

Small Family, Happy Family!

Der National Family Health Survey 2019-2021

Hanns Wienold

Im Jahr 1964 traten die indischen Bevölkerungsplaner mit dem Slogan *Remember! A Small Family is a Happy Family* an die Öffentlichkeit. Auf einem Bild figuriert ein junges Paar mit zwei Kindern – einem (lesenden) Jungen im Vordergrund und einem Mädchen im Hintergrund. Damit wird die Zwei-Kind-Familie zum Ideal erhoben, mit einem heterosexuellen Paar, einer rationalisierten Sexualität und einer auf Aufwärtsmobilität gerichteten Zukunft. Gleichzeitig wird der Präferenz für Söhne Rechnung getragen. Der *National Family Health Survey* (NFHS) 2019-2021 legt nahe, dass Indien mit einer nationalen *Total Fertility Rate* von 2,0, die bereits unter der Reproduktionsquote von 2,1 liegt, das Ziel der „kleinen Familie“ erreicht. Ob diese Familien auch glücklich sind, steht auf einem anderen Blatt. Der Autor geht in diesem Text auf die Ergebnisse der NFHS ein. In Heft 4 wird die Präferenz für Söhne ausgeführt.

Fruchtbarkeitsraten im NFHS-5 – 2019-2021

Die große Botschaft des von 2019 bis 2021 durchgeführten 5. *National Family Health Survey*¹ ist das Sinken der nationalen Fruchtbarkeitsrate auf 2,0 und damit unter das sogenannte Reproduktionsniveau, das bei 2,1 Kindern pro Frau erreicht wird. Das sichtbare Bemühen junger indischer Paare, die in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren eine Ehe eingegangen, die Kinderzahl zu begrenzen, scheint sich auch gegen den Wunsch oder die Pflicht durchzusetzen, mindestens einen Sohn aufzuziehen, der nach indischem Verständnis die väterliche Familie fortsetzen soll. Versuche, die Zusammensetzung des Nachwuchses nach Geschlecht durch selektive Praktiken zu beeinflussen, sind aber weiterhin im Survey deutlich erkennbar. Während der erste Teil des Artikels Prozessen nachgeht, die zur Begrenzung des Nachwuchses führen, behandelt der zweite Teil die im Survey sichtbaren Auswirkungen der sogenannten Sohnpräferenz und

die Praxis der selektiven Abtreibung. Nach dem Survey übertrifft heute die Gesamtzahl der Frauen in Indien seit Menschengedenken zum ersten Mal die Zahl der Männer. Hinweise des NFHS-5 darauf, ob damit auch ein *Empowerment* der Frauen auf dem Land und in den Städten einhergeht, bilden den Schluss dieses Beitrags.

Die Fruchtbarkeitsrate (*Total Fertility Rate*/TFR) der indischen Frauen hat sich in den letzten 20 Jahren kontinuierlich abwärts bewegt. Die drei NFHSs von 2005/6 bis 2019/22 zeigen sinkende Raten von 2,68 über 2,18 auf nunmehr 2,0 auf das sogenannte Reproduktionsniveau. Diese Tendenz findet sich über die Religionsgruppen hinweg und in allen Bundesstaaten.² Die Raten weisen jedoch erhebliche Unterschiede auf: von Bihar 2,98, Uttar Pradesh 2,35, Jharkhand 2,26 bis Westbengalen 1,64 und Punjab 1,63. Der Süden Indiens mit Kerala 1,79, Tamil Nadu 1,76, Telangana 1,75, Andhra Pradesh 1,68 und Karnataka 1,67 zeigt ein deutlich niedrigeres Reproduktionsniveau als die nord-

