

082

## **Sexuelle und reproduktive Gesundheit (SRG)**

**Ein Positionspapier des BMZ**

Herausgegeben vom

**Bundesministerium für wirtschaftliche  
Zusammenarbeit und Entwicklung  
Referat „Entwicklungspolitische Informations- und Bildungsarbeit“**

**Friedrich-Ebert-Allee 40  
53113 Bonn**

Tel.: 0228 / 535-3774/5  
Fax: 0228 / 535-3985  
e-mail: [poststelle@bmz.bund.de](mailto:poststelle@bmz.bund.de)  
homepage: <http://www.bmz.de>

Endredaktion: Christina Popović  
Redaktion: Uta Niemann-Jordan  
verantwortlich: Bernhard Kühn

Stand: Juli 2003

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	5
1. Bedeutung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit für die Entwicklung.....	7
2. Die Ausgangslage .....	8
3. Kernbereiche und Förderung .....	9
3.1 Verwirklichung sexueller und reproduktiver Rechte .....	9
3.2 Information und Kommunikation.....	9
3.3 Familienplanung .....	10
3.4 Betreuung bei Schwangerschaft und Entbindung .....	10
3.5 Verhütung und Behandlung sexuell übertragbarer Erkrankungen .....	11
3.6 Sexuelle und reproduktive Gesundheit in verschiedenen Lebensphasen .....	12
4. Empfehlungen zur Umsetzung der SRG-Förderpolitik in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit .....	13
4.1 Grundsätzliche Voraussetzungen: Kohärenz, Partizipation und Entwicklungsorientierung der nationalen Politik in Kooperationsländern.....	13
4.2 Zielgruppen .....	13
4.3 Partner .....	14
4.4 Multilaterale Zusammenarbeit .....	14
4.5 Instrumente und Durchführung der bilateralen EZ .....	15
4.5.1 Klassische Konzepte .....	15
4.5.2 Neuere Ansätze .....	16
4.6 Thematische Zuordnung zu Schwerpunkten der deutschen EZ.....	16
4.6.1 Allgemeines.....	16
4.6.2 Schwerpunkt Gesundheit .....	17

4.6.3	Schwerpunkt Bildung.....	17
4.6.4	Schwerpunkt Demokratie, Zivilgesellschaft und öffentliche Verwaltung.....	18
4.6.5	Weitere Schwerpunkte und Bereiche .....	18
5.	Perspektiven in der Länderprogrammierung und Projektarbeit.....	20
6.	Projektbeispiele.....	21
7.	Glossar.....	26
8.	Hinweise zu weiteren Informationen .....	30
9.	DSW-Datenreport 2003.....	33

“The war on poverty will not be won unless we direct more resources to women and reproductive health. Developing countries that have invested in health and education, enabling women to make their own fertility choices, have registered faster economic growth than those that have not.”

*Thoraya Ahmed Obaid, UNFPA Executive Director*

## Zusammenfassung

Sexuelle und reproduktive Gesundheit (SRG) umfasst alle Aspekte des uneingeschränkten körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens in bezug auf Sexualität und Fortpflanzung. Das Konzept von SRG entstand im Zusammenhang mit der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung (ICPD, Kairo 1994). Demographisch orientierte Bevölkerungs- und Familienplanungspolitiken wurden abgelöst von Entwicklungsbemühungen, bei denen Bedürfnisse und Rechte der Individuen im Vordergrund stehen. Entsprechende Interventionen in Entwicklungsländern werden so besser akzeptiert.

Die Förderung von sexueller und reproduktiver Gesundheit im Rahmen der allgemeinen Entwicklungszusammenarbeit ist unverzichtbar, denn Gesundheit und Entwicklung stehen in wechselseitigem Zusammenhang. Die betroffenen Menschen selbst sehen in besserer Gesundheit eine notwendige Voraussetzung, um sich aus Armut und Abhängigkeit zu befreien. Sexuelle und reproduktive Gesundheit ist integraler Bestandteil von Gesundheit und von besonderer Bedeutung für die wirtschaftliche und soziale Entwicklung. Damit wird nicht nur ein Beitrag zur Bekämpfung einiger der wichtigsten Krankheits- und Todesursachen in den Kooperationsländern geleistet. Mit der Steigerung des produktiven Potenzials der Menschen und der Veränderung von Geschlechterrollen und Verhaltensweisen wird auch die gesellschaftliche Entwicklung vorangetrieben. Ausdrücklich wird von der Bundesregierung die unverändert große Bedeutung der Verlangsamung des Bevölkerungswachstums für Entwicklung und Armutsminderung anerkannt. Im Aktionsprogramm 2015 zur Armutsbekämpfung ist die Gleichberechtigung der Geschlechter ein Schlüsselfaktor, hierzu gehört auch das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung der Frauen.

Trotz ermutigender Fortschritte in Teilbereichen, wie einer erhöhten Akzeptanz und Nutzung von

Familienplanungsdiensten, ist die Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in den Partnerländern der deutschen Entwicklungszusammenarbeit nach wie vor notwendig. In vielen Ländern liegt das Bevölkerungswachstum höher als das Wirtschaftswachstum und überfordert damit die natürlichen Ressourcen und die sozialen Dienste. Die bestehenden Informations- und Gesundheitsdienstleistungen sind oft unzureichend. In Zukunft wird der Bedarf an ihnen durch das Heranwachsen der zahlenmäßig starken Gruppe der jetzt unter Fünfzehnjährigen erheblich ansteigen. Deswegen müssen die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens einschließlich reproduktiver Gesundheitsdienste verbessert aber auch präventive Ansätze gefördert werden, die sich als wirksam und kostengünstig erwiesen haben. Besonderes Augenmerk gilt dabei den wirtschaftlich schwächsten Ländern sowie jenen mit noch geringer Gleichstellung von Frauen und Minderheiten.

Die Kernbereiche der Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit durch die deutsche Entwicklungszusammenarbeit bestehen in der Unterstützung der Partner bei

- der Verwirklichung sexueller und reproduktiver Rechte einschließlich Maßnahmen gegen Gewalt und weibliche **Genitalverstümmelung**;
- Information, Aufklärung und Gesundheitserziehung der Bevölkerung mit dem Ziel, eigene Entscheidungen zu ermöglichen und zu verantwortungsbewusstem Verhalten beizutragen;
- Schaffung von Zugang zu Familienplanungsdiensten;
- der Betreuung von Frauen und Mädchen während Schwangerschaft und Entbindung;

- der Prävention und Behandlung sexuell übertragbarer Erkrankungen einschließlich HIV/AIDS.

