – auch wenn ich mir der Bedeutung von gesellschaftlich geprägten Strukturen sehr bewußt bin – Verallgemeinerungen umgehen. Es geht mir um die Darstellung von Lebenswelt und individuellen Lebenswegen.

Oslo, 31. Oktober 2002

C. Die Untersuchungsmethode

C.I. Zur Auswahl des Untersuchungsortes

Schon zu Beginn meines Aufenthaltes besuchte ich häufig das Dalitdorf in *Pinelli*. Durch ein- bis zweitägige Besuche entstand zunächst eine gewisse Bekanntheit, diese war das erste Kriterium für die Wahl von *Pinelli*. Ein zweites Kriterium war die Tatsache, daß *Pinelli* schon seit zehn Jahren ins CARDS-Programm eingebunden ist, d.h. es besteht bereits eine gewisse Stabilität der Lebensverhältnisse auf grundlegendem Niveau.²

Miteinbezogen in die Untersuchung habe ich neben dem Dalitdorf die Kolonie der „Ursprungsbevölkerung“³ *Yanadi*; zum einen, weil diese Menschen neben den Dalit zu den Randkategorien des indischen Kastensystemes gehören und sich ebenso auf der untersten

¹ Im Bundesland *Andhra Pradesh*, zu dem *Pinelli* – der Ort meiner Untersuchung – gehört, beträgt die AnalphabetInnenquote sogar 56 Prozent und auch der Prozentsatz der Bevölkerung unter der Armutsgrenze liegt über dem indischen Durchschnitt (32 Prozent). Vgl.: Rothermund, Dietmar, „Regionale Diskrepanzen“, in: Rothermund, Dietmar [Hg.], *Indien. Kultur, Geschichte, Politik, Wirtschaft, Umwelt. Ein Handbuch*, München 1995, 66-73, hier: 66-68.

² Vgl. ausführlicher unten: C.

³ Andere Bezeichnungen sind tribals (*englisch*: Stammesangehörige) oder adivasi (*hindi*: Ureinwohner). Vgl.: Böck, Monika/Rao, Aparna, „Aspekte der Gesellschaftsstruktur Indiens: Kasten und Stämme“, in: Rothermund, Dietmar [Hg.], *Indien. Kultur, Geschichte, Politik, Wirtschaft, Umwelt. Ein Handbuch*, München 1995, 111-131, hier: 122.

Stufe der gesellschaftlichen Hierarchie befinden,⁴ zum anderen weil CARDS mit beiden „Gemeinschaften“ arbeitet.

C.II. Zum theoretisch-methodischen Hintergrund

Als Hintergrund für die Herangehensweise an die obengenannte Fragestellung diene der qualitative Forschungsansatz von PHILIP MAYRING.⁵ Als Erhebungsverfahren der qualitativen Analyse wurde die teilnehmende Beobachtung sowie das problemzentrierte Interview gewählt, die ich im folgenden kurz erläutere.

Ziel der *teilnehmenden Beobachtung* ist es, das Geschehen in der Gruppe und die Interaktion der Gruppenmitglieder möglichst exakt zu beschreiben. Im Anschluß an die Beobachtung werden Gedächtnisprotokolle erstellt, in denen eigene Bedeutungszuschreibungen von den beobachtbaren Interaktionen möglichst getrennt werden sollen. Im *problemzentrierten Interview* geschieht die Befragung zielorientiert aber mit einer weitgehenden Offenheit und Flexibilität. Dies vor allem deshalb da so leitende Fragen ausgeschlossen werden sollen und den Interviewten die Möglichkeit offensteht sich und ihre Geschichte unbeeinflusst darzulegen.⁶

Der Interviewleitfaden bestand für mich in der Regel aus zwei Teilen. Im ersten Teil habe ich Fragen zum Soziogramm gestellt: Alter, Schulbildung, Arbeit, Zivilstand, Anzahl der Kinder. Im zweiten Teil ging es um die Entwicklung eines Gespräches, welches sich an folgenden Leitfragen orientierte:

Wie alt war die Frau bei der Menarche und bei der Eheschließung?

Wie alt war der Mann zum Zeitpunkt der Eheschließung?

In welchem Alter waren die Schwangerschaften und wieviele waren es?

Gab es Schwierigkeiten/Besonderheiten bei den Schwangerschaften/Geburten?

Gibt es Kenntnisse und Erfahrungen zu Verhütung und/oder Sterilisation?

Wie wird die persönliche gesundheitliche Situation eingeschätzt?

Gibt/gab es Krankheiten und welche Verhaltensmuster gibt es im Krankheitsfall?

Wie wird die persönliche medizinische Versorgung eingeschätzt?

Wie ist die Wohn- und Lebenssituation?

Wie ist die Einschätzung und Meinung der persönlichen Lebensperspektive?

C.III. Zur Vorgehensweise

Mein erster Aufenthalt in *Pinelli* im Rahmen der der Untersuchung dauerte zwei Wochen. Ich lebte während aller Aufenthalte im Hause des Sozialarbeiters (von CARDS) und seiner Familie im Zentrum des Dorfes. Anders als geplant gab es in diesen Wochen niemanden die/der als Dolmetscherin/Dolmetscher tätig sein konnte. Aber gerade diese unfreiwillige Zeit ohne Sprache, oder besser gesagt mit „Händen und Füßen“ und meinen wenigen Worten Telugu,⁷ haben mich den Menschen des Dorfes nahegebracht. In dieser ersten Zeit habe ich versucht mich möglichst in das Dorf zu integrieren, habe die Zeit damit verbracht, mit den Menschen vor ihren Hütten zu sitzen, im Dorf herumzulaufen, dem Alltagsleben

⁴ Vgl.: Böck, Monika/Rao, Aparno, „Aspekte der Gesellschaftsstruktur Indiens: Kasten und Stämme“, in: Rothermund, Dietmar [Hg.], *Indien. Kultur, Geschichte, Politik, Wirtschaft, Umwelt. Ein Handbuch*, München 1995, 111-131, hier: 126.

⁵ Vgl.: Mayring, Philip, *Einführung in die qualitative Sozialforschung*, München ³1996.

⁶ Vgl. dazu: Lüders, Christian, „Von der teilnehmenden Beobachtung zur ethnographischen Beschreibung“, in: König, Eckard/Zedler, Peter [Hgg.], *Bilanz qualitativer Forschung. Band II: Methoden*, Weinheim 1995, 311-342.