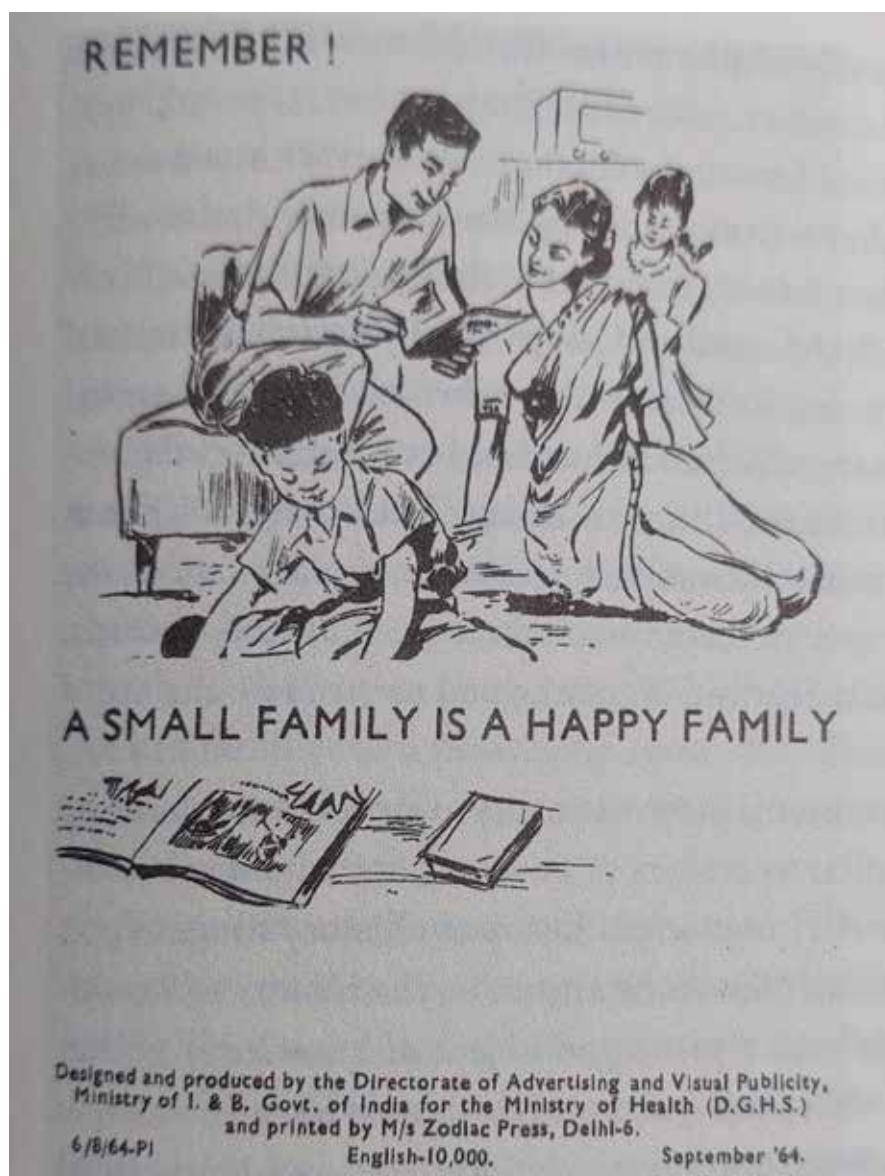
ost- und zentralindischen Bundesstaaten.³ Besonders weit fortgeschritten ist die Absenkung der weiblichen Fruchtbarkeit in den urbanisierten *Union Territories* von Delhi mit 1,62, Puducherry 1,49, Chandigarh 1,40 und im Bundesstaat Goa 1,30 (NFHS-5, Tabelle 4.3).⁴ Neben unterschiedlichen traditionellen Familienmodellen im Norden und im Süden⁵ dürften unter anderem die Bedeutung des Nachwuchses für die Familienökonomie (etwa Landwirtschaft), die von den Bundesstaaten getragenen Maßnahmen und finanziellen Anreize zur Beschränkung der Kinderzahl sowie die Orientierung an „modernen“, städtischen Lebensstilen Einfluss auf die Nachwuchsproduktion ausüben.

Die höchsten altersspezifischen Fruchtbarkeitsraten für die Jahrgänge von 20-24 Jahren finden sich mit 259 Kindern pro 1000 Frauen in Bihar, die niedrigsten in Kerala mit 66/1000. Diese beiden Bundesstaaten liegen am obersten und untersten Ende des von NITI Aayog,

dem neuen Beratungsgremium der Modi-Regierung, vorgelegten multi-dimensionalen Armutsindex (MPI).⁶ Nach dem MPI sind in Bihar 50 Prozent der Bevölkerung „arm“, während die Armutsbevölkerung in Kerala mit 1 Prozent angegeben wird.⁷ Der Pearson-Korrelationskoeffizient zwischen dem MPI und der TFR der Bundesstaaten und *Union Territories* (ohne den Nordosten) liegt nach Berechnung des Verfassers bei +0.85. Das Gefälle der Fruchtbarkeitsraten folgt damit weitgehend dem Verlauf der regionalen sozio-ökonomischen Entwicklung. Von den ärmsten 20 Prozent der Bevölkerung zum reichsten Quintil sinkt die TFR gleichfalls von 2,6 auf 1,6.

Die Nachwuchsproduktion scheint so mehr und mehr den ärmeren und zugleich ländlichen Schichten überlassen. So gibt es national zwischen ländlichen und urbanen Regionen einen Abstand der TFR von 2,14 zu 1,63. Gleichzeitig scheint das staatliche Angebot an Frauen sich sterilisieren zu lassen, auf die ärmeren, ländlichen Schichten zu zielen, die die Zielgruppen der antinatalistischen Biopolitik des Staates sind.

