

Gescheiterte Gesundheitsbürokratie

Ernährungssicherung von Adivasi-Frauen im Osten Indiens

Vani Sethi
Sourav Bhattacharjee
Sonali Sinha
Abner Daniel
Avinash Lumba
Deepika Sharma
Arti Bhanot

Trotz staatlicher Programme sind in Indien 32 Prozent der Frauen aus Adivasi-Gemeinschaften chronisch unterernährt, Frauen anderer Bevölkerungsgruppen im Durchschnitt zu 23 Prozent. Die folgende Studie hat die Reichweite staatlicher Programme für Adivasi-Frauen im Gesundheitssektor in den Bundesstaaten Chhattisgarh, Jharkhand und Odisha untersucht und ging der Frage nach, inwieweit die Beteiligung der Adivasi-Frauen eine Rolle spielt, und welchen Effekt das haben könnte.

Chronische Mangelernährung bei Frauen betrifft immer auch ihre Kinder. Eine angemessene Ernährung vor der Empfängnis, während der Schwangerschaft und nach der Geburt ist selbstredend essentiell.¹ Weltweit sind fünf Aspekte vor, während und nach einer Schwangerschaft zur Vorbeugung von Unterernährung und weiteren damit verbundenen Krankheiten anerkannt:

- die Menge und Qualität an Lebensmitteln
- Mikronährstoffe wie Vitamine und Mineralstoffe
- die medizinische Versorgung
- Zugang zu sauberem Trinkwasser und
- Vorbeugung von zu frühen, zu vielen oder zu schnell aufeinanderfolgenden Schwangerschaften.²

Programme dafür existieren in Indien, aber es hapert an der Umsetzung. Außerdem legen viele Programme ihr Schwergewicht auf die Zeit der Schwangerschaft und die er-

sten zwei Lebensjahre eines Kindes. Für eine wirksame Prävention müsste aber früher angesetzt werden.

Methodik der Studie

Die Studie wurde zwischen Dezember 2013 und August 2014 in den Bundesstaaten Chhattisgarh, Jharkhand und Odisha durchgeführt. Alle drei Bundesstaaten weisen einen signifikant hohen Anteil an Adivasi-Bevölkerung auf (23 Prozent in Odisha, 26 in Jharkhand, 31 in Chhattisgarh). Die Studie beschäftigt sich mit zwei Komponenten: erstens dem Forschungsstand zur Ernährungssicherung bei Frauen, dazu bestehende Maßnahmen und Programme. Zweitens wurde eine qualitative Erhebung durchgeführt, um die unterschiedliche Umsetzung in den verschiedenen Bundesstaaten sowie hemmende und fördernde Faktoren herauszuarbeiten.

Die zu untersuchenden Dörfer wurden nach unterschiedlichen Gesichtspunkten ausgewählt. In

Chhattisgarh und Jharkhand wurden je fünf Distrikte für ein „*best case scenario*“ mit relativ guter Infrastruktur und funktionierendem Gesundheitssystem ausgesucht. In Jharkhand verglichen die Forscher mehrheitlich von Adivasi bewohnte mit mehrheitlich von anderen Gesellschaftsgruppen bewohnte *blocks*³. In Chhattisgarh wurden nur *blocks* mit einer Adivasi-Mehrheit in der lokalen Bevölkerung ausgewählt. Eine Rolle spielte in Chhattisgarh und Jharkhand auch die Entfernung der Dörfer zum Verwaltungssitz des *blocks* (nah, durchschnittlich, weit entfernt). In Odisha wurde nur die Distrikt-Ebene berücksichtigt und ebenfalls zwischen mehrheitlich von Adivasi oder mehrheitlich von anderen Bevölkerungsgruppen bewohnten *blocks* unterschieden. Anschließend wurden per Zufall je zwei *blocks* pro Distrikt und je drei Dörfer pro *block* ausgewählt.

Die betreffenden Daten und Informationen über Demographie, Ge-



sundheitsstatus, Mangelernährung und bestehende Unterstützungsmöglichkeiten gewannen die Forscher/innen aus aktueller Sekundärliteratur, von Webseiten, relevanten staatlichen Akteuren, NGOs sowie lokalen Expert(inn)en. Die Umsetzung der Programme wurde durch sogenannte *focus group discussions* erforscht: mit jugendlichen Mädchen, schwangeren Frauen, stillenden Müttern, Interviews mit lokalen Funktionsträger(inne)n wie Krankenschwestern, Geburtshelferinnen, Sozialarbeiter/-innen, Mitarbeiter(inn)en in *anganwadi*-Zentren,⁴ lokalen Regierungsvertretern. Insgesamt führten sie in Chhattisgarh und Jharkhand 120 solcher Fokus-Diskussionen sowie insgesamt 977 Interviews durch.