⁷ Telugu ist die offizielle Landessprache des Bundesstaates *Andhra Pradesh*.

zuzuschauen. Oft war ich von einer Traube Menschen, vor allem von Kindern umgeben, denn ich war, als weiße und auch noch sehr große Frau, ein ungewohnter Anblick. Außerdem befand ich mich immer in der Rolle des Gastes. Im Laufe meiner weiteren Besuche in *Pinelli* hatte ich verschiedene Dolmetscherinnen und Dolmetscher, die den Aufenthalt jeweils einen anderen Charakter verliehen. Zunächst arbeitete ich mit dem 18-jährigen Sohn der „Kräuterfrau“,⁸ aufgewachsen in *Pinelli* und jetzt CARDS-College-Student, zusammen. Er hat mich mit einigen Menschen bekannt gemacht, ich bekam Informationen zu Alter und Verwandtschaftsbeziehungen eines Großteils der Dorfbevölkerung und er beantwortete den Menschen Fragen zu meiner Person. Die Kontakte mit ihm zu den Menschen waren immer sehr unbeschwert und hatten die Atmosphäre von Alltagsgesprächen. Aus folgenden Gründen war es aber nicht möglich, mit ihm als Dolmetscher zu arbeiten. Die Frauen hätten ihm – als Mann – gegenüber keine persönlichen Erlebnisse geschildert, ferner war aufgrund seiner Englischkenntnisse die Kommunikation zwischen ihm und mir nicht so möglich, wie es die Interviewsituation erfordert. Eine Woche wurde ich von einer mir vom CARDS-College bekannten Studentin begleitet, mit der alleinigen Aufgabe mich zu unterstützen. Nun begann ich zielgerichtet mit einzelnen Frauen zu sprechen und persönliche Fragen zu stellen. Der Studentin war dies aber offensichtlich befremdlich, und mir schien es, als wäre ihr nicht klar, was ich mit meinen Fragen bezweckte. Meine Fragen berührten sicherlich auch einen Teil der Biographie dieser Studentin. Daher blieb die Atmosphäre während der Interviews gehemmt und ich bekam kaum Informationen von den Frauen. Sehr gute Interviewsituationen entstanden in der Zusammenarbeit mit einer CARDS-Mitarbeiterin. Sie arbeitet seit vielen Jahren in CARDS-Programmen und unterrichtet u.a. in den CARDS-Colleges in Naturmedizin und Akupressur. Wir arbeiteten im Team, d.h. sie übersetzte nicht nur meine Fragen und die Antworten, sondern führte selber Gespräche, die sie mir dann übersetzte. Die Interviews waren konstruktiv und meistens sehr offen. Es gelang einen geschützten Rahmen zu schaffen, in dem die Frauen offen berichten konnten, indem wir z.B. Männer und Kinder grundsätzlich wegschickten.

Nach jeweils zwei Wochen brach ich meine Besuche in *Pinelli* ab. Erstens ging es mir darum, mich selbst zu schützen, d.h. meine Rolle als außenstehende Beobachterin – und damit einen gewissen Abstand – zu wahren,⁹ zweitens konnte ich so erhaltene Informationen sichten und sortieren, um darauf im Weiteren aufzubauen.

D. Pinelli und Yanadi

Pinelli liegt nahe der Stadt *Piduguralla* westlich von *Guntur* im Bundesstaat *Andhra Pradesh* in Südindien. Mit 2000 Einwohnerinnen und Einwohnern¹⁰ ist *Pinelli* eine durchschnittlich große indische Gemeinde. Von *Piduguralla* aus ist *Pinelli* stündlich in ca. 30-45 Minuten mit Motorrikschas oder pendelnden Jeeps, über eine holprige, staubige Piste erreichbar. *Pinelli* durchzieht eine Lehmstraße, an der alle kleinen Geschäfte (medical stores, tea stores, Stoff-, Gemüse- und Haushaltswarengeschäfte, ein dosa store,¹¹ eine Post mit Telefon) liegen; Frauen verkaufen an kleinen Straßenständen nicht besonders vielseitiges und kümmerliches Obst und Gemüse. In diesem Teil der Stadt leben die

⁸ Vgl. unten: E.V.

⁹ Außerdem wirkte die nicht vorhandene Privatssphäre auf mich nach ein paar Tagen sehr stressend. Der einzige Ort, an dem ich einmal pro Tag alleine sein konnte, war der ein mal ein Meter große Waschplatz, der von drei Seiten Sichtschutz durch eine Mauer bot, den ich aber – wie es für Frauen üblich ist – nur im Dunkeln benutzen konnte.

¹⁰ Angaben mündlich vom Sozialarbeiter des Dorfes.

¹¹ Dosa ist ein typisches Frühstück in Südindien, eine Art Pfannekuchen aus Reis und Linsen.

Kastenangehörigen. Sie leben in der Hauptsache von Landwirtschaft, Kleinhandel oder arbeiten in der naheliegenden Mühle.¹²

Folgt man der Hauptstraße, die *Pinelli* durchzieht bis zum Ende gelangt man ins Dalitdorf. Als erstes stößt man auf einen Betonbau, eine Halle mit Dach, an der die Arbeit offensichtlich eingestellt wurde, es sollte einmal eine Kirche werden. Hier gehen nacheinander nach rechts vier Straßen ab, an ihnen liegen kleine Hütten/Häuser aus Lehm/Stroh oder einfache Steinbauten. Es gibt drei „Verschläge“ in denen Gemüse, Reis und Kleinwaren wie Seife verkauft werden. Vor den Häusern sitzen die Menschen auf Liegen oder dem Boden, reden, essen Reis, Frauen kochen an einfachen Feuerstellen, dazwischen liegen Ziegen und Kühe. Das Leben spielt sich auf der Straße ab.

Im Dalitdorf leben ca. 250 Erwachsene und 250 Kinder in ca. 60 Familien, pro Familie sind es im Schnitt vier bis sechs Kinder.

1990 wurde ein erstes Treffen in *Pinelli* von einem Studenten eines CARDS-Colleges initiiert, dies war der Beginn des bis heute erfolgreichen CARDS-Programmes in diesem Dorf. 1993 wurde durch CARDS der Bau eines Hauses im Zentrum des Dorfes finanziert, hier befinden sich ein Versammlungsraum und eine Latrine. 1994 wurde die erste Selbsthilfegruppe gegründet, unterstützt wurde sie durch die Landesregierung. Dies bedeutete für die Menschen des Dorfes einen großen Umbruch, ein „lifestylechange“. 1997 wurde der Bau von 35 (Stein-)Häusern staatlich gefördert.¹³ Seit 1981 gibt es (wenn auch mit täglichen langen Ausfällen) Strom.¹⁴ Die vier Latrinen, die in der Zwischenzeit gebaut wurden, werden, so der Sozialarbeiter, von einigen Menschen genutzt; dies entspricht aber nicht meiner Beobachtung (die Latrine an seinem Haus ist offensichtlich schon seit sehr langer Zeit nicht benutzt worden, und alle Menschen zu denen ich Kontakt hatte sind in die Felder gegangen). Trotzdem sollen in Zukunft weitere Latrinen gebaut werden. Es gibt fünf Wasserpumpen die ein qualitativ hochwertiges Trinkwasser spenden¹⁵ und zwei Brunnen für Waschwasser. Heute gibt es im Dorf acht Spargruppen in denen alle Familien involviert sein sollen, wie mir der Sozialarbeiter berichtete. Mir sind aber einzelne begegnet, die nach eigener Aussage nicht an CARDS-Programmen beteiligt sind, und diesen teilweise sehr kritisch gegenüberstehen, oder sich von diesen ausgeschlossen fühlen.

Da das Dorf sehr klein ist kennen sich alle, zudem ist auffallend, wie viele Menschen miteinander verwandt sind.¹⁶ Es gibt keine Privatsphäre; dabei geht es nicht nur um persönlich-biographisches wie die erste Menstruation eines Mädchens oder die „Hochzeitsnacht“, welche vom ganzen Dorf gefeiert werden, sondern auch um Krankheiten, über die alle informiert sind, Briefe die geöffnet werden oder Konflikte, die öffentlich und kollektiv ausgetragen werden. Ich konnte miterleben, wie der Fall eines Mannes, der fremd geht, von einem großen Teil der Dorfbevölkerung laut und emotional diskutiert wurde.