Diese Maßnahmen wirken sich besonders auf die Lebensqualität von Mädchen und Frauen aus, jedoch ist für nachhaltige Verbesserungen die umfassende Einbeziehung von Jungen und Männern notwendig.

Grundlegend für die Entwicklungszusammenarbeit der deutschen Bundesregierung sind der offene politische Dialog, Kohärenz der Politiken und entsprechende Politikberatung. Damit werden in den Partnerländern wichtige Voraussetzungen geschaffen, um individuelle reproduktive Entscheidungen im Einklang mit persönlichen Wünschen und Zielen und zugleich mit dem Wohlergehen des ganzen Landes treffen zu können. In diesem Rahmen sieht es die deutsche Bundesregierung auch als ihre Aufgabe an, die Politik von internationalen Organisationen, Gremien und zwischenstaatlichen Zusammenschlüssen wie der EU mitzugestalten. Die Orientierung an umfassend definierten sexuellen und reproduktiven Rechten ist - auch bei gegenläufigen Tendenzen in einigen Ländern und Organisationen - Kernbestand bundesdeutscher Förderpolitik.

Die deutsche Bundesregierung unterstützt den integrierten Ansatz der reproduktiven Gesundheit. Fördermaßnahmen umfassen vor allem Infrastrukturmaßnahmen, Ausstattung von Gesundheitsdiensten, Finanzierung von Kontrazeptiva, Fortbildung und Beratung von Personal sowie die Erstellung von Informationsmaterialien. Neben dem klassischen EZ-Instrumentarium kommen neuere Förderansätze zum Einsatz. Dazu gehört die verstärkte Zusammenarbeit mit der Privatwirtschaft sowie Regionalvorhaben zu grenzüberschreitenden Problemen und Fördermöglichkeiten über Sektorinvestitionsprogramme (SIP) bzw. programmorientierte Gemeinschaftsfinanzierung (SIP und SWAP).

In der Komplementarität der Zusammenarbeit verschiedener staatlicher und nichtstaatlicher Organisationen liegt ein nicht zu unterschätzender Vorteil deutscher Entwicklungszusammenarbeit. Um diesen Vorteil nutzen zu können, müssen die Maßnahmen auf der Grundlage einer Schwerpunktstrategie abgestimmt sein. Nichtstaatliche Träger werden insbesondere dann unterstützt, wenn staatliche Träger nicht funktionsfähig sind

oder aber bestimmte Zielgruppen wie Kinder und junge Menschen, Flüchtlinge, Migranten und arme Bevölkerungsteile nur schwer erreicht werden können.

Der Gesamtkomplex sexuelle und reproduktive Gesundheit wird wegen seiner Bedeutung für die gesellschaftliche und individuelle Entwicklung als integraler Bestandteil des Gesundheitssektors behandelt und als übergreifendes Thema bei den Bereichen „Bildung und Demokratie“ sowie in anderen Länderschwerpunkten beachtet. Möglichkeiten der Integration von Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sind bei der Entwicklung von Schwerpunkt- und Armutsminderungsstrategien aktiv zu nutzen.

# 1. Bedeutung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit für die Entwicklung

## **Sexuelle und reproduktive Gesundheit (SRG)**

SRG umfasst sämtliche Aspekte des uneingeschränkten körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens in bezug auf Sexualität und Fortpflanzung. Das bedeutet, dass Menschen ein befriedigendes und ungefährliches Sexualleben, die Fähigkeit zur Fortpflanzung und die freie Entscheidung darüber haben können, ob, wann und wie oft sie hiervon Gebrauch machen wollen. Dazu gehört das Recht von Frauen und Männern, informiert zu werden sowie Zugang zu Methoden der Familienplanung und anderer **Fertilitätsregulierung** ihrer Wahl zu haben. Diese müssen sicher, wirksam, erschwinglich und akzeptabel sein und dürfen nicht gegen rechtliche Bestimmungen verstoßen. Eingeschlossen ist ebenso das Recht auf angemessene Gesundheitsdienste, die es Frauen ermöglichen, Schwangerschaft und Geburt sicher und gesund zu erleben, und für Paare die bestmöglichen Voraussetzungen zu schaffen, ein gesundes Kind zu bekommen. Damit ist SRG für den gesamten Lebenszyklus von Frauen und Männern relevant.

Der enge wechselseitige Zusammenhang zwischen Gesundheit und Entwicklung ist allgemein anerkannt. Ökonomische und allgemeine Entwicklung führt (bei gerechter Verteilung) zu besserer allgemeiner Gesundheit. Umgekehrt ist ohne zufriedenstellende Gesundheit eine allgemeine und wirtschaftliche Entwicklung nicht möglich. SRG ist ein Teil der Gesundheit. Ihre besondere Bedeutung für den Entwicklungsprozess liegt darin begründet, dass sie eng mit Bevölkerungswachstum und -struktur verbunden ist. Der Verlangsamung des Bevölkerungswachstums für Entwicklung und Armutsminderung kommt eine große Bedeutung zu. Zum anderen geht es hier besonders um die Gesundheit von Frauen, mithin auch um Wirtschafts- und Gestaltungskraft und den Beitrag zu Armutsminderung und Entwicklung. Bessere Gesundheit ist eine unabdingbare Voraussetzung, um der Armutsfalle zu entkommen. Das wird auch von den Betroffenen selbst so gesehen.

Auf der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung (ICPD 1994) in Kairo wurde die enge Verbindung zwischen Entwick-

lung, Teilhabe/*Empowerment* und SRG anerkannt, auch als Menschenrecht. Auch die Millenniumserklärung der Vereinten Nationen zur Armutsminderung benennt sie. Von den internationalen Entwicklungszielen betreffen drei von acht Zielen die reproduktive Gesundheit: die Müttersterblichkeit, die Sterblichkeit von Kleinkindern und die Bekämpfung von HIV/AIDS. Mit relativ geringem Aufwand kann hierdurch ein bedeutender Beitrag zur Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen und zur Armutsminderung geleistet werden.

Die Bundesregierung hat in ihrem Aktionsprogramm zur weltweiten Halbierung extremer Armut bis zum Jahr 2015 ausdrücklich die Gleichberechtigung der Geschlechter als Schlüsselfaktor für die Armutsbekämpfung hervorgehoben. Zugang zu Familienplanung ist ein wichtiger Beitrag zur sexuellen Selbstbestimmung der Frauen. Darin wird die Unterstützung entsprechender Maßnahmen in den Partnerländern befürwortet.