Ausgewählte Ergebnisse

Die Ergebnisse zum Ernährungsstand in den untersuchten Dörfern und Gemeinschaften können im englischen Volltext nachgeschlagen werden. Hier reicht es, darauf hinzuweisen, dass Unterernährung und Blutarmut (Anämie) bei Mädchen und Frauen in Jharkhand und Chhattisgarh hohe Raten aufwiesen,

zwischen 44 und nahe 60 Prozent. Die Unterernährung in Jharkhand betraf Adivasi-Frauen und Nicht-Adivasi nahezu gleich. In Odisha sind Adivasi um 10 Prozent mehr, in Chhattisgarh um 10 Prozent weniger von Unterernährung betroffen. Anämie ist in allen drei Bundesstaaten unter Adivasi-Frauen verbreitet.

Aus der Auswertung der Maßnahmen – zur Verbesserung der Lebensmittelqualität, der Nährstoffaufnahme, der Vorbeugung von Anämie, zu früher Schwangerschaften und eines Mangels an Mikronährstoffen einschließlich der Vorbeugung gegen Malaria und Alkoholmissbrauch, zur Verbesserung der medizinischen Grundversorgung, zur Verbesserung des Hygiene- und Sanitärverhaltens – lassen sich folgende Besonderheiten festhalten:

Über die Hälfte der schwangeren Adivasi-Frauen in Jharkhand sowie 40 Prozent in Chhattisgarh und Odisha konnten während des ersten Trimesters ihrer Schwangerschaft nicht mit der erforderlichen Grundversorgung erreicht werden. In Jharkhand blieben sie auch aus-

Adivasi-Frau

Bild: lavannya goradia, flickr.com (CC BY-NC 2.0)

serhalb weiterer Dienstleistungen während und nach der Schwangerschaft. Eine junge Frau in Chhattisgarh sagte zur medizinischen Versorgung: „Wenn wir krank sind, gehen wir zunächst zu einem *jhaad-phoonk* (heilendes Ritual eines Heilers). Wenn das nichts bringt, gehen wir zum Arzt im Dorf“ (Interview 2014).

Hygiene- und Sanitärprogramme sind weitgehend unbekannt. In Jharkhand haben 30 Prozent der Haushalte keinen Zugang zu sauberem Trinkwasser. In Bezug auf zu frühe, zu viele oder zu schnell aufeinander folgende Schwangerschaften war in Jharkhand die Rate der Teenager-Schwangerschaften mit elf Prozent am höchsten. In Adivasi-Haushalten in Odisha war jedes zehnte Mädchen bereits Mutter, in Chhattisgarh die Rate mit fünf Prozent vergleichsweise niedrig. Die Verbreitung von Verhütungsmitteln lag in allen drei Bundesstaaten bei unter 50 Prozent. Besonders wenig kümmerten sich Adivasi-Paare in Jharkhand um Verhütung, weniger als ein Viertel.⁵

Die Rolle der Behörden

In allen drei Bundesstaaten gibt es Regierungsabteilungen für Adivasi-Angelegenheiten, von denen die Abteilung in Odisha als besonders gut organisiert herausgehoben werden sollte. In allen Bundesstaaten wurden über 85 Prozent der untersuchten Dörfer regelmäßig von Krankenschwestern oder Hebammen besucht. Das System der *Anganwadi*-Zentren ist in Jharkhand am besten ausgebaut, in Chhattisgarh gibt es den besten Zugang zu Sozialarbeitern. Alle drei Bundesstaaten haben Trainerausbildungsprogramme geschaffen, die lokale Sprachen und Dialekte sprechen. In Chhattisgarh bekommen die lokalen Beschäftigten staatliche Sozialleistungen.

Es gibt viele Hindernisse zur Umsetzung der Maßnahmen

- in Form fehlender Koordinierungsstellen
- in Zuständigkeitskonflikten und komplizierter Bürokratie mit einer langen Liste an Dokumentationspflichten,
- Mangel an Lagern und Verteilungsstellen
- mangelnder Schulbesuchs von Adivasi-Mädchen
- bei gesundheitlichen Problemen wird eher informellen „Heilpraktikern“ vertraut
- in vielen Gemeinschaften (Adivasi und Nicht-Adivasi) sind Ernährungsrituale und Fastentage nach der Geburt verbreitet
- Familienplanung kollidiert mit Fragen der Sicherheit der Mädchen und der potenziellen finanziellen Belastung einer späten Hochzeit.

