

Mirjam Hägele

Reproduktive Gesundheit in Finanznot

**Eine Zwischenbilanz zehn Jahre nach der
Weltbevölkerungskonferenz von Kairo**

Eine geschätzte Weltbevölkerung von neun Millionen Menschen im Jahre 2050, besonders hohe Natalitätsraten in den Entwicklungsländern sowie abnehmende Naturressourcen bereiten seit Jahrzehnten Sorge und waren 1974 und 1984 Thema der Weltbevölkerungskonferenzen von Bukarest und Mexiko. War das Ziel dieser Treffen noch die Verlangsamung des Bevölkerungswachstums, so ging es 1994 in Kairo auch um die Sicherstellung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie die Verbesserung des sozialen Status der Frau. Einen Rückschlag erlebte das Kairoer Aktionsprogramm zunächst, als die UN-Generalversammlung 2002 sexuelle und reproduktive Gesundheit und Familienplanung nicht als Ziele in ihre *Millenium Development Goals* aufnahm. Heute jedoch zeigen sich erste Früchte. Bis 2015, dem in Kairo genannten Stichjahr, soll manches – etwa die Senkung der Müttersterblichkeit, eine verbesserte flächendeckende Schwangerenversorgung, ein Abbau kulturbedingter Probleme und Benachteiligungen von Frauen, die Eindämmung von AIDS sowie eine verbesserte Schulbildung – erreicht sein. Ob dies realistisch ist, hängt auch von der Bereitschaft der Industrienationen ab, ihrer Zahlungspflicht künftig besser nachzukommen als in der Vergangenheit.

■ Executive Summary

While population figures in most industrialised countries are either stagnating or declining, the global population is increasing steadily. The UN estimates that as many as nine million people will be inhabiting the earth by 2050. 99 percent of the increase will be due to the developing countries, with Africa heading the list with its reproduction rate of 5,1 children per woman.

We should be pleased to note, however, that across the board the number of children per woman has been going down throughout the last few decades. Thanks to modern family planning, the growth rate of the world population has been declining markedly in the past 50 years.

There are two main reasons why many women in developing countries have more than two children: First, many unwanted pregnancies are caused by the prevailing lack of sex education and contraceptives, and second, people often want to have more than two children for cultural reasons, with the need to make provisions for old age as well as for labour playing a particular role. There are figures to underpin this opinion: At the moment, more than one billion young people aged 15 to 24 are attaining reproductive maturity in the developing countries, forming the biggest youth generation of all time.

There are two reasons why the growing world population is a cause for concern. On the one hand, natural resources are being consumed successively. Water scarcity is becoming a problem, the yield of the

world's fisheries is declining, and the area of forest per capita is shrinking. On the other hand, the environment is being damaged permanently. Global CO₂ emissions are still on the rise – a trend for which the industrialised countries bear 60 percent of the responsibility.

To establish a rational system for dimensioning the population and the environment as well as the damage to the latter, Canadian scientists developed the 'ecological footprint' concept as early as 1990. This indicator specifies the area required to provide the drinking water, food, raw materials, and energy consumed by a population, and to accommodate the waste produced by it.

The first population conferences were held in Bucharest in 1974 and in Mexico City in 1984. At both, the international community discussed the problem of global population growth and its consequences with the objective of slowing down the growth rate. Conversely, the world population conference which took place in Cairo in 1994 focused on another aspect: A population-policy action programme adopted by 179 nations which revolved around the right of the individual to sexual and reproductive health as well as a better status for women in society. The underlying maxim was that every couple should have the right to decide freely how many children it wants and when they should be engendered, and that it should have access to family-planning methods of its own choice as well as to information about them.

This humanisation of population policy does not imply that the goal of slowing down the growth of the world population has been given up. Rather, it was hoped that the old and the new goal could be reached together.

Proponents of the Cairo programme were somewhat disappointed when the UN General Assembly did not include sexual and reproductive health and family planning among its *Millennium Development Goals* in 2000, although four of the goals named were based on some of the major concepts of the Cairo consensus. Today, more than ten years later, they begin to bear fruit: According to an UNFPA survey, quite a number of developing countries have been making progress with the implementation of the Cairo guidelines.

Despite the recognition internationally accorded to the Cairo programme, the political framework conditions for implementing it have become markedly more difficult a decade later: Having barely set foot in his office, George W. Bush reintroduced the 'global gag rule' of 1984, which debars all those non-governmental organisations from receiving American development aid which endorse abortion in any of its forms. Abortion had been an issue as early as 1994, when Arab states joined forces with Catholic Latin American countries and the Vatican to combat any statements relating to the interruption of pregnancy. However, Mr Bush and his administration have not only set their faces against abortion, they oppose the use of modern contraceptives in any form, advocating abstinence and conjugal fidelity instead.

There can be no doubt that the US stands alone on the international plane with its abstinence-only approach. Being the biggest donor nation, however, its refusal to cooperate deals a heavy blow to the financing of development projects in the field of reproductive health. Meanwhile, the international community is ostentatiously resisting the rigorous policy of the US government, and not without success: In March of this year, the goals of Cairo were endorsed by the Economic and Social Commission for Asia and the Pacific Rim as well as by the Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Ultimately, Washington did not even succeed to thwart the new reproductive-health strategy of the WHO, which follows the lines of Cairo: The action programme was confirmed by the Commission in May 2004.

There is certainly no lack of widespread political support for the goals of Cairo worldwide. Even so, their implementation is attended by considerable funding problems, for the industrialised nations, including Germany, have paid less than half of their specified contribution so far. If the industrialised nation had met their obligations in the past, more than 268 million unwanted pregnancies, 113 million abortions, and 733.000 cases of death in childhood might have been prevented according to UNFPA estimates.

Modern contraceptives are being used by more than half of all women worldwide, although regional differences are considerable: While figures in industrialised countries range above the 70-percent level,

they barely reach 20 percent in Africa, leading to unwanted pregnancies, inept abortions, and teenage pregnancy.

Similarly, maternal mortality might be reduced. While the proportion of women who die during childbirth is one in 2,800 in the industrialised nations, it is one in 67 in the developing countries. Nationwide medical care during pregnancy as well as emergency assistance during childbirth could save the lives of many women.