## 2. Die Ausgangslage

Trotz nicht zu unterschätzender Fortschritte in den vergangenen drei Jahrzehnten ist die SRG in den Partnerländern der Entwicklungszusammenarbeit (EZ) nach wie vor förderungsbedürftig. Die wirtschaftlich schwächsten Länder weisen die schlechtesten Indikatoren für SRG auf. Dies betrifft gerade auch jene Länder und Gesellschaften mit den restriktivsten Gesetzen und Regeln (etwa freie Partnerwahl oder Schwangerschaftsverhütung) und der geringsten Gleichstellung von Frauen und Minderheiten.

Die Weltbevölkerung ist in 2002 auf 6,13 Milliarden Menschen angestiegen. Das jährliche **Bevölkerungswachstum** liegt weltweit bei 1,2 Prozent, jedoch bei 2,5 Prozent in den am wenigsten entwickelten Ländern. Dadurch werden in vielen Ländern die Ergebnisse wirtschaftlichen Wachstums gemindert. Bis zum Jahr 2050 wird die Weltbevölkerung voraussichtlich auf über neun Milliarden Menschen anwachsen. Wegen des internen Migrationdrucks werden im Jahre 2050 voraussichtlich zwei Drittel aller Menschen in Städten leben. Dieser Entwicklung sind die meisten Städte nicht gewachsen.

In der Gesamtheit der weniger entwickelten Länder liegt die Müttersterblichkeit bei 440 Toten auf 100.000 Lebendgeburten, aber bei 1.000 Toten in den am wenigsten entwickelten Ländern. Unsachgemäße Schwangerschaftsabbrüche und ihre Folgen sind eine der Hauptursachen. Die Fruchtbarkeit liegt in den weniger entwickelten Ländern im Durchschnitt bei 2,9 Kindern pro Frau, aber bei 5,2 in den am wenigsten entwickelten Ländern. Moderne Verhütungsmittel werden von durchschnittlich der Hälfte (55 Prozent) aller Frauen/Paare in den weniger entwickelten Ländern genutzt. Diese Zahl liegt jedoch in vielen armen Regionen und Ländern noch weit darunter; in Afrika wird sie mit etwa 20 Prozent angegeben. Der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen schätzt, dass weltweit 100 bis 150 Millionen Paare keinen Zugang zur Familienplanung haben, obwohl sie es wünschen. Die Situation wird sich aufgrund einer zweifachen Nachfragesteigerung weiter verschärfen: Zum einen wollen als Resultat erfolgreicher Aufklärungsprogramme immer mehr Menschen verhüten, zum anderen steigt die Zahl der Menschen im fortpflanzungsfähigen Alter. Bis

2015 wird die Zahl der Frauen im **reproduktiven Alter** weltweit um etwa ein Drittel (36 Prozent) zunehmen, und damit auch der Bedarf an Dienstleistungen zur reproduktiven Gesundheit.

**Sexuell übertragbare Erkrankungen** und insbesondere HIV/AIDS betreffen die armen Länder in besonderem Maße und hier wiederum vor allem Frauen und junge Menschen. In den Entwicklungsländern gehören sie zu den fünf häufigsten Gründen, die Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen. Unter den Jugendlichen sind Mädchen und junge Frauen fünf bis sechs mal stärker von sexuell übertragbaren Erkrankungen betroffen als Männer gleichen Alters. Mehr als 90 Prozent der jetzt 40 Millionen HIV-Infizierten leben in Entwicklungsländern. (Unsere Position zum Thema HIV/AIDS ist in einem eigenen Positionspapier dargestellt).

Verletzungen der grundlegenden **sexuellen und reproduktiven Rechte** betreffen insbesondere Frauen und Mädchen. Mangelnde Bildung und eine machtlose Stellung in der Gesellschaft sind neben anderen die Hauptgründe. Sie sind häufig Opfer von Missbrauch und häuslicher Gewalt aber auch schädlicher traditioneller Praktiken. An den Folgen genitaler Verstümmelung leiden weltweit 130 Millionen Frauen und Mädchen. Aufgrund wirtschaftlicher Not sind viele Menschen zur Prostitution genötigt. Zwangsprostitution und internationaler Menschenhandel betreffen vor allem Kinder und Frauen aus Entwicklungsländern. Zwei Millionen Mädchen zwischen fünf und 15 Jahren werden jährlich in das kommerzielle Sexgewerbe eingeschleust. Durch gezielte Abtreibung weiblicher Föten und Tötung weiblicher Kinder fehlen in der Zusammensetzung der Weltbevölkerung inzwischen 60 Millionen Frauen und Mädchen. Menschen unterschiedlicher sexueller Orientierung werden häufig diskriminiert und haben eingeschränkten Zugang zu Beratungs- und Gesundheitsdienstleistungen. Oft fehlt es an Möglichkeiten aber auch an politischem und gesellschaftlichem Willen, entsprechende Gesetze und Normen umzusetzen, da häufig traditionelle Rechtsprechung neben modernen Gesetzen steht.

Diese Schlaglichter zeigen die unzureichende Versorgungssituation: Der Zugang zu Informati-

ons- und Gesundheitsdienstleistungen in armen Ländern und für arme Bevölkerungsteile ist generell unzureichend, besonders für Flüchtlinge und Migranten. Oft fehlt es an sexueller Aufklärung für Kinder und Jugendliche, vor allem auf dem Land, an der Versorgung mit Verhütungsmitteln

sowie Familienplanungs- und Gesundheitsdienstleistungen für spezielle Bevölkerungsgruppen, an fachkundiger Schwangerenvorsorge und geburts- hilflicher Betreuung insbesondere in ländlichen Gebieten, an Rechtsberatung, Rechtsschutz und Schutz der sexuellen Selbstbestimmung.

### 3. Kernbereiche und Förderung

#### 3.1 Verwirklichung sexueller und reproduktiver Rechte

Die EZ kann durch die Unterstützung der Macht- und Chancengleichheit von Frauen und Männern zur Verwirklichung sexueller und reproduktiver Rechte beitragen. Die ausdrückliche Berücksichtigung von Fraueninteressen sowie die Teilhabe von Frauen (*Empowerment*) sind dabei unerlässlich. Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Werthaltungen und Rechtsauffassungen müssen der Dialog in den Kooperationsländern gesucht und die Eigenanstrengungen von Frauen gefördert werden. Gezielte Maßnahmen sind beispielsweise: Gewaltprävention, Förderung von Initiativen zur Überwindung der weiblichen Genitalverstümmelung, Unterstützung bei der Formulierung und Durchsetzung frauenspezifischer Anliegen und die Gestaltung des Rechtswesens und Umsetzung.<sup>1</sup>

#### 3.2 Information und Kommunikation

Das Recht auf sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung setzt voraus, dass die Menschen auf die Wahrnehmung ihrer Rechte vorbereitet sind und freien Zugang zu allen diesbezüglichen Informationen und Beratungsleistungen haben, unabhängig von Lebensalter oder Familienstand und unter Achtung der Privatsphäre. Da häufig viele Aspekte der SRG tabuisiert werden, Sexualaufklärung unzureichend ist, kommt der Kommunikation über Sexualität und Fortpflanzung große Bedeutung zu. Biologische, soziale und psychische Aspekte gehören ebenso dazu wie die Wirkungsweise von Verhütungsmitteln, deren Verfügbarkeit und die damit verknüpften Dienstleistungen.