Im bekundeten Wunsch, die Kinderzahl auf zwei Kinder zu begrenzen, soweit diese erreicht sind, unterscheiden sich urbane und ländliche Regionen allerdings nicht wesentlich. Dieser Wunsch wird von Frauen und Männern gleichermaßen geteilt. Etwa 90 Prozent der Frauen und Männer sprechen sich für eine Begrenzung auf zwei Kinder aus, sofern bereits mindestens ein Sohn geboren wurde. Im anderen Fall sinkt der Wunsch, nicht mehr als zwei Kinder zu zeugen, auf 65 Prozent (Tab. 4.17). Das „Familienideal“ in Bezug auf die Kinderzahl wird von den unterschiedlichen Bildungsschichten, sozio-ökonomischen Lagen, Kasten- und Religionsgruppen mit Zustimmung zwischen 80 und 90 Prozent geteilt.⁸ Das tatsächliche reproduktive Verhalten scheint dagegen eher von den vorhandenen Mög-



Buchfaksimile zum Slogan „Remember! A small family is a happy family“ von 1964

lichkeiten und Zwängen ökonomisch-sozialer und familiärer Natur sowie den von den staatlichen Institutionen auf lokaler und regionaler Ebene gesetzten Rahmenbedingungen abhängig zu sein. So haben zur Erreichung des Ziels der Zwei-Kind-Familie einige Bundesstaaten wie Rajasthan, Odisha und Andhra Pradesh die Anstellung beim Staat auf Angehörige von Familien beschränkt, die die Zwei-Kind-Norm erfüllen. Ähnliches wurde 2021 von der BJP-Regierung im bevölkerungsreichsten Bundesstaat Uttar Pradesh ins Spiel gebracht, der hinter anderen Bundesstaaten in der Frage der Geburtenbegrenzung weit zurückbleibt.

Heiratsalter und Kinderzahl

Zur Senkung der TFR trägt wesentlich das steigende Heiratsalter von Frauen und in Folge von Männern bei. Insgesamt liegt der Anteil der Frauen, die im Alter von 18 Jahren bereits verheiratet sind, bei 23 Prozent. Im NFHS-4 von 2015-16 waren es noch 27 Prozent. In Bezug auf eine Heirat von Frauen vor dem gesetzlich erlaubten Alter von 18 Jahren unterscheiden sich jedoch die Bundesstaaten erheblich. So waren in Westbengalen von den verheirateten Frauen, die zum Zeitpunkt des Surveys im Alter von 20-24 Jahren waren, bereits 42 Prozent vor dem gesetzlichen Mindestalter von 18 Jah-

ren verheiratet worden, in Bihar waren es 40 Prozent, dagegen in Kerala acht Prozent und in Himachal Pradesh nur sieben Prozent (Tab. 6.4). Der Pearson-Korrelationskoeffizient zwischen der TFR der Bundesstaaten und dem Anteil der Frauen, die bis zum 18. Lebensjahr, bzw. der Männer, die bis zum 21. Lebensjahr verheiratet sind, beträgt + 0.67 bzw. + 0.85. Von den 20-24-jährigen städtischen Frauen sind 46 Prozent verheiratet, unter den 25-29-jährigen sind es bereits 81 Prozent, auf dem Land liegen die Raten bei 66 bzw. 91 Prozent.⁹ Nach Kasten- und Religionszugehörigkeit gibt es jedoch nur geringe Unterschiede.

Noch immer werden viele weibliche Jugendliche, auch um sich der Last der Wahrung ihrer sexuellen „Unbescholtenheit“ zu entledigen, in die „Obhut“ von jungen Ehemännern und ihrer Familien gegeben.¹⁰ Der Median des Alters der ersten Eheschließung steigt allerdings sowohl mit der Schulbildung der jungen Frauen als auch mit dem ökonomischen Status ihrer Herkunftsfamilie von etwa 17 Jahre auf 23 Jahre (Tab. 6.3.1). In dieser Hinsicht ist das Sinken der nationalen Fruchtbarkeitsrate auch eine Folge der zunehmenden Schul- und College-Ausbildung (*literacy*) von Frauen.¹¹ Der Prozentsatz der Frauen mit einer schulischen Ausbildung von 10 Jahren und mehr stieg von 2005/6 bis 2019/21 rasant von 22 Prozent auf 41 Prozent. Wesentlich für den Aufschub der Eheschließung (und damit der Geburten) ist jedoch nicht ein verstärkter Eintritt in die Erwerbstätigkeit, die für Frauen mit einer Schulbildung von 10 Jahren und mehr gegenwärtig nur bei etwa 20 Prozent liegt. Hingegen sehen Maya Unnithan oder Mytheli Sreenivas den Grund in der Erhöhung des „Tauscherts“ von heiratsfähigen Frauen und eine Senkung von Mitgiftforderungen bei schulisch hoch gebildeten Bräuten.