Among the reasons why many women are not prepared to use contraceptives, and why they are often in worse health than their husbands, there may be the fact that cultural norms relegate women to an inferior status in certain societies. No less problematic is the practice of marrying girls off at an early age, which is particularly widespread in African cultures. As they are often much younger than their male counterparts, the position of these women in a partnership is comparatively weak. This frequently leads not only to very early pregnancies but frequently also to HIV/AIDS infection by the older partner, who may be sexually more experienced. Further contributing factors include disinformation and a superstition that is especially widespread in Africa, which says that having sexual intercourse with a virgin will heal AIDS.

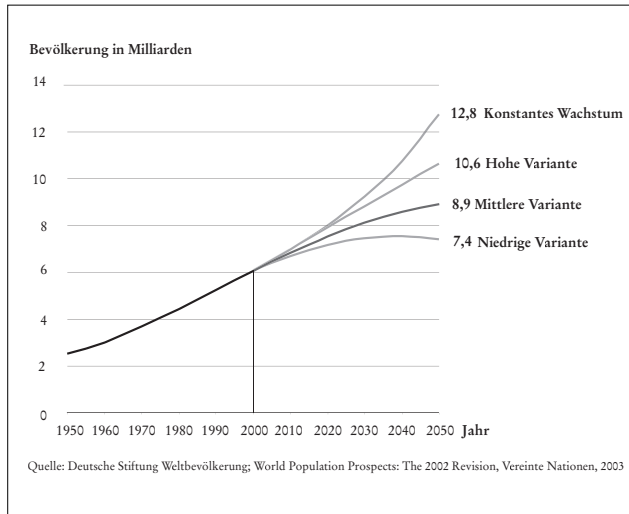
At the moment, 38 million people in the world live with AIDS. In 2003, five million people were infected with AIDS, and three million died of it. Next to other regions of the world, where intensive drug abuse contributes to the spread of the HI virus, Africa south of the Sahara suffers most. It is here that the societal consequences of the AIDS epidemic are particularly grave, including inadequate school education as well as the lack of perspectives of children left orphaned after the death of their parents from AIDS.

Intending to realise palpable improvements in the problem areas described above by 2050, the year named for achieving the Cairo objectives, the UNFPA has called upon the industrialised nations in its world population report to release the funds they agreed to provide in 1994. Much of the success of the objectives set in Cairo, including those relating to sexual and reproductive health, depends on whether or not the industrialised countries are prepared to do so.

■ Die Weltbevölkerung wächst

Während die Bevölkerungszahl in den meisten Industrienationen stagniert oder rückläufig ist, nimmt die Gesamtanzahl der Menschen weltweit beständig zu. In den letzten 40 Jahren hat sich die Weltbevölkerung auf heute 6,4 Milliarden Menschen verdoppelt. Bis 2050 gibt es der mittleren Variante der UN-Projektionen zufolge voraussichtlich knapp neun Milliarden Menschen.

■ Grafik 1: Weltbevölkerungsprojektionen für 2050



Rund 99 Prozent dieses Zuwachses findet in Entwicklungsländern statt. Während Frauen in Industrieländern durchschnittlich 1,5 Kinder bekommen, sind es in Entwicklungsländern (ohne China) 3,5 Kinder. Wobei es große regionale Unterschiede gibt: Besonders hoch ist die Fertilitätsrate mit 5,1 Kindern pro Frau in Afrika. Spitzenreiter der Statistik ist Niger – dort bringt im Durchschnitt jede Frau acht Kinder zur Welt.

Insgesamt ist die Kinderzahl pro Frau in den letzten Jahrzehnten jedoch beständig zurückgegangen: Während Frauen im weltweiten Mittel in den sechziger Jahren noch sechs Kinder bekamen, sind es heute nur noch 2,8. Proportional stiegen die Verhütungsraten an. Heute nutzen weltweit 54 Prozent der verheirateten Paare moderne Familienplanungsmethoden; im Jahr 1960 waren es nur zehn bis 15 Prozent. Dank

dieser Entwicklung ist die Wachstumsrate der Weltbevölkerung in den letzten 50 Jahren erheblich zurückgegangen. 1960 betrug sie noch zwei Prozent, heute sind es 1,22 Prozent.

Damit die Bevölkerungszahl sich langfristig stabilisiert, müsste jede Frau durchschnittlich 2,1 Kinder bekommen, um sich selbst und ihren Partner zu ersetzen. Liegt die Kinderzahl über dem Ersatzniveau, nimmt die Bevölkerungszahl zu. In Entwicklungsländern gibt es im Wesentlichen zwei Gründe, weshalb Frauen häufig mehr als zwei Kinder bekommen:

1. Aufgrund eines Mangels an Aufklärung und Verhütungsmitteln gibt es viele ungewollte Schwangerschaften. Rund 201 Millionen Frauen in Entwicklungsländern wollen nach Angaben des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen, UNFPA, verhüten, haben aber nicht die Möglichkeit dazu. Jährlich werden weltweit etwa 210 Millionen Frauen schwanger – davon 80 Millionen ungewollt.
2. Obwohl in Entwicklungsländern die Fruchtbarkeitsrate in den letzten Jahrzehnten gesunken ist, wünschen sich viele Menschen aus kulturellen und traditionellen Gründen mehr als zwei Kinder. Zum Beispiel stellen Kinder in Regionen ohne staatlich geregeltes Rentensystem die Altersvorsorge ihrer Eltern dar. In ländlichen Gebieten werden Kinder zudem häufig als Arbeitskräfte gebraucht.

Neben ungewollten Schwangerschaften und einem Kinderwunsch von mehr als zwei Kindern wirkt sich auch die Altersstruktur in Entwicklungsländern auf das Bevölkerungswachstum aus. Aufgrund der hohen Fertilität vorangegangener Generationen lebt heute in Entwicklungsländern die größte Jugendgeneration aller Zeiten: Mehr als eine Milliarde Jugendliche zwischen 15 und 24 kommt gerade ins reproduktive Alter. Von ihren Entscheidungen, wann und wie viele Kinder sie im Laufe ihres Lebens bekommen wollen, hängt das Bevölkerungswachstum der Zukunft ab.