Der Tagesablauf in *Pinelli* folgt einem strengen Muster. Die Frauen sind für die Hausarbeit verantwortlich und stehen als erste auf. Frauen und Männer arbeiten den Tag über in den

¹² *Pinelli* ist ein typisches „Kastendorf“, d.h. die Gemeinde ist nach Kasten und Berufsgruppen gegliedert. Vgl.: Bronger, Dirk, „Die Siedlungsformen: Dörfer, Städte, Metropolen“, in: Rothermund, Dietmar [Hg.], *Indien. Kultur, Geschichte, Politik, Wirtschaft, Umwelt. Ein Handbuch*, München 1995, 38-58, hier: 42.

¹³ Zu betonen ist an dieser Stelle, daß es den Menschen, ohne die Unterstützung von CARDS kaum möglich gewesen wäre, von der Möglichkeit der Finanzierung überhaupt zu wissen und auch sie einzufordern. In Zukunft sollen weitere Häuser mit staatlicher Förderung gebaut werden. Zu betonen ist, daß ca. ein Viertel der Häuser Frauen gehören soll.

¹⁴ Angaben mündlich vom Sozialarbeiter des Dorfes.

¹⁵ Sowohl von einfachen Menschen wie auch von denen, die in der medizinischen Versorgung eine Rolle spielen wurde mir bestätigt, daß die Zahl der trinkwasserbedingten Durchfallerkrankungen seit dem Bau der Wasserpumpen deutlich zurückgegangen sei.

¹⁶ Eheschließungen zwischen Cousin und Cousine sind die Regel.

Feldern. In den Sommermonaten sind die Menschen den ganzen Tag zu Hause, da es auf Grund der Hitze keine Arbeit gibt. Auch die Kinder verrichten Feldarbeit, haben aber auch Hilfs- und Abwascharbeiten zu erledigen oder haben andere „Nebenjobs“ – in der Regel sind diese mit schwerer körperlicher Arbeit verbunden. Die Mädchen müssen von klein auf bei der Hausarbeit helfen. Ein paar der kleineren Kinder gehen in die Dorfschule, die von einer Lehrerin organisiert wird. Gerade die Kinder sind zum Teil sehr verschmutzt, tragen alte Kleidung und haben verfilzte Haare. Außerdem haben viele Kinder, aber auch Erwachsene, Läuse. Das gegenseitige Entlausen gehört zum Alltagsbild. In ein paar Häusern gibt es Fernseher. Wenn es Strom gibt versammeln sich immer gleich mehrere Erwachsene und Kinder um indische Filme zu sehen.

Das Essen ist in *Pinelli* einseitig. Neben der Armut liegt es hier auch an der geringen und minderwertigen Auswahl der Gemüse. Bis auf wenige Ausnahmen sind die Menschen sehr dünn. Die einzige, tägliche Mahlzeit besteht in vielen Familien aus Reis mit Dal.¹⁷ Ich habe sehr oft beobachtet, daß vor allem Frauen und Kinder nur Reis vermischt mit Wasser oder ein bißchen Chutney essen. Die Kinder bekommen oft die einzige Mahlzeit am späten Nachmittag.

Zehn Minuten Fußweg entfernt vom Dalitdorf, liegt die zur Gemeinde *Pinelli* gehörende „tribal-colony“ *Yanadi*. Hier leben ca. 200 Menschen in 30 Familien in sehr einfachen Lehm- und Palmblätterhütten. In einigen Hütten gibt es Gaskocher und Gasflaschen. Sie sind aber noch originalverpackt oder glänzen und sind offensichtlich unbenutzt. Sie sollen in den 36 Steinhäusern eines staatlichen Bauprogramms im Rohbau, die auf ihre Fertigstellung warten, benutzt werden; aber im Moment gibt es kein Geld mehr. Das Leben im Dorf ist durch einen naheliegenden kleinen Fluß geprägt. Haupteinnahmequelle, neben Feldarbeit, und wichtiger Bestandteil der täglichen Nahrung ist Fisch, der dort (oder in einem größeren Fluß, der vier Stunden Fußweg entfernt liegt) gefangen wird. Die von den Männern gefangenen Fische werden von den Frauen in den umliegenden Dörfern und Städten verkauft. Außerdem dient der Fluß als Waschplatz für Menschen, Kleidung und Büffel. Eine Schule gibt es in *Yanadi* nicht, die Kinder gehen daher gar nicht zur Schule, denn der Schulweg ist zu weit und wegen wilder Hunde zu gefährlich.¹⁸

Auch *Yanadi* ist in CARDS-Programme eingebunden, es gibt zwei Spargruppen in der sich jeweils 15 Frauen organisieren. 1996 wurde eine Stromleitung bis in diese Siedlung gelegt. Auch gibt es bereits zwei Trinkwasserpumpen. In *Yanadi* gibt es keine Latrine, jedoch ist geplant, daß beim Weiterbau der Häuser diese mit einer Latrine ausgestattet werden sollen. Bisher gehen die Menschen jedoch noch in die Felder.

E. Die Gesundheitsversorgung in Pinelli

E.I. Die Gesundheitsversorgung im Allgemeinen

Wie bereits beschrieben gibt es in *Pinelli* eine Basisversorgung,¹⁹ die Auswirkungen auf den gesundheitlichen Bereich hat. Hier ist vor allem an die Versorgung mit reinem Trinkwasser zu erinnern. Der Lebensstandart der Menschen ist zumindest so stabil, daß alle mindestens eine Mahlzeit pro Tag zu sich nehmen. Die Ernährung mit Obst und Gemüse spielt eine untergeordnete Rolle, aus finanziellen Gründen und aufgrund des mangelnden Angebotes. Alle Familien leben in Lehm- oder Steinhäusern und haben ein Dach über dem

¹⁷ Ein Brei aus Linsen, Kirchererbsen und Curry.

¹⁸ Warum die Kinder nicht die Dorfschule in *Pinelli* besuchen konnte mir niemand einleuchtend erklären.

¹⁹ Gerade wegen der langjährigen Einbindung in CARDS-Programme. Vgl. oben D.

Kopf. Die Bevölkerung *Pinellis* hat jedoch kaum Zugang zu einer angemessenen medizinischen Versorgung.

Das nächste Krankenhaus befindet sich in *Pidiguralla*, erschwerend kommt hinzu, daß es keinen Krankentransport gibt. Bei einem Besuch des Krankenhauses stellte ich fest, daß es auch im Vergleich mit anderen mir bekannten staatlichen Häusern einen erbärmlichen und sehr schmutzigen Eindruck macht. Zudem ist ein Krankenhausaufenthalt für die Familien finanziell kaum aufzubringen.²⁰

Ein Primary Health Centre, das die gesundheitliche Basisversorgung im ländlichen Raum Indiens sichern soll, gibt es in der Umgebung *Pinellis* nicht,²¹ die Health Visitor (staatliche Gesundheitsarbeiterin)²² des Dorfes ist aber Teil des staatlichen Primary Health Care Programmes.