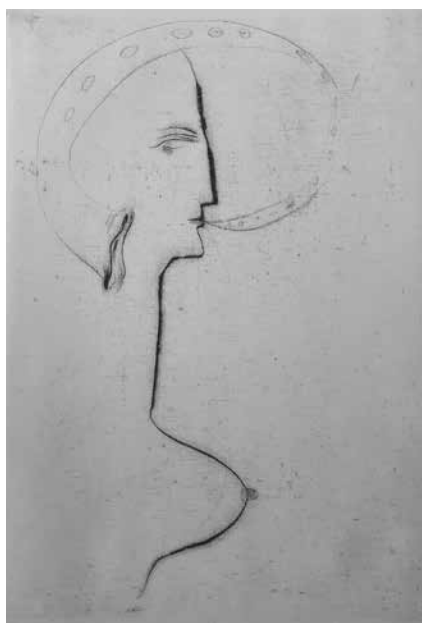
Der Median des Alters bei der ersten Geburt steigt ebenfalls mit dem Bildungsniveau der Frauen von 19,9 auf 24,9. Von den verheirateten Frauen im Alter von 15-19 Jahren haben bereits 35 Prozent ein Kind, im Alter von 20-24 sind es 42 Prozent mit einem Kind und 32 Prozent mit zwei Kindern und mehr. Von den 25-29-jährigen Frauen haben schließlich gut 90 Prozent Kinder: darunter 25 Prozent ein Kind, 41 Prozent zwei Kinder und 24 Prozent drei Kinder und mehr. Vom zweiten zum dritten Kind halbiert sich etwa die Zahl der Frauen, die gebären, zum vierten Kind nimmt die Zahl weiter um etwa 60 Prozent ab. Es ist vor allem die Sterilisation, durch die viele Frauen in frühem Alter ihren Nachwuchs begrenzen.

Verhütung durch Sterilisation

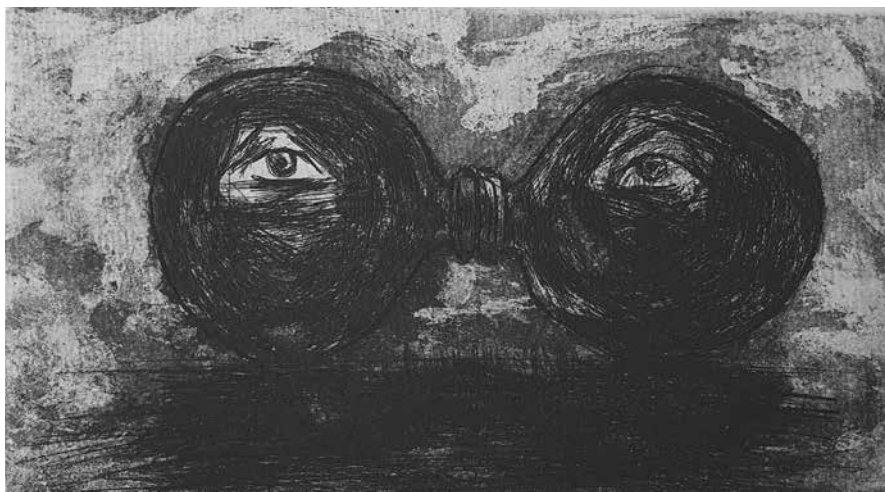
Im Zuge der Orientierung auf die Weltmärkte Anfang der 1990er-Jahre übernahm Indien auch die auf der Internationalen Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung 1994 in Kairo verkündeten Grundsätze in seine Neue Nationale Bevölkerungspolitik (NPP), die nicht mehr auf Zwangsmaßnahmen wie die Sterilisation von Männern und Frauen sondern auf Konsens und freie Wahl der Mittel der Familienplanung ausgerichtet sein sollte. Die Konferenz

in Kairo forderte die Staaten auf, die Fixierung auf Zielgruppen und Quoten aufzugeben und die „universellen reproduktiven Rechte“ ins Zentrum der Politik zu stellen, nach denen es das Recht jeder Frau ist, nach ihrem Willen Kinder zu bekommen oder nicht. Der Staat und die lokalen Institutionen der Gesundheitsvorsorge sollten einen „Korb von Optionen“ zur Verhütung und zur Geburtenplanung bereitstellen. Internationale Organisationen wie USAID und die Bill & Melinda Gates Stiftung förderten 2012 eine massive Kampagne zur Verbreitung von Verhütungsmitteln unter den indischen Frauen und Mädchen, an der auch die großen Pharmaunternehmen hohes Interesse zeigten. Die Leitlinien von NITI Aayog von 2019 zur „Stabilisierung der Bevölkerung“ nennen an erster Stelle den „*basket of contraceptive choices, with greater focus on spacing methods and helping women make informed choices about delaying pregnancies and spacing between children*“.¹² Das liest sich wie eine Kampfansage an die staatliche Zwangspraxis der Sterilisation zu Zeiten des Ausnahmezustandes 1974-1977. Dass der Staat jedoch weiter auf die Sterilisation von Frauen setzt, zeigt unter anderem die Tragödie vom November 2014, in der 13 Frauen in einem Sterilisationscamp an unsachgemäßen Eingriffen starben.¹³

Weiterhin zahlt der Staat an „willige“ Frauen Prämien für vollzogene Sterilisationen nach zwei Kindern (oder auch zwei Mädchen). Sterilisation wird auch bei Auszahlungen aus Programmen zur Verbesserung der familiären und gesellschaftlichen Lage von Mädchen in den Bundesstaaten (unter anderem Madhya Pradesh, Andhra Pradesh, Karnataka, Haryana) vorausgesetzt.¹⁴ Der Staat forciert seine Zwei-Kind-Politik durch „*carrot and stick*“.¹⁵ Dabei hält Regierungschef Modi an der Rhetorik der 60er und 70er-Jahre gegen ein „unkontrolliertes Bevölkerungswachstum“ fest.¹⁶ Der staatliche „Warenkorb“ an Verhütungsmitteln enthält heute neben der Sterilisation in-