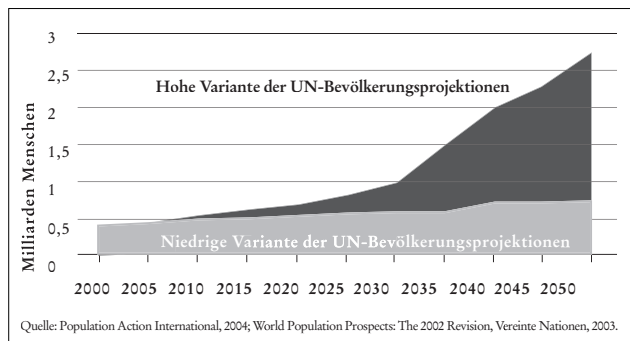
■ **Problematik des Weltbevölkerungswachstums**

Die wachsende Weltbevölkerung ist in mehrfacher Hinsicht ein Anlass zur Sorge. Immer mehr Men-

schen brauchen immer mehr Wasser, Nahrung und Energie, so dass die Belastung von Süßwasservorkommen, Ackerland, Waldflächen, Fischereizonen und Atmosphäre beständig zunimmt. In vielen Regionen der Erde werden natürliche Ressourcen daher kontinuierlich aufgebraucht, und die Umwelt wird dauerhaft geschädigt. Dabei treffen die negativen Auswirkungen dieser Entwicklungen häufig arme Regionen besonders hart.

Nach Angaben von Population Action International werden schon 2005 voraussichtlich mehr als 750 Millionen Menschen unter Wasserknappheit leiden; bis zum Jahr 2025 wird diese Zahl auf 2,6 bis 3,1 Milliarden angestiegen sein. Auch die Verfügbarkeit von Ackerland und die Ergiebigkeit der Fischfanggebiete wird sich in diesem Zeitraum verschlechtern. Genauso nimmt die Größe der Waldfläche pro Kopf mit steigender Weltbevölkerung ab: Während im Jahr 2005 bereits 2,2 Milliarden Menschen in Ländern mit Waldarmut leben werden, sind es 2025 voraussichtlich 3,5 Milliarden.

■ Grafik 2: Immer mehr Menschen von Landknappheit betroffen

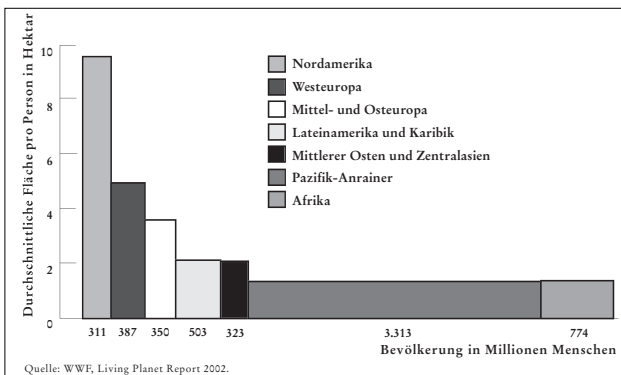


Neben der Ressourcenknappheit nimmt auch die Umweltzerstörung zu: Beispielsweise ist der CO₂-Ausstoß pro Kopf in den letzten 20 Jahren zwar relativ stabil geblieben. Die weltweiten CO₂-Emissionen sind jedoch in absoluten Zahlen stetig angestiegen. Die Zunahme entspricht etwa dem Wachstum der Weltbevölkerung in diesem Zeitraum. Trotzdem sind nicht allein die schnell wachsenden Entwicklungsländer für den Anstieg verantwortlich: Die Industrieländer mit einem relativ niedrigeren Bevölkerungswachstum verursachen etwa 60 Prozent der Emissionen. In Deutschland lag der CO₂-Aus-

stoß im Jahr 2000 zum Beispiel bei 2,61 Tonnen Kohlenstoff pro Kopf – das ist etwa halb soviel wie in den USA, aber 250 Mal soviel wie in Mali, wo ein Bewohner den durchschnittlichen Ausstoß von nur 0,01 Tonnen jährlich verursacht.

Um Bevölkerung und Umwelt in das richtige Verhältnis zu setzen und die Folgen für die Umwelt systematisch erfassen zu können, entwickelten die kanadischen Wissenschaftler William Rees und Mathis Wackernagel 1990 das Konzept des „ökologischen Fußabdrucks“. Dieser Indikator gibt die Fläche an, die notwendig ist, um den gegenwärtigen Verbrauch einer Bevölkerung an Trinkwasser, Nahrungsmitteln, Rohstoffen und Energie zu decken, und ihre Abfall- und Kohlendioxidproduktion aufzunehmen. Demnach hatten die USA im Jahr 1999 einen absoluten ökologischen Fußabdruck von 9,7 Hektar pro Person, während die biologische Kapazität des Landes aber nur 5,27 Hektar beträgt. Westeuropas Abdruck lag bei 4,97 Hektar bei einer Biokapazität von 2,13. Den Gegenpol zu den Industrienationen bilden Lateinamerika und die Karibik. Diese Region hatte 1999 einen ökologischen Überschuss von 1,85 Hektar pro Person bei einem Verbrauch von 2,17 Hektar und einer biologischen Kapazität von 4,02 Hektar.

■ Grafik 3: „Ökologischer Fußabdruck nach Regionen“



■ Weltbevölkerungskonferenz von Kairo 1994

In Bukarest (1974) und Mexiko-Stadt (1984) fanden erste UN-Bevölkerungskonferenzen statt, auf denen sich die internationale Gemeinschaft mit dem Pro-

blem des Weltbevölkerungswachstums und dessen Folgen beschäftigt. Mit der Zielsetzung einer Verlangsamung des Bevölkerungswachstums orientierte man sich damals zumeist an Wachstumsraten und demographischen Zielvorgaben. Die chinesische Ein-Kind-Politik ist ein extremes Beispiel für die rigide Umsetzung einer Politik, die den Zwang zu demographischer Regulierung über das Wohl und die Rechte des einzelnen Menschen stellt.