E.II. Janma Bhoomi

Janma Bhoomi bezeichnet eine Gesundheitswoche, die alle drei Monate in *Andhra Pradesh* stattfindet. Auch in *Pinelli* gibt es dann ein Health Camp. Organisiert wird das Health Camp von der Society for Training and Employment Promotion (STEP), im Auftrag der Regierung von *Andhra Pradesh*. Im Zentrum der Gemeinde wird ein Raum für Untersuchungen genutzt und eine Bühne aufgebaut. Auf dieser Bühne versammeln sich zahllose Männer darunter ein Public Relation Officer, ein Medical Officer, ein Health Officer und ein Tierarzt. Auch der Sozialarbeiter des Dalitdorfes ist anwesend. Über ein lautstarkes Mikrofon verliest ein Mann eine lange Nachricht: Informationen über Gefahren von verschmutztem Trinkwasser und die Maßnahmen der Regierung, Maßnahmen zur Begrünung von Dörfern und über Krankheiten wie HIV/AIDS. **Zu diesem Thema lautet die Botschaft, daß Kondome Ansteckungen verhindern und diese daher benutzt werden sollen. Das Interesse der Bevölkerung für diese Informationen scheint sich in Grenzen zu halten. Nur wenige Männer stehen am Straßenrand und hören zu, obwohl das Zentrum wie üblich bevölkert ist. Ein Sprecher der Gemeinde hält einen langen Vortrag über Probleme in *Pinelli* und fordert zum Schluß weitere Trinkwasserpumpen. Auch hier zeigt sich kein gesteigertes Interesse bei den Männern des Dorfes. Frauen sind nicht anwesend.**

In dem Raum findet die Reihenuntersuchung statt. Eine Schlange von etwa 30 Frauen wartet. Hinter einem Tisch sitzt ein Arzt. Ein paar weitere Männer sind anwesend, verhalten sich aber passiv. Die Frau, die an der Reihe ist, darf sich auf einen Stuhl setzen, zeigt einen Gesundheitspass vor und berichtet kurz von möglichen Problemen. Der Arzt schaut sich Augen und Zunge an und hört mit einem Stethoskop die Herztöne ab. Bei schwangeren Frauen wird eine Blutprobe genommen. Anschließend macht der Arzt Notizen in einem großen Heft. Keine der Untersuchungen dauert länger als drei Minuten und jede Untersuchung endet damit, daß der Arzt aus einem Haufen Tabletten, die in in zerschnittenen Verpackungen zu jeweils zwei Stück neben ihm auf einem Tisch liegen, ein paar auswählt und der Frau mitgibt. Der untersuchende Arzt, sowie alle anderen Personen im Health Camp verhalten sich den Frauen gegenüber sehr unfreundlich, dominant und autoritär.

²⁰ Die Frau, die ich dort zusammen mit dem Sozialarbeiter besuchte, wurde am Magen operiert und zahlte für den zehntägigen Aufenthalt incl. der benötigten Medikamente Rs 2000 (also etwa Euro 45).

²¹ Das Primary Health Centre ist ein Bestandteil des Primary Health Care Konzeptes. Zur Problematik der Umsetzung dieses Programmes vgl.: Diesfeld, Hans Jochen, „Das Gesundheitswesen“, in: Rothermund, Dietmar [Hg.], *Indien. Kultur, Geschichte, Politik, Wirtschaft, Umwelt. Ein Handbuch*, München 1995, 349-367, hier: 362-364.

²² Vgl. unten: E.III.

Im Health Camp ist auch eine Krankenschwester anwesend, die an den Untersuchungen aber nicht teilnimmt. Sie berichtet mir auf meine Anfrage hin, daß gratis Kondome und Antibabypillen verteilt würden, wenn die Leute nachfragten. Zur Bestätigung wird mir der gefüllte Karton gezeigt und versichert, daß die Menschen davon wüßten und auch fragen würden. Die Beipackzettel der Antibabypillen sind auf Englisch. Mein Interesse an diesen Dingen bewirkt, daß die Krankenschwester alle Kartons öffnet und mir deren Inhalt präsentiert.

Da finden sich Plakate mit mit farbigen, anschaulichen Bildern zu Themen wie Hygiene, Essen, Babypflege und zum Verhalten bei Durchfall, große Mengen an Tabletten ohne Schachteln und Informationsbeilagen, jede Menge Informationen über HIV/AIDS²³ sowie über Durchfallerkrankungen und kleine Päckchen mit Oral Rehydration Salts-Citrate (ORS), einem Pulver für die Behandlung von Dehydration verursacht durch Durchfall oder Cholera. Dieses Medikament wird in großen Mengen gratis verteilt, in *Pinelli* hat diese Aufgabe die Health Visitor, ebenso wie die Aufklärung über die Anwendung desselben und ich habe in fast jedem Haus im Dorf ein paar Päckchen gesehen und versichert bekommen, daß über den Gebrauch informiert worden sei. Im Health Camp werden auch Impfungen für Kinder (Polio und TBC) vorgenommen, das war an diesem Tag aber nicht der Fall.

E.III. Die Health Visitor

Die Health Visitor für ganz *Pinelli* ist Dalit²⁴ und lebt im Dalitdorf. Sie verfügt über keinen Untersuchungsraum, macht ausschließlich Hausbesuche und hat ihr spärliches medizinisches Material in einem kleinen Koffer. Ihre Hauptaufgabe besteht in der Aufklärung über Familienplanung, dies ist aber beschränkt auf die Information über irreversible Geburtenkontrollmethoden. Für operative Eileiter- und Samenleiterunterbindungen zahlt die Regierung als Prämie Rs 500²⁵ (incl. Krankenhausaufenthalt von in der Regel 48 Stunden) an die/den Patientin/Patienten. Desweiteren ist die Health Visitor zuständig für die Nachversorgung der entsprechenden Operationsnarben, Schwangerschaftsuntersuchungen und kleinere Gesundheitsprobleme sowie der Verteilung von ORS.

Einige Male konnte ich die Health Visitor bei ihren Hausbesuchen begleiten.²⁶ Das Fadenziehen nach einer Einleiterunterbindung bei einer 22jährigen kastenzugehörigen Frau, die die Operation nach der Geburt des zweiten Kindes machen ließ, war für mich ein

²³ Eine Broschüre zur Aufklärung über HIV/AIDS auf Telugu und mit farbigen Bildern versehen, empfand ich als ehrlich, offen und informativ. Ungeschützter Geschlechtsverkehr, Prostitution und Drogenkonsum werden hier als Hauptansteckungsgefahren angesprochen, auch der gefahrlose soziale Umgang mit bereits Infizierten/Erkrankten wird thematisiert. Das Thema Homosexualität und Anweisungen für den Gebrauch von Kondomen fehlen allerdings völlig. Alle fünf bis sechs Monate findet in *Andhra Pradesh* eine Kampagne statt, in der diese Broschüren verteilt werden. Über die Zahl von Infizierten/Erkrankten bekam ich leider keine Informationen.

²⁴ Unklar blieb mir warum sich die Kastenzugehörigen *Pinellis* von einer Dalit behandeln lassen. Vgl. Anmerkung 26.

²⁵ Rs 500 entsprechen ca. Euro 11.