Mittels Information und Kommunikation („IEC“ oder „BCC“) werden Einstellungen entwickelt, die zu Verhaltensweisen mit weniger Risiko beitragen können und die ein für beide Partner befriedigendes Sexualleben und verantwortliche Elternschaft ermöglichen. Die Weitergabe von Informationen reicht dafür aber nicht. Wichtig ist vielmehr gemeinsam mit den Adressaten von Kommunikationsmaßnahmen zu planen und umzusetzen. Damit wird sichergestellt, dass die richtigen Medien ausgewählt und die Informationen verstanden werden. Werthaltungen, die soziokulturell geprägt sind, haben Auswirkungen auf die persönliche Entscheidung. Die wiederholte Erfassung und Auswertung von Informationsstand, Einstellungen und Verhalten unterschiedlicher Adressatengruppen haben sich bei der Analyse bewährt (z. B. KAP-Studien).

Neben den bekannten Druck- und audiovisuellen Massenmedien sind lokal anerkannte und beliebte Vermittlungsarten wichtig (z. B. traditionelle Erzähler). Gestalterisch ist die Nutzung moderner Kommunikationsstrategien im gesellschaftlich akzeptierten Rahmen sinnvoll, wie Rollenvorbilder, unterhaltende Information (*Edutainment*) oder interaktive Medien (z. B. Telefon-Hotline). Weitere Aufgabenfelder sind der Politikdialog (*Advocacy*) sowie die Auseinandersetzung mit Widerständen oder Fehlinformationen, die sich andernfalls zu erheblichen Hinderungsfaktoren entwickeln können.

Interpersonelle Kommunikation ist unverzichtbar, beispielsweise bei Hausbesuchen (z. B. CBD), in der individuellen Gesundheitsberatung (*Counseling*) oder Kleingruppen (z. B. *Peer Education*).

<sup>1</sup> Auf das BMZ-Konzept zur Förderung der gleichberechtigten Beteiligung von Frauen und Männern am Entwicklungsprozess wird verwiesen.

### 3.3 Familienplanung

Das Grundrecht auf sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung bedeutet, dass Frauen und Männer nach einer für sie passenden und uneingeschränkten Information Zugang zu Verhütungsmitteln und Dienstleistungen haben, unabhängig von Alter und Familienstand. Erst damit können Nutzer frei entscheiden.

Der Gebrauch von Kontrazeptiva und die Inanspruchnahme der zugehörigen Dienstleistungen sind grundsätzlich freiwillig. Ziel der Förderung der Familienplanung in der EZ ist es, Frauen und Männern die Möglichkeit zu geben, ihre sexuellen und reproduktiven Rechte wahrzunehmen und über die Zahl ihrer Kinder und die Geburtenabstände frei zu entscheiden. Unerwünschte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche sollen vermieden werden. Darüber hinaus will Familienplanung zusammen mit anderen Maßnahmen einen Beitrag zur Stabilisierung des Bevölkerungswachstums und damit zur Armutsminderung und Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen leisten.

Die Kooperationsländer werden dahingehend beraten, entwicklungspolitisch erwünschte individuelle reproduktive Entscheidungen durch Schaffung notwendiger Rahmenbedingungen zu fördern (z. B. durch Anreize für kleinere Familien).

Angebote zur Familienplanung müssen die Beratung und - wo möglich - die Behandlung bei ungewollter Kinderlosigkeit mit einschließen. Die Diagnose von sexuell übertragbaren Erkrankungen, die freiwillige Beratung und ihre Behandlung gehören auch dazu.

Zur Schwangerschaftsverhütung steht eine Anzahl von Methoden zur Verfügung, von denen jeweils mehrere angeboten werden sollten. Häufig werden nicht die gleichen Methoden bevorzugt, die in den Industrieländern am stärksten verbreitet sind. Schwangerschaftsabbruch ist grundsätzlich kein Mittel der Familienplanung. Für die größere Verantwortungsübernahme von Männern bei reproduktiven Entscheidungen dürfen Kondome in keinem Angebot fehlen. Auf ihre **doppelte Schutzfunktion** - sowohl gegen Schwangerschaften als auch gegen Infektionen - sollte ausdrücklich hingewiesen werden. Die **Notfallkontrazeption** ist ein weiteres wichtiges Element.

Das Angebot an Familienplanungsdiensten muss örtlich und organisatorisch an den Bedarf und die Gewohnheiten der Zielgruppen angepasst sein und sollte in andere Dienstleistungen wie beispielsweise die allgemeine Gesundheitsversorgung integriert sein. Manchmal sind jedoch spezifische Programme kundennäher und werden deswegen besser genutzt.

In vielen Ländern ist die Nachfrage nach Familienplanungsdiensten größer als das Angebot, insbesondere fehlt es an Kontrazeptiva. Diese Lücke (*contraceptive gap*) wird auf Grund der demographischen Entwicklung eher noch größer werden, wenn sich nationale Regierungen und die internationale Gebergemeinschaft nicht stärker für die Sicherstellung eines ausreichenden Angebots einsetzen (*contraceptive security*). Dabei handelt es sich nicht nur um ein Mengen-, sondern auch um ein Verteilungsproblem.

Die soziale Vermarktung von Verhütungsmitteln sowie gemeindegetragene Familienplanungsdienste (CBD) waren erwiesenermaßen erfolgreich und werden weiter gefördert. Wenn neben Kondomen auch andere Verhütungsmittel von geschulten Laien angeboten werden, ist darauf zu achten, dass klinische Hintergrunddienste zur Verfügung stehen und die Kunden über diese Angebote informiert werden.

Kostenfreie Verhütungsmittel für die ärmsten Bevölkerungsschichten sind nur dann anzubieten, wenn sie sonst von der regelmäßigen Nutzung ausgeschlossen wären. Bei käuflichen Verhütungsmitteln muss jeweils eines (pro Kategorie) für die niedrigsten Einkommensschichten bezahlbar sein, erforderlichenfalls durch Subventionierung.