Auf der International Conference on Population and Development (ICPD) 1994 in Kairo wurde diese Perspektive zu den Akten gelegt: 179 Nationen einigten sich auf ein Aktionsprogramm, das erstmals das Recht des Einzelnen auf sexuelle und reproduktive Gesundheit in den Mittelpunkt der Bevölkerungspolitik stellte. Voraussetzung hierfür sei, „daß Menschen ein befriedigendes und ungefährliches Sexualeben haben können und daß sie die Fähigkeit zur Fortpflanzung und die freie Entscheidung darüber haben, ob, wann und wie oft sie hiervon Gebrauch machen wollen.“¹⁾ Außerdem setzt sich das Programm explizit für die Verbesserung des Status der Frau in der Gesellschaft ein und war damit Wegbereiter für die Weltfrauenkonferenz ein Jahr später in Peking. Inzwischen hat sich das Aktionsprogramm zu einer Charta für Familienplanung, reproduktive Gesundheit und Frauenrechte entwickelt.

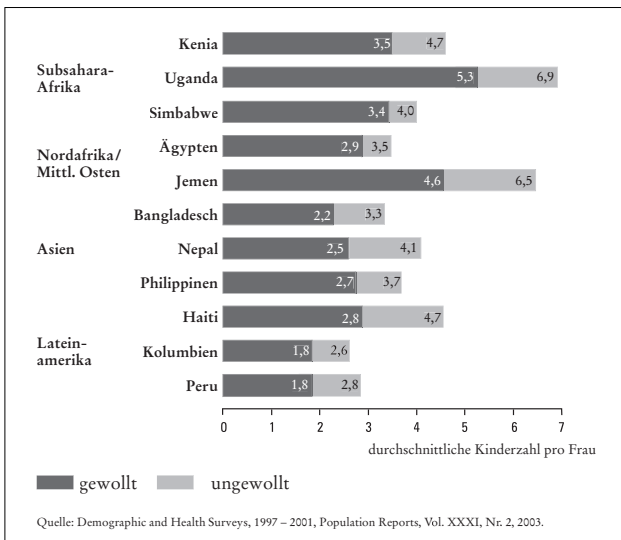
Dem Kairoer Aktionsprogramm liegt die Maxime zugrunde, dass jedes Paar das Recht hat, frei darüber zu entscheiden, wann und wie viele Kinder es haben möchte. Dies impliziere „das Recht von Männern und Frauen, informiert zu werden und Zugang zu sicheren, wirksamen, erschwinglichen und akzeptablen Familienplanungsmethoden ihrer Wahl sowie zu anderen Methoden der Fertilitätsregulierung ihrer Wahl zu haben [...] und das Recht auf Zugang zu angemessenen Gesundheitsdiensten, die es Frauen ermöglichen, eine Schwangerschaft und Entbindung sicher zu überstehen, und die für Paare die bestmöglichen Voraussetzungen schaffen, daß sie ein gesundes Kind bekommen“²⁾. Neben Familienplanung und der Gewährleistung einer sicheren Mutterschaft fordert das Programm zudem Maßnahmen zur Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten (inklusive HIV/Aids).

1) Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (1994), „Internationale Konferenz 1994 über Bevölkerung und Entwicklung (ICPD 1994) – Eröffnungsansprachen, deutsche Redebeiträge, Konferenzbericht und Aktionsprogramm“, Kapitel 7, Absatz 2, S. 178.

2) Ebd.

Diese Humanisierung der Bevölkerungspolitik mit einem Fokus auf freiwilliger Familienplanung bedeutet jedoch nicht, dass das Ziel der Verlangsamung des Weltbevölkerungswachstums 1994 ganz aufgegeben wurde. Vielmehr erhoffte man sich angesichts erheblicher Diskrepanzen zwischen gewünschter und tatsächlicher Kinderzahl in Entwicklungsländern, beide Probleme zusammen lösen zu können. Durch eine bessere Gesundheitsversorgung von Frauen sollten diese motiviert werden, von sich aus Familienplanungsdienste in Anspruch zu nehmen. Auch heute ist dieser Ansatz noch vielversprechend: So bekommen Frauen in Uganda durchschnittlich immer noch 6,9 Kinder, obwohl sie eigentlich nur 4,8 wünschen. In Nepal sind es mit 4,1 Kindern ebenfalls 1,5 Kinder mehr als Frauen dort gerne hätten.

■ Grafik 4: Kinderwunsch und Kinderzahlen in Entwicklungsländern



Neben dem demographischen Effekt würde die Versorgung mit Familienplanungsdiensten auch automatisch die reproduktive Gesundheit vieler Frauen verbessern: Rund 201 Millionen Frauen in Entwicklungsländern haben einen ungedeckten Bedarf an Verhütungsmitteln. Mit der flächendeckenden Verfügbarkeit von Kontrazeptiva könnten Frauen ihre Geburten planen und größere Abstände zwischen ihre Geburten legen, was zudem die Gesundheit von Mutter und Kind erheblich verbessert.

■ Millennium-Entwicklungsziele

Als die UN-Generalversammlung im Jahr 2000 die *Millennium Development Goals* (MDGs) verabschiedete, war die Enttäuschung unter den Befürwortern von Kairo groß: Sexuelle und reproduktive Gesundheit bzw. Familienplanung wurde nicht als eigenes, umfassendes Entwicklungsziel in der Agenda festgehalten. Trotzdem bestätigte die Internationale Gemeinschaft mit den MDGs den Konsens von Kairo: Vier Ziele der Millenniumserklärung greifen Kernziele des Kairoer Aktionsprogramms auf: Die Förderung der Gleichstellung der Geschlechter und Stärkung der Frauen, die Senkung der Kindersterblichkeit, die Verbesserung der Gesundheit von Müttern und die Bekämpfung von HIV/Aids finden sich bereits im Programm von 1994.

Tatsächlich kann das Aktionsprogramm zum zehnjährigen Jubiläum noch weitere politische Erfolge verzeichnen: Der globalen Länderumfrage 2003 von UNFPA zufolge haben viele Entwicklungsländer große Fortschritte bei der Umsetzung der Handlungsempfehlungen von Kairo gemacht. Demnach gaben 96 Prozent der 151 befragten Länder an, dass sie jetzt Bevölkerungsaspekte in ihre entwicklungspolitischen Maßnahmen und Strategien integrieren; 99 Prozent der Länder haben Maßnahmen ergriffen oder Gesetze verabschiedet, um die Rechte von Mädchen und Frauen besser zu schützen; viele Länder haben begonnen, reproduktive Gesundheitsdienste in die primäre Gesundheitsversorgung zu integrieren; 75 Prozent der Länder haben nationale Strategien zur Bekämpfung von HIV/Aids entwickelt; knapp die Hälfte gab an, auf Hochrisikogruppen abgestimmte Maßnahmen zur HIV/Aids-Prävention ergriffen zu haben, und 92 Prozent der Länder berichteten von Bestimmungen zum Schutz der reproduktiven Gesundheit und der Rechte von Jugendlichen.³⁾

3) Vgl. *Weltbevölkerungsbericht 2004*, Kapitel 1.