Zeichnung: Savi Savarka



Zeichnung: Savi Savarkar

trauterine Einsätze (IUD), hormonelle Implantate, das wegen seiner Nebenwirkungen umstrittene Depo-Provera von Pfizer, Verhütungspille, Kondome sowie die chirurgische oder medikamentöse Abtreibung, die von öffentlichen und privaten Kliniken und Einrichtungen bereitgestellt bzw. praktiziert werden.

Der Fragebogen des NFHS-5 zeigt die Sorge der Politik gegenüber „unzuverlässigen Nutzerinnen“, die eine informierte und kontinuierliche Nutzung der Verhütungsmittel in Frage zu stellen scheinen. Die Frauen in der Stadt wie auf dem Lande zeigen sich jedoch gut informiert über Verhütungsmethoden, insbesondere zu fast 100 Prozent über die Sterilisation, aber auch unter Verheirateten mit

etwa 90 Prozent über die Pille und den Kondomgebrauch. Die Bekanntheit von IUD und Injektionen liegt auf dem Land bei etwas über 80 Prozent. Eher unbekannt sind Diaphragma oder Schaum. Immerhin zwischen 50 Prozent und 60 Prozent zeigen sich als informiert über Nebenwirkungen der Verhütungsmittel (5.13). Insgesamt präsentiert der NFHS-5 damit das Bild einer „informierten Wahl“.

Die Praxis der Frauen

Zwei Drittel (67 Prozent) der verheirateten Inderinnen praktizieren nach eigenen Angaben irgendeine Form von Verhütung – im NFHS-4 waren es erst 54 Prozent. Etwa 56 Prozent der Praktiken werden als „moderne Methoden“ bezeichnet – im NFHS-4 waren es nur 48 Prozent. Nach den Aussagen der verheirateten Frauen im NFHS-5 werden auf nationaler Ebene von den modernen Mitteln das Kondom zu 9,5 Prozent, die Pille zu 5,1 Prozent, IUD zu 2,1 Prozent und Injektionen zu 0,5 Prozent verwandt (Tab. 5.3.1). Angeführt wird die Verhütungspraxis jedoch durch die Sterilisation von Frauen mit gut 38 Prozent (von Männern 0,3 Prozent). Auf traditionelle Methoden (unter anderem Rhythmusbeobachtung, *coitus interruptus*) verlassen sich etwa zehn

Prozent. Insgesamt ein Drittel aller Frauen verhütet im Lichte des Survey nicht, sondern verlässt sich auf die Abtreibung, vor allem durch Medikamente, um die Zahl der Geburten zu begrenzen.¹⁷ Die Anwendung von Verhütungsmitteln steigt deutlich mit dem Verstädterungsgrad des Wohnortes, wie Kundu et al. an Hand des NFHS-4 zeigen konnten.¹⁸

Anfang der 1960er-Jahre schienen die verfügbaren Verhütungsmittel wie Kondome, Pessare oder Spermizide nicht in der Lage zu sein, die von internationalen und nationalen Experten herauf beschworene „Bevölkerungsexplosion“ zu verhindern. Die überhastete Einführung der IUD, ihre zwanghaften Aspekte, der Mangel an erfahrem medizinischen Personal für die Nachsorge ließen die *loops* schnell in der Gunst der indischen Frauen sinken.¹⁹ Auch die aufkommende Pille schien für die indische Bevölkerung, die sich nur zögerlich bis widerwillig dem Ansinnen der Verhütung erschloss, wenig geeignet, da sie wie die älteren Mittel eine kontinuierliche Praxis voraussetzt. Auch in der Gegenwart zweifeln die Experten an der Fähigkeit vieler Frauen, kontinuierlich und zuverlässig zu verhüten, und halten Methoden, die von Frauen kontrolliert werden, für unsicher.²⁰ Mehr als ein Drittel der Männer schiebt die Aufgabe der Verhütung kategorisch den Frauen zu (Tab. 5.17). Der Kondom-Gebrauch scheint durch die Anforderungen an die innereheliche Kommunikation über Sex²¹ und den Unwillen der Männer in Schranken gehalten werden. Die Sterilisation von Frauen erscheint daher als Mittel der Wahl, das die sichere Umsetzung der bevölkerungspolitischen Ziele an den Körpern der Frauen praktiziert. So sind heute im Alter zwischen 25-29 etwa 25 Prozent der verheirateten Frauen sterilisiert, zwischen 30 und 34 Jahren etwa 40 Prozent und mit 50 Jahren gut 58 Prozent (Tab. 5.5.). Der Median des Alters bei der Sterilisation liegt früh bei 26 Jahren. Die Raten für die ländlichen



Zeichnung: Savi Savarka

Frauen liegen leicht über denen der Stadtfrauen. Nach Erkenntnissen von Das und Uppal präferieren jedoch junge Paare zunehmend flexible Methoden der Verhütung.