²⁶ Die Health Visitor und ihr Mann waren sehr gastfreundlich was meine Besuche in ihrem Haus betraf. Meiner Nachfrage, sie bei ihrer Arbeit begleiten zu dürfen, begegnete sie aber mit Zurückhaltung. Dies galt allerdings nicht für die Besuche bei den Kastenzugehörigen in *Pinelli*. Ich hatte hier das Gefühl, daß meine Anwesenheit bei den Kastenangehörigen ihr das Gefühl gab, ihren sozialen Status heben zu können. Ohne ihre Arbeit im Dalitdorf zu kennen (zur einzigen Ausnahme vgl.: F.II.) glaube ich, daß sich die gesamte Familie aufgrund ihrer Berufe – sie als Health Visitor und ihr Mann als Fahrkartenverkäufer bei der Bahn – als über der Bevölkerung des Dalitdorfes stehend empfand.

schockierendes Erlebnis. Der Verband sah übel aus, klebte an der geschwollenen Wunde, die mit 12 Stichen (!) schlecht vernäht worden war. Sie entfernte die Knoten mit einer Schere, die in Spiritus getaucht worden war. Danach bedrückte und begutachtete sie die Narbe mit ihren ungewaschenen Händen und befand diese für gut verheilt. Auf die Schmerzen der Frau wurde keine Rücksicht genommen. Eine „Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung“ stellte sich als einfacher kurzer Besuch, ohne Untersuchung und ohne Aufklärung oder Information heraus. Alle weiteren Hausbesuche (die nicht *in*, sondern *vor* den Häusern stattfanden) verliefen recht ähnlich. Es ging dabei immer um die Information über Eileiterunterbindungen. Die besuchten Frauen waren zwischen 18 und 22 Jahren alt und hatten in der Regel zwei bis vier Kinder. Der Ablauf der Operation, evtl. Schwierigkeiten oder ähnliches wurden nie thematisiert. Nur ausnahmsweise wurden anwesende Ehemänner kurz gefragt, ob sie nicht eine Samenleiterunterbindung vornehmen lassen wollten. Die Frage wurde immer sofort verneint und dann, auch von Seiten der Health Visitor, nicht weiter darauf eingegangen. Die Health Visitor informierte auch nicht darüber, daß die Samenleiterunterbindung ein weitaus einfacherer Eingriff ist als die Eileiterunterbindung. In erster Linie ging es um Hinweise zu den Prämien, denn die Regierung zahle manchmal nicht oder zu wenig, wenn die Leute nicht Bescheid wüßten. Besorgte Nachfragen wurden immer sehr rasch und zur Beruhigung der Frauen abgewiegelt.

E.IV. Die Hebamme

In den meisten indischen Dörfern gibt es eine Hebamme aus Erfahrung. Im Rahmen des Primary Health Care Projektes bekommen diese Frauen einmalig eine fünftägige Schulung zum Thema Entbindung. Auch im Dalitdorf gibt es eine Hebamme. Ihre Arbeit scheint sich auf die Entbindungen und die ersten Waschungen von Mutter und Kind, die eine Woche nach der Geburt stattfinden,²⁷ zu beschränken. Sie macht keine Vorsorgeuntersuchungen. Pro Geburt bekommt die Hebamme maximal Rs 150²⁸ von der jeweiligen Familie, oft weitaus weniger oder eine Bezahlung in Naturalien.

E.V. „Kräuterfrau“ und „Schlangenmann“

Immer wieder wurde mir von alternativen Heilmethoden berichtet, die mündlich überliefert werden und vor allem bei leichteren Beschwerden, wie Kopf- und Bauchschmerzen, zur Anwendung kommen.

Im Dalitdorf lebt eine Frau, die über besonders umfangreiche Kenntnisse in traditioneller Kräutermedizin verfügt.²⁹ Im Jahr 1993 hat die „Kräuterfrau“ an einer von CARDS organisierten neuntägigen Kräutermedizin-Schulung in *Guntur* teilgenommen. Aus dieser Zeit stammt ein dickes Buch mit einer umfassenden Sammlung eingeklebter getrockneter Kräuter mit ausführlichen Beschreibungen und möglichen Behandlungsmethoden. Das Buch haben Studentinnen in *Guntur* für sie angelegt, denn die „Kräuterfrau“ kann weder lesen noch schreiben, aber was in ihrem Buch steht, weiß sie alles auswendig. Hier finden sich Kräuter mit verschiedenen Zubereitungsmethoden gegen Schmerzen, Durchfall, Hautprobleme, Verstauchungen, Fieber, Schlangenbisse u.v.m.

²⁷ Vgl.: F.II.

²⁸ Rs 150 entsprechen etwa Euro 3, 3.

²⁹ Die „Kräuterfrau“ war neun mal schwanger, das erste Mal mit 18 Jahren. Ihre vier Söhne sind gesund und wohl auf. Vier Kinder starben direkt nach der Geburt. Sie hat sich immer eine Tochter gewünscht, aber sich nach einer Fehlgeburt zur Eileiterunterbindung entschlossen.

Ferner habe ich in *Yanadi* einen Mann kennengelernt, der Gegenmittel gegen Schlangengifte herstellen kann. Die Rezepte für die Mixturen sind geheim und werden seit Generationen nur innerhalb seiner Familie und nur an die Männer weitergegeben.

F. Die Lebenssituation der Frauen

F.I. Die Lebenssituation der Frauen im Allgemeinen

Meine Gespräche mit den Frauen und Mädchen waren – für mich erstaunlich und unerwartet – durch eine große Offenheit geprägt, dies auch bei Themata, die in der indischen Gesellschaft sonst mit Tabus belegt sind. Dabei jedoch erzählten die meisten von ihnen sehr neutral, beinahe in Distanz zu ihren eigenen Leben und zu ihren eigenen Erlebnissen. In einigen Fällen wäre das Wort Melancholie angebracht: ein Betrachten der eigenen Geschichte aus der Distanz welches eher negative Gefühle auslöst. Eigene Bedürfnisse wurden nie erwähnt, den Rahmen bildet immer die Rolle als Tochter oder Ehefrau im Familienverband. Ich glaube behaupten zu können, daß die Mädchen und Frauen sich dieser Tatsache in unseren Gesprächen oft schmerzlich bewußt wurden.

Die Lebensgeschichten, die mir die Frauen erzählt haben, haben viele Gemeinsamkeiten und verlaufen in der Regel nach folgendem Schema: Da die Menarche der Mädchen durchschnittlich mit elf oder zwölf Jahren einsetzt und sie ab diesem Zeitpunkt innerhalb eines Jahres verheiratet sein müssen,³⁰ wurden die Frauen also im Schnitt mit 13 Jahren verheiratet.³¹ Die Männer waren zu diesem Zeitpunkt etwa acht Jahre älter, also im Schnitt 21 Jahre alt. Einige Frauen wußten ihr eigenes Alter nicht anzugeben. Schwanger wurden die Frauen in der Regel das erste Mal mit 13 oder 14 Jahren, ich habe nur zwei Frauen getroffen, die bei der ersten Schwangerschaft über 16 Jahre alt waren, eine Frau war erst zwölf Jahre alt. Nach jeder Geburt wurden die Frauen ohne längere Pause schnell wieder schwanger, jede zweite Frau berichtete von einer Fehlgeburt oder einem Kind das kurz nach der Geburt gestorben ist. Nach im Schnitt drei bis vier Kindern, also oft vier bis fünf Schwangerschaften haben sich die Frauen operieren lassen oder planen dies. Der Großteil der Frauen sind Analphabetinnen. Bei den wenigen, die eine Schule besucht haben, handelte es sich um wenige unregelmäßige Besuche, die spätestens nach der Hochzeit aufhörten. Als Begründungen hierfür wurden das Mißfallen der Eltern und der Umstand arbeiten zu müssen genannt.³²

Die meisten arbeiten jeden Tag – bis auf ein paar Wochen im Sommer – in den Feldern. Nach der Hochzeit leben die Frauen zusammen mit ihrem Ehemann, den Kindern und den Eltern des Mannes in einer Ein-Raum-Hütte. Geschlafen wird auf Liegen vor der Hütte, aber in den meisten Familien gibt es nicht für jedes Familienmitglied eine eigene Liege, oft schlafen deshalb die Frauen zusammen mit ein oder zwei Kindern. Die Kochstellen sind ebenfalls meist vor der Hütte und sind entweder Feuerstellen aus Lehm oder einfache Gaskocher.