■ Die global gag rule

Trotz der internationalen Anerkennung, die das Aktionsprogramm von Kairo genießt, hat sich das politische Umfeld in den zehn Jahren nach der wegweisenden Konferenz 1994 erheblich verändert und die politische Situation ist schwieriger geworden. Denn während sich die USA unter Präsident Bill Clinton noch vehement für sexuelle und reproduktive Ge-

sundheit und Rechte eingesetzt haben, steht die Regierung von George W. Bush seit 2001 in Opposition zum Konsens von Kairo. Das Aktionsprogramm hat damit einen wichtigen Unterstützer verloren und leidet zudem unter den restriktiven Maßnahmen der US-Regierung im Bereich der Entwicklungszusammenarbeit.

Bush führte am Tag seiner Amtseinführung sofort die *Mexico-City-Policy* Ronald Reagans aus dem Jahr 1984 wieder ein. Das Programm, unter Kairo-Befürwortern bekannt als die *global gag rule*, verbietet die Auszahlung US-amerikanischer Entwicklungshilfe an Nichtregierungsorganisationen (NGOs), die in irgendeiner Form mit Abtreibungen zu tun haben: Dies betrifft sowohl Organisationen, die – legal oder illegal – Schwangerschaftsabbrüche durchführen als auch solche, die nur die Legalisierung von Abtreibungen befürworten oder Frauen über Abtreibungen beraten. Und zwar auch, wenn sie für diese Aktivitäten eigene Ressourcen nutzen. Mit dieser Richtlinie wurden der International Planned Parenthood Federation (IPPF) – neben UNFPA die wichtigste internationale Organisation für die Umsetzung der Ziele von Kairo – die US-amerikanischen Gelder gestrichen.⁴⁾ Außerdem hat die US-Regierung bereits das dritte Jahr in Folge keine Beiträge mehr an UNFPA gezahlt, obwohl die Gelder vom Kongress bewilligt wurden.

Das Thema Abtreibung war schon 1994 ein strittiger Punkt bei der Verabschiedung des Kairoer Aktionsprogramms. So formulierten damals mehrere arabische sowie katholisch geprägte lateinamerikanische Staaten und der Vatikan ihre Vorbehalte gegenüber Formulierungen, die sich auf Schwangerschaftsabbrüche beziehen. Das Programm schließt Abtreibungen zwar explizit als Mittel der Familienplanung aus, setzt sich aber für die medizinische Versorgung von Frauen ein, die unter den Folgen einer unsachgemäßen Abtreibung leiden. Ein weiterer Streitpunkt, den die USA heute aufgreifen, war zudem das Recht von Jugendlichen auf Aufklärung und Verhütung.

■ Bushs *Abstinence only*-Programm

Entsprechend der konservativen US-Familienpolitik wendet sich die Bush-Administration auch in der Entwicklungszusammenarbeit im Bereich der repro-

4) Marianne Haslegrave (2004), „Implementing the ICPD Programme of Action: What a Difference a Decade Makes“, in: *Reproductive Health Matters* 2004, 12 (23), S. 12–18.

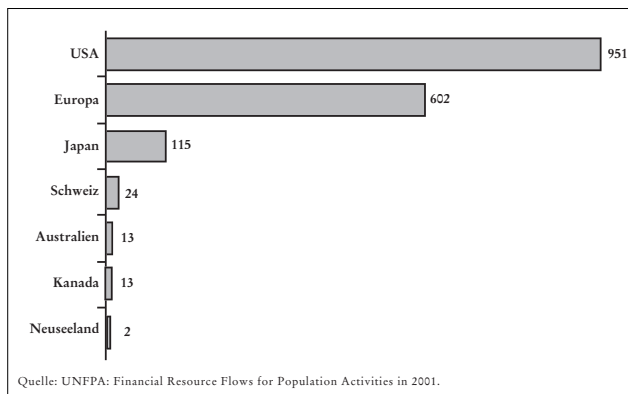
duktiven Gesundheit nicht nur gegen Abtreibungen, sondern propagiert zudem Abstinenz und eheliche Treue statt der Anwendung moderner Verhütungsmethoden. Auch wird die Aufklärung von Jugendlichen allein in den Verantwortungsbereich des Elternhauses verwiesen.

Die Folgen dieser *Abstinence-only*-Richtlinie werden auch in den nationalen Statistiken über Teenagerschwangerschaften deutlich sichtbar: Nach Angaben von UNFPA bekommen weltweit im Durchschnitt 50 von 1000 Mädchen zwischen 15 bis 19 Jahren ein Kind; in den Industrienationen durchschnittlich nur 27. Die USA liegen weit hinter den anderen Industrieländern zurück und sogar über dem weltweiten Durchschnitt: Dort werden 53 von 1000 Mädchen im Teenageralter Mutter, das sind genauso viele wie in Lesotho.

Obwohl die USA mit diesem *Abstinence-only*-Ansatz weitgehend isoliert sind, bedeutet ihre Verweigerungshaltung einen gravierenden Einschnitt für die weitere Umsetzung des Kairoer Aktionsprogramms: Da die USA mit 55 Prozent (Stand 2001) bzw. 951 Millionen Dollar⁵⁾ die größte Gebernation für Entwicklungszusammenarbeit im Bereich der reproduktiven Gesundheit sind, beeinflussen sie maßgeblich die Ausrichtung von Entwicklungsprojekten und haben die Abstinenz-Richtlinie als Kriterium für die Vergabe von Fördermitteln etabliert. Viele Kritiker fürchten, dass die Folge ein Anstieg der HIV-Infektionen und ungewollten Schwangerschaften sein wird, der viele Menschen das Leben oder die Gesundheit kostet.

5) UNFPA (2001), „Financial Resource Flows For Population Activities in 2001“, New York.