### 3.4 Betreuung bei Schwangerschaft und Entbindung

Schwangerenvorsorge, professioneller Beistand bei der Geburt, Erstversorgung des Neugeborenen und Nachsorge für die Mutter gehören zum Basisangebot der Reproduktiven Gesundheit. Ziel ist es, die **Mütter- und Neugeborenensterblichkeit** sowie die Häufigkeit der Totgeburten zu senken und gesundheitliche und seelische Folgeschäden von Komplikationen möglichst zu verhindern. Dabei ist wichtig, dass die genannten

Dienstleistungen allgemein zugänglich sind und freiwillig genutzt werden. Sie lassen sich nicht alle in Einrichtungen **der primären Versorgungsebene** erbringen. Daher sind Einrichtungen der Sekundärebene und funktionierende Überweisungsstrukturen nötig. Bei der Einstellung auf eventuelle Komplikationen sind Männer als Entscheidungsträger in Familie und Gesellschaft zu beteiligen.

Generell ist darauf hinzuwirken, dass Geburten in Einrichtungen mit professionellen Dienstleistern stattfinden, was jedoch nicht immer zu realisieren ist, zumindest aber eine flächendeckende Betreuung durch ambulantes Fachpersonal (**fachkundiger Beistand bei Entbindungen**). Schulungsprogramme für traditionelle Hebammen haben die in sie gesetzten Erwartungen nicht erfüllt und werden in der Regel nicht mehr gefördert.

Die Behandlung von akuten Folgen unsachgemäßer Schwangerschaftsabbrüche gehören zum Standardangebot. Soweit legal, sind sichere Schwangerschaftsabbrüche im Angebot einzuschließen. Anderenfalls ist über die Vorteile der Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs aufzuklären, insbesondere darüber, dass die Anzahl der Abbrüche nicht steigt und die Müttersterblichkeit signifikant gesenkt werden kann.

Zur Betreuung bei Schwangerschaft und Geburt (*safe motherhood*) gehört grundsätzlich die Förderung des Stillens. Im Falle einer bekannten oder auch nur zu vermutenden HIV-Infektion gilt es, das Risiko einer HIV-Infektion des Kindes durch die Muttermilch gegen andere Risiken für das Kind abzuwägen. Wo immer möglich, ist Schwangeren und Wöchnerinnen ein freiwilliger HIV-Test mit individueller Beratung und medikamentöser Verhütung der HIV-Übertragung bei der Geburt oder auch anschließender **antiretroviraler Behandlung** anzubieten.

### 3.5 Verhütung und Behandlung sexuell übertragbarer Erkrankungen

Sexuell übertragbare Erkrankungen sind häufig Folge mangelnden Wissens und von Verletzungen des sexuellen Selbstbestimmungsrechts. Grundlage der Prävention sind deswegen Aufklärung und Persönlichkeitsbildung. Sie führen zur Schaffung eines offenen gesellschaftlichen Kli-

mas, das die Verwirklichung der sexuellen Selbstbestimmung erlaubt, auch für die jeweils schwächeren Partner bei ungleichen Machtverhältnissen sowie für Menschen unterschiedlicher sexueller Orientierung.

Sexuell übertragbare Erkrankungen sind weltweit verbreitet und nehmen insbesondere in den armen Ländern zu. Wegen der herausragenden Bedeutung von HIV/AIDS widmen sich viele Initiativen in der EZ speziell diesem Thema (siehe hierzu unser Positionspapier zur HIV/AIDS-Bekämpfung).

Zugang zu Kondomen sowie Informationen für ihre korrekte und konsequente Nutzung sind für die Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen unabdingbar. Daher sind Kondome für jeden, auch für Frauen und Mädchen, zu erschwinglichen Preisen und erforderlichenfalls gratis zur Verfügung zu stellen (vgl. 3.3). Die EZ unterstützt, dass **Kondome für Frauen**, deren Anwendung von Frauen selbst kontrolliert werden kann, weite Verbreitung finden. Generell ist darauf zu achten, dass alle Kondome in allen Gesundheitseinrichtungen und frei im Handel angeboten werden, aber auch in Bars und Nachtclubs. Dort können Anbieterinnen und Anbieter von sexuellen Dienstleistungen und ihre Kunden besonders gut erreicht werden.

Bei der Aufklärung ist die Prävention in Ehe und fester Partnerschaft ein oft vernachlässigter Aspekt. Gerade verheiratete und monogam lebende Frauen sind jedoch in erheblichem Maße durch das Sexualverhalten ihrer Partner gefährdet und können häufig aus kulturellen Gründen nicht auf der Benutzung eines Kondoms bestehen.

Individuelle Beratung zu Prävention, Behandlung, Umgang mit Krankheitsfolgen und erforderlichenfalls Pflege sind allgemein anzubieten, vor allem gerade dort, wo Blutuntersuchungen zur Diagnose von HIV-Infektionen durchgeführt werden. Auf Vertraulichkeit und, falls gewünscht, Anonymität ist Wert zu legen, ebenso auf die Vermeidung oder den Abbau von Stigmatisierung und Diskriminierung.

Die Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten gehört zum Basisangebot des Gesundheitswesens und ist daher auch im Rahmen von Familienplanung und Schwangerenbetreuung anzubieten, wenn möglich auch auf der primären Versorgungsebene.

### 3.6 Sexuelle und reproduktive Gesundheit in verschiedenen Lebensphasen

Kinder, Jugendliche und Heranwachsende benötigen besondere Unterstützung in ihrer psychosexuellen Entwicklung, werden aber in vielen Gesellschaften kaum angemessen aufgeklärt. Obwohl viele Heranwachsende sexuell aktiv sind, wird ihnen der Zugang zu reproduktiven Gesundheitsdiensten aber auch zu Kondomen und anderen Verhütungsmitteln erheblich erschwert. Die Folgen sind unerwünschte und risikoreiche Schwangerschaften, unsichere Schwangerschaftsabbrüche und sexuell übertragbare Erkrankungen einschließlich HIV/AIDS. Das Recht von Kindern und Jugendlichen bedarf auch deshalb besonderer Aufmerksamkeit und besonderen Schutz, weil es oft durch Erwachsene aus dem unmittelbaren Umfeld verletzt wird. Dies ist für die EZ nicht nur im Gesundheitsbereich relevant, sondern auch überall da, wo sie sich direkt oder indirekt mit Kindern und Jugendlichen beschäftigt.<sup>2</sup>

Auch für ältere und alte Menschen ist SRG relevant. Mit der zunehmenden Alterung der Weltbevölkerung wird langfristig der überwiegende Teil älterer Menschen in EL leben. Durch die Änderung des Bevölkerungsaufbaus und mit dem Verlust familiärer Alterssicherung werden auch in den Kooperationsländern mehr alte Menschen auf Hilfe angewiesen sein. Es wird hier im wesentlichen auf Akzeptanz, Privatheit und - wo erforderlich - auf medizinische Versorgung ankommen. Ältere Frauen in EL leiden häufig an Gebärmutterhalskrebs (die häufigste Krebsursache bei Frauen weltweit) und Gebärmuttervorfall. Beide Erkrankungen konnten in den industrialisierten Ländern durch relativ einfache Früherkennungs- und Behandlungsmaßnahmen unter Kontrolle gebracht werden.