F.II. Anmerkungen zur Gesundheitssituation

³⁰ Für den Zeitpunkt der Menarche gibt es Rituale (so darf das Haus ein paar Tage nicht verlassen werden und dem Mädchen werden von den Frauen des Dorfes bestimmte Speisen geschenkt) die implizieren, daß die Menschen im Dorf darüber informiert sind.

³¹ Alle Hochzeiten sind arrangiert und alle Familien der Frauen haben eine Mitgift gezahlt. Das Heiratsalter liegt unter dem indischen Durchschnitt von 15-19 Jahren.

³² Arbeit heißt hier sowohl Haus- wie auch Feldarbeit. In dieser Belastung ist auch der Grund für die Unregelmäßigkeit der Schulbesuche zu suchen.

Ein wichtiges Thema in meinen Gesprächen war Verhütung/Verhütungsmethoden. Grundsätzlich lassen sich schematisch drei Bemerkungen unterscheiden. Zunächst sind die Mädchen und Frauen zu nennen, die unwissend sind. Auf meine Nachfragen wurde geantwortet, daß sie keine Information und keine Aufklärung bekommen haben. Die zweite Bemerkung zielt auf finanzielle Gründe ab: Verhütung sei zu teuer. Auffällig war hier jedoch, daß bei weiterem Nachfragen der Unwille des Ehemannes Verhütungsmethoden anzuwenden immer stärker in den Vordergrund gestellt wurde. Eine strukturell ähnliche Argumentation findet sich bei der Diskussion um „family-planing“-Operationen. Geht es zunächst darum zu betonen, daß eine Samenleiterunterbindung für den Mann auf Grund der harten körperlichen Arbeit unmöglich ist,³³ so wird schnell deutlich, daß es sich um schlichte Verweigerung handelt, die sich in Ängsten vor Potenzverlust u.ä. gründet. Drittens fand sich eine Bemerkung zu einer alternativen, auf Kräutern basierenden Verhütung. Diese sei aber mit starken Nebenwirkungen verbunden.

Daneben war für mich wichtig so viel wie möglich über die Schwangerschaften, Geburten und Geburtsverläufe herauszufinden. Hier gibt es eine große Variationsbreite in den Erzählungen. Exemplifizieren läßt sich das am besten an den Verhaltensregeln zum Thema Ernährung. Alle waren davon überzeugt, daß gutes Essen während der Schwangerschaft notwendig ist. Den Maßstab dafür aber legt die jeweilige Mutter oder Schwiegermutter fest. Gutes Essen kann dann bedeuten: Wasser und Reis. Gutes Essen kann dann aber auch bedeuten: Früchte, Eier, Fisch und Milch. Die Geburten sind Hausgeburten, diese werden von der Hebamme und der Health Visitor begleitet. Es gibt im Dorf ein allen gemeinsames Ritual: die Gebärende wäscht sich nach der Geburt nicht. Das erste Bad findet erst neun Tage nach der Geburt statt. Eine Begründung konnte keine der Mädchen und Frauen angeben. In einigen Fällen gilt diese Regel auch für die Neugeborenen. In einem Fall konnte ich bei einer solchen Waschung erleben, daß dem Neugeborenen ein Stück Hühnerdarm um den Hals gewickelt wurde. Auf meine Nachfrage wurde mir erklärt, daß dies gemacht würde wenn die sich Nabelschnur bei der Geburt um den Hals gelegt hat. Zur Länge der Stillzeit bekam ich sehr unterschiedliche Angaben. Mindestens stillen die Mädchen und Frauen ein Jahr, die meisten stillen aber zwei bis vier Jahre.

Bei allgemeinen gesundheitlichen Problemen teilen sich die Mädchen und Frauen in zwei Gruppen. Die erste Gruppe vertraut auf eigene Kenntnisse in der Kräutermedizin oder weiß sich Hilfe und Rat bei der „Kräuterfrau“ zu holen. Die zweite Gruppe wendet sich in solchen Fällen direkt an den medical shop. Gemeinsam für beide Gruppen gilt, daß die Mädchen und Frauen oftmals lange warten bevor sie überhaupt aktiv werden. Dies wird mit Mißtrauen gegenüber der Schulmedizin, aber auch gegen die „Kräuterfrau“ persönlich, begründet.

F.III. Eine Entbindung

Mitten in der Nacht werde ich zu einer Entbindung gerufen. Fast alle im Dorf schlafen. Auch der Mann der Gebärenden liegt mit einem Kind vor der Lehmhütte und schläft, während eine Frau auf einer Feuerstelle Wasser erhitzt. In der Hütte stehen bei dämmrigem Kerzenlicht ein paar Frauen, dazwischen die Health Visitor und die Hebamme.³⁴ Auf einer Liege die mit einer abgenutzten Folie bedeckt ist, liegt eine schwächliche Frau im *Saree*. Die Geburt verläuft sehr schnell und unspektakulär. Nur am verzerrten Gesicht der Frau lassen sich die Schmerzen erahnen. Die Hebamme leistet kaum Hilfe. Sie nimmt das Baby

³³ Auf die Anmerkung hin, daß die Frauen dieselbe Arbeit verrichten wurde von den Männern behauptet, daß Frauen belastbarer seien!

³⁴ Vgl. oben: E.III. und E.IV.