■ Grafik 5: Finanzielle Unterstützung der Geberländer im Jahr 2001 in US-Dollar



■ Grafik 6: HIV/Aids und Verfügbarkeit von Kondomen

	15- bis 49-jährige HIV-Infizierte	15- bis 49-jährige HIV-Infizierte	Jährlich gespendete Kondome pro Mann
im Land	in Prozent	absolut	Alter von 15 bis 59
Äthiopien	4,4	1 400 000	7,6
Botswana	37,3	330 000	0,2
Nigeria	5,4	3 300 000	5,5
Südafrika	21,1	5 100 000	2,6
Tansania	8,8	1 500 000	3,6
Zentralafrikanische Republik	13,5	2 400 000	4,6
Kambodscha	2,6	170 000	6,1
Russische Föderation	1,1	860 000	< 0,1
Guyana	2,5	11 000	1,8
Haiti	5,6	260 000	0,5
Trinidad und Tobago	3,2	28 000	0,5

Quelle: Population Action International, 2004

Jüngstes Beispiel dafür, wie erfolgreich die USA ihre Abstinenz-Maxime in der Entwicklungszusammenarbeit durchsetzen, ist die neue Ausrichtung der HIV/Aids-Politik in Uganda. Obwohl das ostafrikanische Land als Paradebeispiel für eine erfolgreiche Strategie im Kampf gegen die Seuche gilt, gab Präsident Yoweri Museveni Anfang August 2004 bekannt, dass die Regierung künftig den Aufruf zur Abstinenz und nicht mehr Aufklärung und die Verwendung von Kondomen ins Zentrum ihrer HIV/Aids-Politik stellen wird. Nur so ist es möglich, dass Uganda an dem von George W. Bush ins Leben gerufenen President's Emergency Plan for Aids Relief (PEPFAR) teilnimmt, einer Initiative, die Entwicklungshilfe für HIV/Aids-Programme vergibt.

■ ICPD: International im Aufwind

Trotz gravierender finanzieller Einschnitte, die in der Entwicklungszusammenarbeit aus der rigiden US-Politik erwachsen, erweist sich die internationale Ge-

meinschaft auf politischer Ebene als erstaunlich widerstandsfähig gegenüber den Maximen der Bush-Administration. Zum Beispiel war die US-Regierung der einzige Gegner des Kairoer Aktionsprogramms auf den vorbereitenden Treffen für das Jubiläum: Sowohl die Wirtschafts- und Sozialkommission für Asien und den Pazifik im Dezember 2002 als auch die Wirtschaftskommission für Lateinamerika und die Karibik im März 2004 bestätigten die Ziele von Kairo.

Außerdem konnten die USA die neue WHO-Strategie zur reproduktiven Gesundheit, die die Weltgesundheitsversammlung im Mai 2004 verabschiedete und die ein Konzept der reproduktiven Gesundheit im Sinne Kairos verfolgt, nicht verhindern. Ebenfalls wichtig war in diesem Kontext die vom neuen Generaldirektor der WHO, Dr. Lee Jong-wook, ins Leben gerufene „3 bis 5“-Initiative: Demnach will die WHO bis zum Jahr 2005 drei Millionen HIV-Infizierte in Entwicklungsländern mit antiretroviralen Medikamenten versorgen.

Auf der Jahrestagung der UN-Kommission für Bevölkerung und Entwicklung im März 2004 kamen die Verhandlungen zur Bestätigung des Kairoer Aktionsprogramms allerdings zu keinem Abschluss und die Sitzung wurde vertagt, weil sich einige islamisch geprägte Staaten der Verweigerungshaltung der USA anschlossen. Dagegen nahmen die meisten lateinamerikanischen Staaten in ihren Stellungnahmen ihre 1994 formulierten Vorbehalte zum Kairoer Aktionsprogramm zurück. Im Mai 2004 wurde das Aktionsprogramm von Kairo schließlich nach langwierigen Verhandlungen „in seiner Gänze“, also inklusive der schon 1994 geäußerten Vorbehalte, doch noch von der Kommission bestätigt.

Ebenfalls bestätigt wurde der Konsens von Kairo auf dem Global Roundtable for Countdown 2015 – Sexual and Reproductive Health and Rights for All, einer NGO-Konferenz, die Anfang September diesen Jahres in London stattfand. Etwa 600 Teilnehmer aus 109 Ländern bestätigten dort die Ziele von Kairo und forderten in der Abschlusserklärung der Konferenz zudem explizit das Recht auf Zugang zu sicherer und legaler Abtreibung. Die Erklärung geht damit weit über den 1994 gesteckten Rahmen hinaus, und es wird sich zeigen, ob die hier geäußerte Forderung von konservativen Kräften künftig gegen das Kairoer Ak-

tionsprogramm ins Feld geführt und womöglich eine stärkere Ideologisierung der Debatte zur Folge haben wird.

■ **Das Finanzloch von Kairo**

Trotz der weltweit breiten politischen Unterstützung – wenn man von der Opposition der US-Regierung absieht – gibt es bei der Umsetzung der Ziele von Kairo erhebliche Finanzlücken. 1994 sagten die 179 Teilnehmerländer in Kairo zu, ab sofort jedes Jahr 17 Milliarden US-Dollar für Maßnahmen der reproduktiven Gesundheit zur Verfügung zu stellen. Der Betrag sollte bis 2015 kontinuierlich bis auf den Höchststand von 21,7 Milliarden Dollar pro Jahr anwachsen. Während sich die Entwicklungsländer verpflichteten, zwei Drittel der Summe selbst zu finanzieren, wollten die Geberländer den Restbetrag, der sich im Jahr 2000 auf 5,7 Milliarden Dollar belief, aufbringen. Tatsächlich haben die Industrienationen aber bisher stets weniger als die Hälfte der vereinbarten Summe bereitgestellt: Im Jahr 2000 waren es nur 2,1 Milliarden Dollar. Auch Deutschland hat sein Versprechen nicht eingelöst: Im Zeitraum 1996 bis 2001 brachte die Bundesregierung von den für diese fünf Jahre zugesicherten knapp 2,7 Milliarden Euro nicht einmal ein Drittel – 816 Millionen Euro – zur Umsetzung des Kairoer Aktionsprogramms auf.⁶⁾

Die schlechte Zahlungsmoral vor allem der Industrienationen erschwert die Umsetzung des Kairoer Aktionsprogramms. Im Jahr 2001 wurden weltweit 9,6 Milliarden Dollar in sexuelle und reproduktive Gesundheit investiert – das ist etwa die Hälfte der ursprünglich zugesicherten Mittel. Nach Schätzungen von UNFPA hätten über 268 Millionen ungewollte Schwangerschaften, 113 Millionen Abtreibungen und 733 000 Fälle von Müttersterblichkeit vermieden werden können, wenn die Industrieländer ihrer Selbstverpflichtung nachgekommen wären.