---

<sup>2</sup> Bezüglich der vielfältigen, in allen biographischen Phasen vorkommenden gesundheitlichen Benachteiligung von Mädchen und Frauen, beginnend mit der gezielten Abtreibung weiblicher Föten, wird auf die GTZ-Veröffentlichung „Gewalt gegen Frauen und Mädchen beenden“, Eschborn 2002, verwiesen.

## 4. Empfehlungen zur Umsetzung der SRG-Förderpolitik in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit

### 4.1 Grundsätzliche Voraussetzungen: Kohärenz, Partizipation und Entwicklungsorientierung der nationalen Politik in Kooperationsländern

Für den politisch sensiblen Bereich von SRG gilt als Leitprinzip der Entwicklungsförderung, dass das Kooperationsland und seine Menschen für die entsprechenden Politiken, Programme und Projekte eigene Verantwortung empfinden und wahrnehmen. Dabei sind in den Grenzen der international anerkannten Menschenrechte die nationalen und soziokulturell bestimmten Interpretationen zu berücksichtigen und internationale Übereinkommen sowie eigene Werte in den Politikdialog einzubringen. Die umfassend definierten sexuellen und reproduktiven Rechte sind weiterhin ein unverzichtbarer Kernbestand der Förderpolitik der Bundesrepublik Deutschland sowohl für die bilaterale Zusammenarbeit als auch für die Arbeit in internationalen Organisationen und Gremien, auch wenn heute einige Länder und Organisationen gegenläufig tendieren. Die Förderung von SRG durch bilaterale und multinationale Geber ist auf einer entwicklungsorientierten nationalen Politik aufzubauen, wobei die Gesellschaft (*civil society* oder Bürgerschaft), insbesondere die speziellen Zielgruppen, mit einzubeziehen sind. Eine entwicklungsorientierte Politik fördert neben den Kernbereichen (siehe Kapitel 3) auch gezielt die Teilhabe (*Empowerment*) und die sozialen Basisdienste.

Notwendige Voraussetzung für eine wirksame multisektorale Förderung ist die Kohärenz der verschiedenen Politiken, insbesondere bei sich überlagernden Sektoren sowie bei den EZ-Positionen innerhalb der Gebergemeinschaft. In einigen Bereichen muss sie noch entwickelt werden. Hierzu zählen: das nicht unumstrittene Recht von Kindern und Jugendlichen auf Aufklärung, die sexuelle Selbstbestimmung von Frauen und Jugendlichen, die Haltung der Regierungen zum Schwangerschaftsabbruch, die Rolle der medikamentösen Prävention der Mutter-Kind-Übertragung von HIV und die **antiretrovirale HIV/AIDS-Therapie** bei Ressourcenarmut, die Rolle des Staates bei der sozialen Grundsicherung, der

Unterstützungsbedarf der ärmsten Länder im Hinblick auf den sicheren Zugang der Menschen zu Verhütungsmitteln (*contraceptive security*), die Langfristigkeit des Unterstützungsbedarfs in den ärmsten Ländern sowie der Umgang mit den Folgen von Dezentralisierung und Globalisierung. Zur Förderung von Kohärenz und Konsistenz ist auf die Verzahnung der Unterstützung durch unterschiedliche bi- und multilaterale Geber zu achten. Wo immer möglich, ist die Förderpolitik auf den Armutsminderungsstrategien (*Poverty Reduction Strategies*) der Kooperationsländer aufzubauen.

Die Gesundheitspolitik benachbarter Länder und Regionen ist wegen des grenzüberschreitenden Charakters von Krankheiten sowie von gesellschaftlicher Benachteiligung und Kriminalität besser abzustimmen.

### 4.2 Zielgruppen

Zielgruppen der von der Bundesregierung unterstützten Maßnahmen zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sind die Menschen in Entwicklungsländern in ihrer Gesamtheit. Sie konzentrieren sich jedoch auf arme und besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen und auf die für die Umsetzung erforderlichen Strukturveränderungen. Zielgruppen sind zunächst Individuen aber auch Zusammenschlüsse wie z. B. Selbsthilfe- oder Frauengruppen.

Die Bedeutung von Sexualität und Fortpflanzung sowie deren Schutz sind bei den Zielgruppen unter Gesichtspunkten wie dem Geschlechterverhältnis (*Gender*), Lebensphasen und soziokulturellem Kontext zu betrachten. Außerdem spielen bei der Zielgruppendifferenzierung die unterschiedlichen Zugangsmöglichkeiten zu Information und Dienstleistungen, aber auch ungleiche Fähigkeiten, Chancen zu nutzen, eine wichtige Rolle. Die Kräfte, die Einfluss auf SRG in Gesellschaft und Familie haben, sind mit zu berücksichtigen.

Auch wenn Frauen und Mädchen berechtigterweise in vielen Programmen im Mittelpunkt stehen, sind Männer und Jungen ebenfalls anzuspre-

chen. Als Entscheidungsträger in Familien und Beziehungen spielen sie eine herausragende Rolle. Außerdem trägt ein informiertes und verantwortliches Sexualverhalten von Männern und Jungen wesentlich zu einer Verbesserung ihrer eigenen reproduktiven Gesundheit sowie der ihrer Partnerinnen oder Partner bei. Spezielle Informations- und Gesundheitsangebote für Männer sind daher wichtig.

Kinder und junge Menschen sind eine der wichtigsten Zielgruppen, insbesondere auch in ländlichen Gebieten. Bei jungen Menschen besteht noch die Chance, auf die Ausbildung von Werten und Verhaltensweisen einzuwirken oder noch nicht gefestigte Verhaltensweisen positiv zu beeinflussen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass 70 Prozent der vorzeitigen Todesfälle unter Erwachsenen auf in der Jugend erworbene und beibehaltene Verhaltensweisen zurückzuführen sind. Akzeptanz und Nichtdiskriminierung sind wesentliche Grundlagen im Umgang mit dem Themenkomplex SRG. Menschen mit unterschiedlicher sexueller Orientierung sind als Zielgruppe entsprechend ihrem besonderen Bedarf ebenso einzubeziehen wie ethnische Minderheiten und andere (sozial) marginalisierte Gruppen. Grundsätzlich gilt, dass alle Mitglieder der Zielgruppe möglichst gleichberechtigt an der Förderung teilnehmen können oder gleichermaßen begünstigt werden.