Sterilisationsraten

Die Sterilisationen werden in der Stadt zu 70 Prozent und auf dem Land zu 85 Prozent von staatlichen Einrichtungen durchgeführt. Diese stellen auch IUD, Verhütungspillen und Kondome bereit. Millionen von weiblichen ASHAs (*Accredited Social Health Activists*) ermuntern Frauen zur Sterilisation und erhalten dafür Prämien.

Die Verhütungspraxis zeigt starke regionale Unterschiede und ein komplexes Bild. In größeren Bundes-

staaten wie Andhra Pradesh, Telangana, Karnataka und Kerala sind die Raten der Sterilisation seit dem NFHS-4 weiter gestiegen. Im Süden bewegen sich die Raten zwischen 50 Prozent in Kerala und 70 Prozent in Andhra Pradesh. Der Osten bewegt sich zwischen Odisha mit 28 Prozent und Chattisgarh mit 52 Prozent. Im Punjab, in Chandigarh, Delhi, Goa und Uttarakhand liegen die Werte zwischen 18 Prozent und 30 Prozent. Dabei liegt in den letzten fünf Staaten bzw. *Union Territories* der Kondom-Gebrauch zwischen 22 Prozent und 31 Prozent. In Uttar Pradesh mit nur 16,9 Prozent an Sterilisationen spielen mit 19 Prozent der Kondom-Gebrauch und mit 18 Prozent die „traditionellen“ Methoden eine größere Rolle. In Westbengalen haben Pillen

mit 20 Prozent eine größere Verbreitung. Neben der Politik der Bundesstaaten spielen das Familienmodell (männliches Familienoberhaupt), Religionszugehörigkeiten und die Urbanisierung des Familienlebens bei gehobenem Einkommen eine Rolle in der Verhütungspraxis. Eine gewisse Bedeutung besitzt die Vermeidung von Auseinandersetzungen über Sexualpraktiken und die Stärke der Frauen in diesen Auseinandersetzungen.²² Der Kondom-Gebrauch steigt mit dem Bildungsniveau der verheirateten Frauen von etwa 5 Prozent auf 17 Prozent.

Die Sterilisation von verheirateten Frauen sinkt mit zunehmender Schulbildung von etwa 50 Prozent der Frauen mit weniger als fünf Jahren Beschulung auf etwa 22 Prozent

Jumana Emil Abboud, gefährdete natürliche Wasserquellen an den Hängen des Abu al-Adham in Ein Qiniya (Ramallah), d15, Hafenstraße

Foto: Theodor Rathgeber (privat)



bei den Frauen mit zwölf Schuljahren und mehr. Bei den nicht Erwerbstätigen liegt die Rate bei 32 Prozent, während die übrigen Frauen um 50 Prozent aufweisen. Muslimische Frauen sind mit 22 Prozent deutlich seltener sterilisiert als Hindu-Frauen oder Christinnen (um 40 Prozent). Die höheren Kasten zeigen eine Rate von 31 Prozent, der Rest bewegt sich um 40 Prozent.

Die Sterilisation wird häufig erst nach Geburt des zweiten Kindes vorgenommen (insgesamt 50 Prozent) und ist auch abhängig von der sogenannten Sohnpräferenz. Sind bei zwei Kindern noch keine Söhne geboren, verbleibt die Sterilisationsrate bei 35 Prozent, bei zwei Söhnen steigt sie auf 58 Prozent. Bei drei vorhandenen Kindern variiert die Sterilisations-Rate in Abhängigkeit von der Zahl der geborenen Söhne zwischen 34 Prozent und 63 Prozent.

Gut 50 Prozent der städtischen Frauen und gut 60 Prozent der ländlichen Frauen erhielten für die Sterilisation in einer öffentlichen Einrichtung oder einem Camp eine Prämie. Der Umfang, in dem Kompensationen gezahlt werden, variiert stark zwischen den Bundesstaaten: Punjab, Goa, Kerala zahlen in 30 Prozent bis 35 Prozent der Fälle; Odisha, Madhya Pradesh, Himachal Pradesh in circa 77 Prozent. Die Höhe der Kompensationen bewegt sich in bescheidenen Grenzen zwischen 400 und 2000 Rupien (etwa 5 bis 25 Euro).²³ Zielgruppen der Sterilisationskampagnen sind die ärmeren, vulnerablen Gruppen mit niedrigem Bildungsstand, die auch aus pragmatischen Gründen offen für eine zeitige Beendigung der Geburtenfolge sind.