mit der Nachgeburt, ohne es genauer zu betrachten und legt es auf eine ebenfalls sehr benutzt aussehende Folie auf den Lehm Boden, zwischen alle, die sich in der Hütte aufhalten. Sowie die Frau während der Geburt kaum einen Laut vernehmen ließ, so ist auch vom Neugeborenen nichts zu hören. Nur der Atem läßt darauf schließen, daß es lebt. Die Frau hat das Baby nicht angeschaut, erschöpft dreht sie sich unmittelbar nach der Geburt zur Wand. In der langen Zeit, die das Wasser braucht um heiß zu werden, beginnen die Frauen in der Hütte lautstark einen Familienkonflikt auszutragen. Auch an meiner Person ist das Interesse groß. Bloß für die neue Mutter und das Kind, das weiterhin auf dem Boden liegt und sich nicht rührt, scheint sich niemand zu interessieren. Als endlich das Wasser heiß ist, legt die Health Visitor eine Rasierklinge in eine Schüssel und gießt das Wasser darüber. Dann durchtrennt sie die Nabelschnur, nachdem sie sie mit einer Schnur abgebunden hat. Nun betritt auch der Vater für einen kurzen Moment die Hütte. Aus der Ferne wirft er einen kurzen Blick auf das Baby – ein Junge – und geht sogleich wieder zu seiner Liege. Die ganze Situation hat nichts ergreifendes, nichts von Liebenswürdigkeit oder Mutter-Kind-Nähe, wie es in unserer westlich geprägten Welt so wichtig ist, sondern wirkt im Gegenteil sehr alltäglich, sehr zweckhaft und deshalb auf mich sehr ernüchternd. Ein paar Tage später besuche ich die Frau.³⁵ Erst jetzt erfahre ich, daß die Frau erst 15 Jahre alt ist und das dies ihre zweite Geburt war. Sie erzählt, daß sie mit elf Jahren die erste Menses bekam, eineinhalb Jahre später wurde sie mit einem 18jährigen Mann verheiratet. Mit 14 Jahren hat sie ihr erstes Kind bekommen – ein Junge. Sie erzählt, daß beide Geburten sehr schmerzhaft waren, und daß sie sich deshalb fragt, warum ihre Mutter sie verheiratet hat. Sie lebt zusammen mit ihrem Mann und den Kindern in der Hütte (ein Raum) ihrer Mutter zusammen mit acht weiteren Familienmitgliedern. So wie ihr Mann arbeitet auch sie als Landarbeiterin und sie macht die Hausarbeit. Sie hat keine Schule besucht, bis auf den einwöchigen Besuch einer Erwachsenenenschule vor ihrer Hochzeit im Dorf des Mannes. Dort lernte sie das Alphabet und ihren Namen zu schreiben. Sie sagt, daß sie gerne mehr lernen würde, aber das sei wegen ihrer Familie und der Arbeit nicht möglich. Die Frau wirkt schwach und krank, ebenso das Kind. Es hat eine schuppige und schmutzig wirkende Haut.³⁶ Sie und das Kind seien gesund, versichert mir die Frau. Das Kind wird gestillt und bekommt täglich ein ranzig riechendes Rizinusöl, das sie mir zur Bestätigung zeigt. Außerdem wurden dem Baby mit heißen Nadeln Narben auf den Bauch gebrannt, denn das sei gut für die Gesundheit bei Jungen.³⁷ Die Frau verhält sich genau so, wie es ihre Mutter und die alten Frauen sagen. Dazu gehört, daß sie sich neun Tage lang nicht wäscht und auch das Kind wird erst nach neun Tagen zum ersten Mal gebadet. Außerdem hat sie drei Tage lang nichts gegessen; nach dieser Fastenzeit ißt sie neun Tage lang nur eine Malzeit am Tag bestehend aus Reis mit Chilipulver. Gemüse und Buttermilch seien nicht gut, sagen die alten Frauen, ebensowenig das Trinken von viel Wasser!³⁸ Nach der Geburt hatte sie Bauch- und Rückenschmerzen. Die Health Visitor hat Tabletten verschrieben, die die Frau im medical store gekauft hat. Nach drei Tagen und nachdem sie etwas gegessen hatte, wurde es etwas besser. Weiterhin erzählt sie, daß sie das Kind nach der Geburt zunächst nicht sehen wollte, aber nachdem sie es das erste Mal gesehen hatte, war sie doch glücklich. Während der ersten Schwangerschaft ist sie zweimal im

³⁵ Dolmetscherin bei diesem Gespräch war die in C.III. genannte CARDS-Mitarbeiterin.

³⁶ Die CARDS-Mitarbeiterin bestätigt mir, daß das Baby eine Hautkrankheit hat, deren Ursache die Hitze sei, dagegen würde Kokosnußöl helfen.

³⁷ Die CARDS-Mitarbeiterin erläutert mir, daß dies ein weitverbreitetes Ritual sei, daß es aber keine gesundheitlichen Auswirkungen habe.

³⁸ Die CARDS-Mitarbeiterin erklärt ihr, daß es wichtig sei genug zu Essen und zu Trinken, v.a. auch Gemüse, Obst und Buttermilch.

Krankenhaus gewesen, dort bekam sie Eisentabletten und die Empfehlung Horlic³⁹ zu trinken. Da sie das Gefühl hatte, daß ihr so nicht geholfen wurde, ist sie während der zweiten Schwangerschaft lieber zur „Kräuterfrau“⁴⁰ gegangen. Dort bekam sie den Rat, viel Obst zu essen anstatt Medizin zu nehmen. Zur Pflege des Babys erklärt die Frau, daß es nach dem ersten Bad täglich gebadet⁴¹ und gepudert würde, zusätzlich sollen dann die Augen zum Schutz vor der Sonne und gegen Augenkrankheiten geschwärzt werden. Eigentlich will sie keine Kinder mehr haben, berichtet sie mir zum Abschluß. Aber ihr Mann und dessen Familie wollen weitere Kinder. Dies bedeutet, daß sie weitere Kinder haben wird.

G. Auswertung und Ausblick

Wie in der Einleitung angemerkt ging es mir darum, Lebenswelt und Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen in einem indischen Dalitdorf zu beschreiben. Die geschilderte Entbindung kann dies vielleicht am deutlichsten aufzeigen. Ich möchte betonen, daß ich mir nicht anmaßen kann *für* die Frauen zu sprechen oder diesen gar sagen will, was sie für sich in ihrer Lebenssituation einzufordern haben. Der Kampf der Dalit ist *ihr* Kampf. Was dies bedeutet, bleibt mir als weiße, westlich geprägte Frau in letzter Konsequenz verborgen. Ziel muß die Beantwortung der Frage sein, was die Frauen für sich wollen und wie diese ihre Situation beurteilen. Was ich anbieten kann ist eine Begleitung auf diesem Weg.

Im folgenden will ich von einer engen Verbindung von Gesundheit und Bildung ausgehen. Die World Health Organization (WHO) hat bereits früh auf diesen Zusammenhang aufmerksam gemacht.

So fördert die WHO „den Aufbau von *Basisgesundheitsdiensten* mit Ausbildung örtlicher Mitarbeiter, v.a. Frauen. Nicht Hochleistungsmedizin, sondern Wissen und Selbstvertrauen in Ernährung, Kinderpflege, Hygiene und Behandlung der häufigsten Krankheiten“ stehen im Mittelpunkt.⁴² Den Bildungsbegriff, der der Arbeit der WHO zu Grunde liegt, will ich gerne in einem weiteren Sinne verstehen, um genauer auf die Situation der Mädchen und Frauen in *Pinelli* eingehen zu können. Die theoretische Möglichkeit an institutionalisierter Bildung teilzunehmen, bestand für alle interviewten Mädchen und Frauen. Es war ihre Lebenswirklichkeit, die den Schulbesuch verhindert hat. Keine der Mädchen und Frauen konnte ihr Bedürfnis nach Bildung in ihrem Leben realisieren. Bildung muß daher meiner Meinung nach immer zuerst als Bildungsarbeit verstanden werden. Ohne Bildungsarbeit bleibt Bildung abstrakt und kann dem Leben nicht dienen. Um dies auszuschließen will ich Bildungsarbeit mit PAULO FREIRE betrachten als „*Bewußtseinsbildung*“ (*concientizacion* [...] für soziales Handeln“. Diese muß die „unmittelbare soziokulturelle Umgebung, an der sie anknüpft“ im Auge haben, und muß „die Teilnahme an der gerechten Ausgestaltung des Gemeinwesens“ ermöglichen.⁴³ Für die Mädchen und Frauen in *Pinelli* heißt dies, daß

³⁹ Horlic ist ein kakaohaltiges Getränkpulver mit Mineralien und viel Zucker. Es wird vor allem Kindern zur Stärkung gegeben.

⁴⁰ Vgl. oben: E.V.

⁴¹ Die Frau erhält Anweisungen für ein Kräuterbad, welches gut für die Haut sei.

⁴² Schwarz, Joachim, „Gesundheitspolitik“, in: *Evangelisches Kirchenlexikon. Internationale theologische Enzyklopädie*, Band II (31989), 161-163, hier: 162. Vgl. auch: Gern, Wolfgang, „Dritte Welt“, in: *Evangelisches Kirchenlexikon. Internationale theologische Enzyklopädie*, Band I (31986), 923-941, hier: 929.

⁴³ Alle Zitate aus: Gern, Wolfgang, „Dritte Welt“, in: *Evangelisches Kirchenlexikon. Internationale theologische Enzyklopädie*, Band I (31986), 923-941, hier: 928f.