### 4.3 Partner

Zu den Partnern der EZ gehören neben staatlichen Behörden und Einrichtungen die Nichtregierungsorganisationen einschließlich der Kirchen und anderer religiöser Gemeinschaften, der Privatsektor und Organisationen der Zivilgesellschaft. Maßnahmen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit betreffen einen höchst sensiblen Themenkomplex, so dass das Vertrauen der Zielgruppen in den EZ-Partner bei der Auswahl wichtig ist.

Die Verbindung zu entwicklungsorientierten und progressiven Teilen von Staat und Gesellschaft sowie ihre Stärkung sind bei der Förderung international anerkannter SRG-Standards herzustellen. Die jeweilige Kooperationsform wird sich auf die stark unterschiedlichen finanziellen, organisatorischen und fachlichen Leistungsfähigkeiten der Partner ausrichten. Da staatliche Träger in der Regel die breitesten Strukturen vor Ort haben

und eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung tragen, geht es der EZ darum, die Nutzung dieser Ressourcen effizienter zu gestalten und qualitativ zu verbessern.

Zunehmend arbeitet die bilaterale EZ mit nichtstaatlichen Partnern zusammen, wobei die Förderung über staatliche und nichtstaatliche Träger in der Regel Hand in Hand gehen sollte. Wenn der Zugang zu Verhütungsmitteln und Gesundheitsdienstleistungen für die Zielgruppen nicht durch staatliche Partner gewährleistet werden kann, dann sind je nach Ausgangslage Nichtregierungsorganisationen, der Privatsektor oder auch Nothilfeorganisationen zu beauftragen.

Partnerschaften mit der Privatwirtschaft werden angesichts eines wachsenden Bedarfs an medizinischen Verbrauchs- und Ausrüstungsgütern und Medikamenten zunehmend wichtig. Zum Beispiel kann die Errichtung von Produktionsstätten in EL durch mittelfristige öffentliche Absatzgarantien für bestimmte Produkte gefördert werden (u. a. Medikamente für die Behandlung von sexuell übertragbaren Erkrankungen einschließlich AIDS).

### 4.4 Multilaterale Zusammenarbeit

Außer im Rahmen der bilateralen EZ trägt die Bundesrepublik Deutschland in erheblichem Umfang zur Förderung von SRG-Programmen bei, die von internationalen Organisationen und Initiativen zusammen mit nationalen Regierungen geplant und durchgeführt werden. Das BMZ und die deutschen Durchführungsorganisationen arbeiten mit diesen Institutionen auf globaler, regionaler und nationaler Ebene eng zusammen.

Der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) koordiniert die umfangreichen Länderprogramme vor allem im Bereich Bevölkerungspolitik, Familienplanung, Beschaffung von Kontrazeptiva, Sexualaufklärung und Frauenförderung und überwacht die Umsetzung der auf der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung festgelegten Ziele. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist vor allem wegen ihrer Richtlinienkompetenz z. B. zu medizinischen Themen und zu Qualitätsstandards im Gesundheitsbereich wichtig. UNICEF, das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen, wird bei seiner Arbeit zur Förderung von Kindern unterstützt. In

Zusammenarbeit mit der EU, WHO, UNICEF und anderen unterstützt Deutschland ein überregionales Programm zur Verringerung des Mangels an unentbehrlichen geburtshilflichen Versorgungsangeboten (*Unmet Obstetric Need Network*).

Im Bereich der HIV/AIDS-Bekämpfung ist in erster Linie das multisektorale UNAIDS-Programm zu nennen. Ziel von UNAIDS ist es, die Koordination auf nationaler und internationaler Ebene zu fördern, vermehrt Mittel für die internationale AIDS-Bekämpfung einzuwerben und die technischen Standards der weltweiten AIDS-Arbeit festzulegen. Beteiligt ist die Bundesrepublik Deutschland auch am Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM), dem neuen Finanzierungsinstrument in der internationalen Zusammenarbeit, das die bisherigen Aktivitäten im Kampf um die drei Krankheiten auf bi- und multilateraler Ebene unterstützt und ergänzt.

Einen wesentlichen Anteil haben die Beiträge der deutschen EZ auch an SRG-Aktivitäten der Europäischen Union, der *International Development Agency* (IDA), der Weltbank sowie der regionalen Entwicklungsbanken. Außerdem wird die *International Planned Parenthood Federation* (IPPF) gefördert, die als wichtigster Dachverband nationaler Nichtregierungsorganisationen umfangreiche Programme in allen Teilen der Welt unterstützt.

Maßnahmen zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit einschließlich der Bekämpfung von HIV/AIDS werden von der deutschen EZ auch im Rahmen allgemeiner Entwicklungsinitiativen unterstützt, so z. B. im Rahmen der „Neue Partnerschaft für Afrikas Entwicklung“ (NePAD). Mit Blick auf die wirtschaftliche und soziale Entwicklung der Menschen in EL ist SRG auch im Rahmen von Entschuldungsverhandlungen zu berücksichtigen.

Die Bundesrepublik Deutschland sieht eine wichtige Aufgabe darin, die Politik der genannten Organisationen und Initiativen mitzugestalten. Ein Ziel der deutschen EZ ist es, sich für mehr Mittel und ihre effizientere Verwendung einzusetzen. Die Vereinbarungen der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung 1994 in Kairo bilden die Grundlage hierfür.

## 4.5 Instrumente und Durchführung der bilateralen EZ

### 4.5.1 Klassische Konzepte

Die Entwicklungszusammenarbeit im Bereich SRG profitiert in besonderem Maße von der pluralistischen, dezentralen Struktur der deutschen EZ, in der verschiedene staatliche und nichtstaatliche Organisationen mit ihren spezifischen Leistungsprofilen, Partnerstrukturen und Instrumenten tätig sind.

Die Finanzielle Zusammenarbeit (FZ) spielt beim Auf- und Ausbau der Infrastruktur eine wichtige Rolle, soweit erforderlich bei gleichzeitiger Förderung von Planungs- und Verwaltungskapazitäten. Beispiele bewährter Formen der FZ sind Ausstattungs- und Beschaffungsprojekte für Mutter- und Kind-Versorgung und Familienplanung einschließlich der Beschaffung von Diagnosematerial, Kontrazeptiva und Medikamenten (Beispiel Philippinen - siehe Anhang 6). Die einheimischen Träger dieser Maßnahmen sind meistens die staatlichen Gesundheitsbehörden des Kooperationslandes.