Von der Normalität der Abtreibung

Bei der Abtreibung liegt die Last des Handelns bei den potentiellen Müttern, bei Frauen (*midwives*) in ihrer Umgebung und beim medizinischem



Jatiwangi Art Factory, Skulptur aus Ziegelsteinen zum Projekt *Kota Terakota*, d15, Hübner-Areal

Bild: Theodor Rathgeber (privat)

Personal, die den Prozess der Abtreibung zu Hause oder in den Kliniken einleiten oder begleiten. Abtreibung scheint häufig Geboten der Fortsetzung der patriarchalen Familie nachzukommen, die von der Verwandtschaft des Ehemannes gesetzt werden. Andererseits ist sie für Frauen auch ein Mittel, die Last der Geburten und der Kindererziehung zu vermeiden. Was als Unterwürfigkeit erscheint, mag zugleich auch ein Protest gegen die Zumutungen sein, die auf weibliche Nachkommen und Nachgeborene warten.²⁴ Die indische Frauenbewegung pocht sehr auf die reproduktiven Rechte der Frau, die darüber entscheiden soll, ob sie ein Kind haben wird oder nicht. Jedoch war das Recht auf Abtreibung nicht wie in Europa oder den USA ein Resultat von sozialen Bewegungen, sondern wurde als Instrument der Bevölkerungskontrolle in die nationale Gesundheitspolitik integriert.

Der *Medical Termination of Pregnancy Act von 1971*, der mehrfach ergänzt und erweitert wurde, erlaubt heute aus medizinischen und sozialen Gründen, die von Ärzten ratifiziert werden müssen, die Abtreibung bis zur 24. Woche, etwa auch bei einer fehl-

geschlagenen Verhütung, aber nicht zur Selektion von Föten. Erfragt wird häufig das Einverständnis des Ehemannes oder Vaters der Frau. Von den indischen Feministinnen wird das Abtreibungsregime als große Erregungenschaft angesehen, das sie sich zurechnen.

Die Zahl der jährlichen Abtreibungen wird durch den NFHS-5 deutlich unterschätzt. Die in *The Lancet* veröffentlichte gemeinsame Studie des *Institute for Population Sciences*, Mumbai, des *Population Council*, New York und des *Guttmacher Institute*, New York, kommt für 2015 auf 144,7 Schwangerschaften pro 1000 Frauen zwischen 15 und 49 Jahren. Davon gelten etwa 50 Prozent als „unintendiert“ und etwa ein Drittel wird durch Abtreibung beendet.²⁵ Die geschätzten 15,6 Millionen Abtreibungen ergeben eine Rate von jährlich 47 auf 1000 Frauen im Alter von 15-49 Jahren, während der NFHS-5 eine Rate von 29/1000 nahelegt. Während nach der Lancet-Studie etwa 81 Prozent der Abtreibungen mit Hilfe von Medikamenten, überwiegend außerhalb der Gesundheitseinrichtungen, vorgenommen werden, entfallen im NFHS-5 auf diese Methode nur 66 Prozent, und fast 80 Prozent der Abtreibungen sollen im Rahmen öffentlicher und auch privater Kliniken durchgeführt worden sein. Den Angaben im NFHS-5 zufolge liegen vermutlich vor allem registrierte Schwangerschaften zu Grunde, deren Ergebnisse vom Staat kontrolliert werden können.

Abtreibungen als Mittel der Geburtenkontrolle werden der Verhütung vorgezogen, solange Frauen potentiell fruchtbar, also nicht sterilisiert sind. Seit 2002 ist in Indien die Abtreibung durch Medikamente (unter anderem Mifepristone und Misoprostol) legalisiert, auch wenn diese nicht ungefährlich sind. Im lokalen Diskurs, etwa in Rajasthan, gilt die Abtreibung als „Säuberung“ (*safai*), die eine spätere Empfängnis befördern soll.

Frauen kontrollieren so ihre Geburtenfolge im gleichen Zuge, in dem sie ihre Fruchtbarkeit und die Männlichkeit ihrer Männer unter Beweis stellen. Über ihre Erfahrungen in Rajasthan schreibt Maya Unnithan: „*Safai, [...], was regarded by the childbearing mother and local midwife alike as a beneficial intervention as it was through 'cleaning' the womb that a healthy conception in future was ensured*“.²⁶ Die medizinischen/technischen Interventionen in die Körper der Frauen sind für diese zugleich Mittel der Ausübung reproduktiver Autonomie. Die nichtreversiblen Methoden der Abtreibung und der Sterilisation stehen dabei in deutlichem Gegensatz zu den reversiblen Methoden in Europa und den USA, die Reproduktion und sexuellen Verkehr zu trennen erlauben.²⁷

Der NFHS-5 lässt keine bedeutsamen Unterschiede in der Abtreibungspraxis zwischen den großen Kasten und stammesgesellschaftlichen Gruppen erkennen, ebenso wenig wie zwischen den großen Religionsgruppen. Anders als die von der britischen Kolonialmacht als mörderisch stilisierten *infanticidal castes*, etwa der Brahmanen (Purewal 2010), bietet der Survey das Bild einer vom Staat beförderten, sozial verallgemeinerten Praxis, die von der „Mittelschicht“ wie auch von sozial schwächeren Gruppen geteilt wird.