Trotz zahlreicher Erfolge gibt es daher noch viel zu tun: Ein Ausbau der Familienplanungsdienste und auch die weitere Verbesserung des Status von Frauen und Mädchen ist nach wie vor notwendig. Mütter- und Säuglingssterblichkeitsraten sind seit 1994 unverändert hoch. Immer noch sterben jährlich 530 000 Frauen an den Folgen einer Schwangerschaft

6) Population Action International hat im Rahmen der europäischen Kampagne „Countdown 2015 Sexual Health & Rights For All“ die Finanzzusagen und bereitgestellten Beträge der einzelnen Industrieländer berechnet.

oder Geburt. Die steigenden HIV/Aids-Raten sind nach wie vor ein gravierendes Problem. Zudem sind gerade Jugendliche wegen mangelnder Aufklärung immer noch großen sexuellen und reproduktiven Gesundheitsrisiken ausgeliefert.

■ Familienplanung und sichere Mutterschaft

Immerhin nutzen inzwischen weltweit 54 Prozent aller Frauen ein modernes Verhütungsmittel. Die regionalen Unterschiede sind allerdings eklatant. Während Industrieländer durchschnittliche Werte von über 70 Prozent erreichen, verwenden in Afrika gerade einmal 20 Prozent der Frauen moderne Verhütungsmittel, wobei der Wert in vielen Ländern Afrikas südlich der Sahara sogar unter zehn Prozent liegt. Ein extremes Beispiel ist der Tschad mit gerade einmal zwei Prozent.⁷⁾ Nach einer Studie von UNFPA können 63 Prozent der Frauen in Afrika südlich der Sahara nicht verhüten, obwohl sie nicht oder erst zu einem späteren Zeitpunkt schwanger werden wollen.⁸⁾

Folge des fehlenden Zugangs zu Familienplanung sind häufig ungewollte Schwangerschaften, unsachgemäße Abtreibungen und Teenager-Schwangerschaften. Dabei ist das Risiko, während einer Geburt zu sterben, für Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren doppelt so hoch wie für Frauen zwischen 20 und 29 Jahren. Mit der Bereitstellung von Verhütungsmitteln könnten laut UNFPA in Entwicklungsländern jedes Jahr 52 Millionen ungewollte Schwangerschaften und 29 Millionen Abtreibungen verhindert werden. Außerdem würden 1,5 Millionen Leben gerettet, die den daraus resultierenden Folgen zum Opfer fallen.⁹⁾

Auch die anhaltend hohe Müttersterblichkeitsrate könnte mit relativ einfachen Mitteln gesenkt werden. Während in den Industrienationen im Durchschnitt nur eine von 2800 Frauen bei der Geburt stirbt, ist es in den Entwicklungsländern eine von 67. Das liegt vor allem an der fehlenden medizinischen Betreuung von Frauen während der Schwangerschaft und bei der Geburt: Nur 35 Prozent aller Frauen werden in Entwicklungsländern von fachlich geschultem Personal (Arzt oder Hebamme) betreut. Mit einer flächendeckenden medizinischen Versorgung von Schwan-

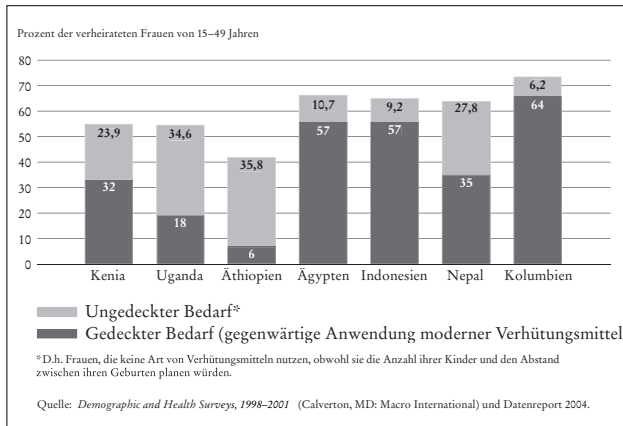
7) *Weltbevölkerungsbericht 2004.*

8) „Adding it up“, S. 18.

9) Ebd., S. 20.

geren und der Möglichkeit zur Geburtsnothilfe könnten viele Frauen gerettet werden.

■ Grafik 7: Gedeckter und ungedeckter Bedarf an Familienplanung



■ Soziale Benachteiligung von Frauen

Kulturelle Normen, die Frauen einen untergeordneten Status in der Gesellschaft zuweisen, tragen dazu bei, dass Frauen nicht verhüten und dass ihr Gesundheitszustand schlechter ist als der von Männern. Bei der Verhütung mit Kondomen und Femidomen (weibliche Kondome), die zusätzlich wirksam vor HIV/Aids schützen, sind Frauen zum Beispiel auf die Zustimmung des Partners angewiesen.

Ebenfalls problematisch ist die frühe Verheiratung von Mädchen, die in vielen Regionen Afrikas und Asiens üblich ist. Allein in 16 Ländern Afrikas südlich der Sahara sind die Ehemänner von Mädchen von 15 bis 19 Jahren im Durchschnitt mindestens zehn Jahre älter.¹⁰⁾ Die jungen Frauen haben häufig eine schwache Position gegenüber ihrem älteren Partner und können daher auch Verhütung nur schlecht durchsetzen, selbst wenn sie es wünschen.