Die Hindernisse haben bisher durchaus zu Innovationen und zivilgesellschaftlichem Handeln geführt, so die Einbeziehung von *panchayats* (dörfliche Selbstverwaltung), von Selbsthilfegruppen und Frauen-Kooperativen in die Arbeit der Ver-

teilungsstellen.⁶ Hervorzuheben ist der holistische Ansatz des *Odisha Tribal Empowerment and Livelihood Programme*.

Handlungsbedarf

Datenlage, Datenerhebung und Repräsentativität sind in den untersuchten Förderprogrammen verbesserungswürdig. Inhaltlich wird der Zeitraum vor der Empfängnis in der Regel nicht berücksichtigt. Eine Alternative bietet hier das mithilfe von Selbsthilfegruppen eingerichtete *Swabhimaan*-Projekt von UNICEF in Bihar, Chhattisgarh und Odisha: Jungverheiratete Frauen erhalten ein Paket mit Eisen- und Folsäure-Tabletten, Verhütungsmitteln, Binden sowie Informationsmaterial und werden zu monatlichen Treffen über Gesundheit und Ernährung eingeladen.⁷ Als besonders förderlich hat sich die direkte Frauenbeteiligung im Management der Verteilungszentren erwiesen, in der Verwaltung gemeinschaftlicher Gelder oder von Kleinstunternehmen.⁸ Chhattisgarh nimmt hier eine Vorreiterrolle ein. In Jharkhand oder Odisha passiert dies zu selten.

*Aus dem Englischen übersetzt
von Fabian Falter*

Zu den Autor(inn)en:

Vani Sethi, Sourav Bhattacharjee, Sonali Sinha, Abner Daniel, Avinash Lumba und Deepika Sharma arbeiten für den *United Nations International Children's Fund* (UNICEF) in Indien. Arti Bhanot ist eine unabhängige Beraterin.

Texthinweis

Der Volltext erschien in *Economic and Political Weekly* (EPW), Vol. 54, Issue No. 4, 26. Januar 2019 unter dem Titel *Delivering Essential Nutrition*.

Endnoten

¹ Victora, C G, et al.: Worldwide Timing of Growth Faltering: Revisiting Implications for Interventions, *Indian Pediatrics*, Vol 125, 2010, e473-e480; Sachdev H. S.: Overcoming Challenges to Accelerating Linear Growth in Indian Children, *Indian Pediatrics*, Vol 49, S. 271-75, 2012.

² Bhutta, Z A, et al.: Evidence-based Interventions for Improvement of Maternal and Child Nutrition: What Can Be Done and at What Cost? *Lancet*, Vol 382, No 9890, 2013, S. 452-77; Nutrition Coalition: *Sustainable Nutrition Security in India: A Leadership Agenda for Action*, *IntraHealth*, 2010, <https://www.intrahealth.org/sites/ihweb/files/files/media/vistaar-publications/LeadershipAgendaforAction-May2010.pdf>; Ruel, M T, et al: Nutrition-sensitive Interventions and Programmes: How can they help to Accelerate Progress in Improving Maternal and Child Nutrition? *Lancet*, Vol 382, No 9890, 2013, S. 536-51.

³ Ein *district* besteht aus mehreren *blocks* (Anm. d. Red.).

⁴ *Anganwadi Centers* (AWCs) bieten seit Mitte der 1970er Jahre vor allem für Kinder im ländlichen Raum die medizinische Grundversorgung an. Teilweise sind auch Bildungsangebote (Ernährung, Gesundheit, Sexualität, Vorschulbildung) enthalten. (Anm. d. Red.)

⁵ IIPS, *National Family Health Survey (NFHS 4), 2015-16: India*, International Institute of Population Sciences, Mumbai: *State Reports for Chhattisgarh, Jharkhand and Odisha*, 2016.

⁶ Khera, R.: Trends in Diversion of Grain from the Public Distribution System, in: *Economic & Political Weekly*, Vol 46, No 21, 2011, S. 106-14; Rahman, A.: *Revival of Rural PDS: Expansion and Outreach*, *Indira Gandhi Institute of Development Research*, 2014, <http://www.igidr.ac.in/pdf/publication/WP-2014-012.pdf>.

⁷ UNICEF: *Swabhimaan: Multi-sector Integrated Programme through Women Collectives (promoted by Aajeevika) to Improve Girls' and Women's Nutrition in Bihar, Chhattisgarh and Odisha (2016-2020)*. *Chhattisgarh Annual Progress Report (2017-18)*, *United Nations International Children's Emergency Fund*, unpublished, 2018.

⁸ Rifkin, S B.: Examining the Links between Community Participation and Health Outcomes: A Review of the Literature, in: *Health Policy and Planning*, Vol 29, Suppl_2, 2014, S. ii98-ii106.