Zum Autor



Hanns Wienold ist emeritierter Soziologe der Universität Münster. Seine Arbeitsschwerpunkte sind empirische Sozialforschung, Industrie-soziologie, Gewerkschaften und Agrarsoziologie.

Endnoten

- ¹ International Institute for Population Sciences (IIPS) and ICF, *National Family Health Survey* (NFHS-5), 2019–21, India Report, Mumbai: IIPS, 2021.
- ² James, K.S., J.Rana: *India's Fertility Transition and Differences between Religious Groups*, The India Forum, 5. November, 2021.
- ³ Der Nordosten Indiens soll wegen seiner historischen und politischen Besonderheiten hier ausgeklammert werden.
- ⁴ Alle Angaben zu Tabellen beziehen sich auf die NFHS-Studie.
- ⁵ Uberoi P.: The Family in India. Beyond the Nuclear versus Joint Debate, In: Veena Das (ed.): *The Oxford India Companion to Sociology and Social Anthropology*, New Delhi, Oxford University Press, 1061–1103, 2003.
- ⁶ Der MPI wird aus zwölf Indikatoren aus den Bereichen Gesundheit, Ernährung, Erziehung und Lebensstandard errechnet. Die Konstruktion basiert auf den Daten des NFHS 4, NITI Aayog: *India. Multidimensional Poverty Index. A Baseline Report*, New Delhi, 2021.
- ⁷ Zur methodologischen und politischen Problematik des MPI siehe Mohanty, S. K. et al.: Reflections on the NITI Aayog Multidimensional Poverty Index. In: *epw*, Vol LVII No 14, S. 17–20, 2022.
- ⁸ Die Muslime bilden mit 73 Prozent eine gewisse Ausnahme.
- ⁹ Die Männer folgen im Abstand von etwa fünf Jahren. Etwa 10% der Frauen bleiben unverheiratet, bei den Männern sind es letztlich etwa vier Prozent.
- ¹⁰ Es gibt eine staatliche Prämie für Eheschließungen nach dem gesetzlichen Mindestalter von 18 Jahren, die von vielen Familien abgewartet wird. Die Eheschließungen vor Erreichung des Mindestalters von 18 Jahren werden kaum sanktioniert; Uberoi 2003, Endnote 5, 1080f.
- ¹¹ Siehe auch Paul, K., S. Saha: Declining Child Sex Ratio in India and its Major Correlates, In: *Int J Cur Res Rev*, Vol 7, Nr 11 26–32, 2015.
- ¹² NITI Aayog, 2019, Endnote 6.
- ¹³ Hartmann, B., M. Rao: India's Population Programme. Obstacles and Opportunities. In: *epw*, Vol. L, No 44, S. 10–13, hier S. 10, 2015.
- ¹⁴ Sekher, T.V.: Ladlis and Lakshmis. Financial Incentive Schemes for the Girl Child. In: *epw*, Vol XLVII, No 17, S. 58–65, 2012.
- ¹⁵ Sreenivas, M.: *Reproductive Politics and the Making of Modern India*. Seattle, University of Washington Press, 2021, S. 206/7.
- ¹⁶ Ebd. An die Stelle der Malthusianischen Vision einer „Überbevölkerung“ angesichts knapper natürlicher Ressourcen tritt in Indien das Menetekel des „beschäftigungslosen Wachstums“, das keine ausreichende Arbeitsplätze für die jährlich aus einer Kohorte von 24 Millionen ins Erwerbsleben eintretenden 10–15 Millionen junger Inderinnen und Inder bereitstellt.
- ¹⁷ Das gandhianische Ideal der Enthaltsamkeit (*Brahmacharya*) gilt in der heutigen indischen Bevölkerungspolitik als „unwissenschaftlich“ und spielt keine Rolle, siehe Sreenivas 2021, Endnote 15, S. 173.
- ¹⁸ Kundu, D. et al.: Sex Ratio at Birth in Urban India, In: *epw* Vol LVII Nr. 3 S. 438–455, 2022.
- ¹⁹ Sreenivas 2021, Endnote 15, S. 150ff.
- ²⁰ Unnithan, M.: *Fertility, Health and Reproductive Politics. Re-Imagining Rights in India*, London–New York, Routledge, S. 51, 2021.
- ²¹ ebd. S. 52.
- ²² Unnithan 2019, Endnote 20.
- ²³ Wale, J., S. Rowlands: *Incentivised Sterilisation: Lessons from India and for Future*. Eprints.bournemouth.ac.uk/33968/1 Incentives EJCRH accepted version, 2021. Siehe auch Gupta, S.: NFHS-5. Female sterilization rises in rural India. *Gaon Connection*. 30.1.2021.
- ²⁴ so Unnithan 2019, Endnote 20, S. 96.
- ²⁵ Singh, S. et al.: The Incidence of Abortion and Unintended Pregnancy in India, 2015, In: *The Lancet, Glob Health* Vol. 6, Januar 2018, S. 111–120.
- ²⁶ Unnithan 2019, Endnote 20, S. 111.
- ²⁷ ebd. 115.