Bildungsarbeit zunächst Ausbildung von Selbstbewußtsein sein muß. Ihre Lebensgeschichten sind durch Verpflichtungen und Fremdbestimmung geprägt, durch Hinnehmen der sozialen Realitäten, welche sie nur in den Rollen als Töchter, Ehefrauen oder Mütter kennen. Ihrem Leben stehen die Frauen (im Handeln) passiv gegenüber; Aktivität und Eigeninitiative, ihre eigenen Bedürfnisse angehend, scheint es kaum zu geben. Eine Frau, die seit zwei Jahren unter Schmerzen leidet und nicht zur Health Visitor geht, weil sie für Medizin sowieso kein Geld habe, reagierte auf die Frage, warum sie nicht heute anstelle von morgen zur „Kräuterfrau“ gehen will mit Verlegenheit und wirkte sehr unentschlossen. Diese Unsicherheit und Unschlüssigkeit gilt es aufzubrechen. In den Sparprogrammen von CARDS wird dies in Hinblick auf wirtschaftliche Aktivität bereits erfolgreich umgesetzt. Einige Frauen haben dies für sich erkannt und artikuliert.

Zur Sprache gekommen sind aber Gründe für Nichthandeln, wie die Nichtteilnahme am Healthcamp aufgrund des ungünstigen Zeitpunktes mitten am Tag. Auch die langen zeitlichen Abstände zwischen den Healthcamps werden bemängelt. Solche Kritik zu formulieren und an entsprechender Stelle zu äußern bedarf eines Bewußtseins über die eigene Situation und einer Wertschätzung des eigenen Lebens und der individuellen Bedürfnisse. Einige Frauen haben beschrieben, daß sie über ihre Hochzeiten und die Geburten nicht glücklich waren, daß sie es so niemals selber wählen würden, aber sie haben auch gesagt, daß es für sie keine Wahlmöglichkeiten gab. Im Dalitdorf lebt eine Kastenfrau, ausgestoßen aus ihrer Kaste, weil sie sich von ihrem Mann getrennt hat, der sie geschlagen hat. Sie ist glücklich darüber, daß sie nicht mehr mit einem Mann zusammen leben muß, will aber ihre Tochter möglichst bald mit ihrem Cousin verheiraten. In einer dieser Erzählung anschließenden Diskussion darüber, daß ihre Tochter wahrscheinlich ein ähnliches Schicksal erwartet wurde deutlich, daß es fehlende Handlungsmöglichkeiten sind, die die Lebensgeschichten sich wiederholen lassen.

„Frauen stehen in einer jahrtausendelangen Geschichte der Enteignung ihres Körpers, der Geringschätzung ihrer Fähigkeiten und ihrer Sichtweise von Welt und Leben. Sie haben wie andere Unterdrückte einen Teil der Unterdrückungsperspektive in sich aufgenommen, um Überleben zu können. Diese Überlebensstrategie hat sie von sich selbst entfremdet und ihre Fähigkeit zur Solidarität mit LeidensgenossInnen geschwächt.“ Für Dalitfrauen gilt diese Perspektive in mehrfacher Hinsicht, sie sind Unterdrückte als Frauen und als Dalit. „Befreiung bedeutet die Möglichkeit zur kulturellen und religiösen Identität, die Garantie menschlicher Grundbedürfnisse wie Nahrung, Wohnung, Arbeit, Bildung, persönliche und politische Freiheit.“⁴⁴

Eine Ausbildung zu Selbstbewußtsein bedeutet deshalb, Mädchen und Frauen zu Spezialistinnen in eigener Sache zu erklären, ihre Kompetenzen wahrzunehmen und durch solidarische und kollektive Zusammenarbeit die Befähigung zu fördern, alternative Ideen zu entwickeln, um Handlungsmöglichkeiten zu entdecken. Unverzichtbar für einen solchen Prozeß ist Kommunikation. Während der Interviewsituationen habe ich ein Sich-Öffnen von Frau zu Frau erlebt. Das ganzheitliche Wissen und die Erfahrungen der CARDS-Mitarbeiterin wurden dankbar entgegengenommen; dies geschah in einer Gesprächssituation, in einem Austausch, nicht durch Belehrung. Bildungsarbeit in diesem Sinne erfordert deshalb ganzheitlich ausgebildete Frauen. Bildung muß an den Lebensrealitäten der Mädchen und Frauen orientiert sein, d.h. ihre Bedürfnisse wahrnehmen. Unverzichtbar ist neben der Primarbildung die Information über Ernährung, Hygiene, Frauen- und Kindergesundheit und Verhütungsmethoden sowie die Aufklärung

⁴⁴ Beide Zitate aus: Rieger, Renate, „Befreiungstheologie“, in: Gössmann, Elisabeth u.a. [Hg.], *Wörterbuch der Feministischen Theologie*, Gütersloh 1991, 39-44, hier: 43-44.

über Angebote der staatlichen Gesundheitsprogramme und Bewußtmachung von Rechten der Frauen. Bewußtseinsbildung kann nur gemeinschaftlich geschehen, zwischen den Frauen, deshalb sind männerfreie Räume zu schaffen. Daß dies keine Schwierigkeit darstellen muß, aber einen befreienden Effekt haben kann, habe ich erlebt. Bildung muß auch immer auf die Gegebenheiten vor Ort eingehen, um letztlich die kulturelle Identität zu unterstützen, ohne *allen* ihren Elementen zuzustimmen (hier ist an patriarchale Strukturen und vor allem an die unterdrückenden Strukturen des Kastensystems zu denken).

„Die *kulturelle Identität*, einst von Experten als fortschrittsfeindlich abgetan, gilt jetzt als Ausgangspunkt für eine autozentrierte Entwicklung und als notwendiger Rahmen für sensible Gemeinwesenarbeit vor allem in den ländlichen Gebieten. Dennoch kann die Bewahrung kultureller Identität nicht als Alibi benutzt werden, um [...] überfällige wirtschaftliche und politische Rechte vorzuenthalten.“⁴⁵

CARDS hat als Selbsthilfeorganisation diesen Ausgangspunkt und durch eine verbindende Identität bedeutende Möglichkeiten. CARDS kann alternative Bildung anbieten; die Ausbildung von Frauen in Kräutermedizin setzt hier bereits an. Es besteht die Chance der NGO-Arbeit, trotz finanzieller Abhängigkeit, die Menschen zu befähigen dem Staat gegenüber ihre Rechte einzuklagen. Dies geschieht im Ansatz. CARDS bildet an den colleges Sozialarbeiterinnen aus. Meines Erachtens ist es aber problematisch, daß viele nach ihrer Heirat nicht mehr in dem erlernten Beruf arbeiten. Für CARDS als Organisation, die von Männern geprägt worden ist und wird, geht eine wichtige Ressource verloren. Mehr Energie müßte darauf verwendet werden, die Sozialarbeiterinnen im Berufsleben zu halten und gerade auch innerhalb der Organisation zu fördern. So könnte es gelingen, daß CARDS in ein wirkliches Gespräch mit den Dalitfrauen in den Dörfern eintreten kann, welches in sich einen wichtigen Ansatzpunkt für Entwicklung darstellt.

⁴⁵ Gern, Wolfgang, Gern, Wolfgang, „Dritte Welt“, in: *Evangelisches Kirchenlexikon. Internationale theologische Enzyklopädie*, Band I (31986), 923-941, hier: 928.