Dies bedeutet in vielen Fällen nicht nur eine sehr frühe Schwangerschaft. Oft werden junge Frauen von älteren Partnern auch mit HIV/Aids infiziert, da die Wahrscheinlichkeit größer ist, dass ein älterer Sexualpartner sich bereits mit dem HI-Virus angesteckt hat. Die Statistik belegt, dass vor allem in Afrika südlich der Sahara und in Südasien eine Feminisierung der Seuche begonnen hat: Nur ungefähr ein Drittel der

10) Vgl. *Weltbevölkerungsbericht 2003*, S. 17.

11) *Weltbevölkerungsbericht* 2003, S. 25.

HIV-Infizierten zwischen 15 und 24 Jahren dort sind männlich. Der Anteil von jungen Frauen ist fast doppelt so hoch.¹¹⁾

Neben der Ungleichstellung der Geschlechter, mangelnder Aufklärung und einem biologisch begründeten, höheren Infektionsrisiko für Frauen (das Risiko ist doppelt so hoch wie bei Männern) sorgen auch Fehlinformationen und Aberglaube – „Wenn man mit einer Jungfrau schläft, wird man von Aids geheilt“ – für steigende Infektionsraten junger Frauen vor allem in Afrika.

■ Grafik 8: HIV/Aids bei 15- bis 24-jährigen Frauen und Männern

Region	Junge Frauen	Junge Männer	Gesamt:
Afrika südlich der Sahara	67	33	8600000
Nordafrika und Naher Osten	41	59	160000
Ostasien und Pazifik	49	51	740000
Südasien	62	38	1100000
Zentralasien und Osteuropa	35	65	430000
Lateinamerika und Karibik	31	69	560000
Industrieländer	33	67	240000
Welt	62	38	11800000

Quelle: *Weltbevölkerungsbericht* 2003 – UNICEF/UNAIDS/WHO

■ HIV/Aids

Weltweit leben bereits 38 Millionen Menschen mit HIV/Aids. Allein im Jahr 2003 kam es zu fünf Millionen Neuinfektionen und drei Millionen Todesfällen. Besonders von der Seuche betroffen ist Afrika südlich der Sahara, wo in einigen Ländern bereits über 30 Prozent der Bevölkerung mit dem HI-Virus infiziert sind. Dort ist die durchschnittliche Lebenserwartung drastisch gesunken (um bis zu 20 Jahre).

Doch auch in anderen Regionen breitet sich die Seuche aus: In Asien gab es im vergangenen Jahr 1,1 Millionen Neuinfektionen (vor allem in Indien, China und Vietnam) und auch Osteuropa und Zentralasien verzeichnen wachsende Infektionsraten:

Schon heute leben über 1,3 Millionen Menschen mit HIV/Aids in Russland. Anders als in Afrika breitet sich das HI-Virus in diesen Regionen auch infolge des weit verbreiteten Drogenkonsums aus.

Die gesellschaftlichen Folgen der Aids-Epidemie sind besonders in Afrika schwerwiegend: Die erwachsene Bevölkerung eines Landes stirbt, was erhebliche Auswirkungen z.B. auf die Landwirtschaft hat. Zurück bleibt außerdem eine Generation von Aids-Waisen, die ohne soziales Netzwerk aufwächst, früh arbeiten muss, wenig Schulbildung erfährt und denkbar schlechte Zukunftschancen hat. Schon heute haben 15 Millionen Kinder einen oder beide Elternteile durch Aids verloren.

■ **Aktionsplan für die Zukunft**

Um in den oben geschilderten Problemfeldern bis 2015 (dem angestrebten Zeitpunkt für das Erreichen der Ziele von Kairo) angemessene Verbesserungen zu erreichen, fordert UNFPA im diesjährigen *Weltbevölkerungsbericht* die Bereitstellung der 1994 zugesagten Ressourcen durch die Industrienationen für die Umsetzung des Kairoer Aktionsprogramms. Außerdem sei es notwendig, das *empowerment* von Frauen zu fördern, Bildung und die medizinische Grundversorgung inklusive von Diensten zur reproduktiven Gesundheit und Familienplanung weiter auszubauen, die Versorgung von Müttern vor, während und nach der Geburt zu verbessern, HIV/Aids-Präventions- und Behandlungsprogramme mit Programmen der reproduktiven Gesundheit zu verknüpfen, um beide Bereiche zu stärken und Synergien zu nutzen sowie das Recht junger Menschen auf Sexualaufklärung und Verhütung (Information, Bildung, Zugang zu Verhütungsmitteln) sicherzustellen.

Der Erfolg bei der Umsetzung dieser „neuen alten“ Ziele von Kairo hängt dabei auch davon ab, ob in der nächsten Dekade mehr finanzielle Unterstützung für den Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit bereitgestellt werden wird. Positiv dürfte sich auf dieses Vorhaben das internationale Interesse an den MDGs auswirken, die wesentliche Teilaspekte des Konsenses von Kairo – wie die Ausbreitung von HIV/Aids unter Jugendlichen, die Übertragung des Virus von der Mutter zum Kind, die Verhinderung

von ungewollten Schwangerschaften oder eine Senkung der Müttersterblichkeit – zum Ziel haben und in deren Windschatten das Aktionsprogramm von Kairo weiter vorangetrieben werden kann.

Quellen:

- Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (2004), *DSW-Datenreport 2004. Soziale und demografische Daten zur Weltbevölkerung*, Hannover.
- William Rees/Mathis Wackernagel (1996), *Our Ecological Footprint: Reducing Human Impact on the Earth*, Gabriola Island, British Columbia.
- UNFPA (2001), *Financial Resource Flows For Population Activities in 2001*, New York.
- UNFPA (2003), *Adding it up. The benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*, New York.
- UNFPA (2004), *The Road to Global Reproductive Health. Reproductive Health and Rights on the International Agenda, 1968–2003*.
- UNFPA/Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (2004), *Weltbevölkerungsbericht 2004. Kairo plus zehn: Bevölkerung, reproduktive Gesundheit und der weltweite Kampf gegen die Armut*, Hannover.
- UNFPA/Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (2003), *Weltbevölkerungsbericht 2003. Junge Menschen – Schlüssel zur Entwicklung*, Hannover.
- UNFPA/Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (2001), *Weltbevölkerungsbericht 2001. Bevölkerung und Umwelt*, Hannover.
- UNFPA (1996), *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994*.
- UN Population Division (2003), *World Population Prospects. The 2002 Revision. Volume I: Comprehensive Tables*, New York.