Als besonders erfolgreich hat sich das im Rahmen der FZ geförderte Konzept der sozialen Vermarktung von Verhütungsmitteln erwiesen (Beispiel Pakistan - siehe Anhang 6). Dabei werden moderne Marketingmethoden und Vertriebswege des Privatsektors genutzt, um Empfängnisverhütung und HIV/AIDS-Prävention sozial akzeptabel zu machen und Produkte zu bezahlbaren, meist subventionierten Preisen zur Verfügung zu stellen (**Soziale Vermarktung**/*Social Marketing*). Deutschland ist derzeit der größte Geber bei der sozialen Vermarktung von Kontrazeptiva und Kondomen in Afrika. Bewährt hat sich inzwischen auch der dem *Social Marketing* ähnliche Ansatz des *Social Franchising* zur Erbringung von medizinischen Dienstleistungen.

Auch bei der Finanzierung und fachlichen Begleitung von Sektorprogrammen (SWAps) kommt der FZ eine wesentliche Funktion zu.

Die klassischen Instrumente der Technischen (TZ) und Personellen (PZ) Zusammenarbeit werden zum Aufbau von Kapazitäten eingesetzt: zur Programmentwicklung und -implementierung, zur Informationsanalyse und zum Monitoring entwicklungsrelevanter Prozesse und zur Regie-

rungsberatung (Beispiel Kambodscha - siehe Anhang 6). Dazu gehören u. a. die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitspersonal und Entscheidungsträgern, Beratung bei der Stärkung des Basisgesundheitswesens sowie die Integration von SRG in das Dienstleistungsangebot. Trainingsmaßnahmen spezialisierter Durchführungsorganisationen werden programm- und projektgebunden aber auch programmübergreifend in den Kooperationsländern, in Drittländern oder in Deutschland durchgeführt.

Die deutsche EZ achtet zunehmend stärker auf eine möglichst enge Verzahnung der Maßnahmen von FZ, TZ und PZ (in unterschiedlichen Kombinationen). Den Rahmen für diese Abstimmung bieten kohärente Schwerpunktstrategien für die Partnerländer.

Die Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Trägern erstreckt sich vor allem auf die finanzielle Unterstützung kirchlicher Vorhaben, insbesondere des Gesundheits- und Bildungswesens (Beispiel Kenia - siehe Anhang 6) sowie auf Beiträge zu Aktivitäten von Nichtregierungsorganisationen, sowohl großer internationaler als auch kleinerer oder kleinster lokaler NRO (Beispiele Simbabwe, Burkina Faso - siehe Anhang 6).

#### 4.5.2 Neuere Ansätze

Zu den neueren Ansätzen der SRG zählt die Zusammenarbeit mit dem Privatsektor (*Public Private Partnership* - PPP). Die Zusammenarbeit mit der Privatwirtschaft hat insbesondere im Medikamenten-, Kontrazeptiva- und Materialbereich an Bedeutung gewonnen, aber auch bei der Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen unter Mitarbeitern privatwirtschaftlicher Unternehmen.

Bei Sektorinvestitionsprogrammen und programmorientierter Gemeinschaftsfinanzierung (*Sector Wide Approach* - SWAP) kann der SRG-Bereich in besonderem Maße profitieren, wenn die Chance seiner adäquaten Berücksichtigung bei der Gestaltung des Gesundheits- und Erziehungswesens genutzt und die Maßnahmen von Anfang an im Budget nachhaltig verankert werden.

„*Output-Based Aid*“ ist ein Instrument, das die Effizienz von SRG steigern kann, indem Hilfgelder gezielt für die entwicklungspolitisch gewünschte Leistung und für die erwünschte Zielgruppe ein-

gesetzt werden. Wenn ein gemeinsames Programm mit anderen Gebern vereinbart wird, hat das Verfahren besondere Vorteile.

Ein zunehmend stärker beachteter Ansatz ist die Zusammenarbeit mit mehreren Kooperationsländern in Regionalvorhaben, die grenzüberschreitenden Problemen Rechnung tragen, wie zum Beispiel bei der Bekämpfung von Epidemien, HIV/AIDS aber auch von Drogen- oder Frauenhandel. Regionale Ansätze bieten sich auch bei *Social Marketing*-Vorhaben für sprachlich und kulturell homogene oder ähnliche Bevölkerungsgruppen in benachbarten Ländern an. Die Wirtschaftlichkeit der Produktentwicklung und der Werbeaktivitäten wird durch Vergrößerung des Absatzmarktes erhöht.

### 4.6 Thematische Zuordnung zu Schwerpunkten der deutschen EZ

#### 4.6.1 Allgemeines

SRG kann sowohl Teil eines Förderschwerpunktes als auch ein übergreifendes Thema sein. Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit hat zehn Schwerpunkte definiert, von denen drei in einer besonders engen Beziehung zu SRG stehen:

- Gesundheit,
- Bildung,
- Demokratie/Zivilgesellschaft/Gute Regierungsführung.

Als übergreifendes Thema verdient sie im Rahmen von Entwicklungsmaßnahmen mit anderen Zielsetzungen eine nicht nur punktuelle sondern durchgängige Berücksichtigung.

Während derzeit für die Eindämmung der dramatischen Entwicklung von HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen international erhebliche Mittel eingesetzt werden, können andere Vorhaben reproduktiver Gesundheit (z. B. Familienplanungsprogramme) oft nicht mehr im notwendigen Umfang weitergefördert werden. Um die Gefahr zu verringern, SRG zu marginalisieren und schon Erreichtes zunichte zu machen, sind in der deutschen EZ Maßnahmen zu treffen, die die Mittelbereitstellung für SRG transparent machen,

um regelmäßig überprüfen zu können, ob gesetzte Ziele damit erreichbar bleiben.

#### 4.6.2 Schwerpunkt Gesundheit

Dieser Schwerpunkt schließt SRG und die HIV/AIDS-Thematik ein. Ohne kurative Maßnahmen auszuschließen, ist auf präventive Ansätze besonders zu achten, zumal sie sich als wirksam und kostengünstig erwiesen haben. Daran haben auch neuere therapeutische Möglichkeiten nichts geändert.

Im Rahmen der EZ wird SRG auf der primären und auf der sekundären Versorgungsebene des Gesundheitswesens gefördert, und zwar sowohl im Rahmen integrierter Basisdienstleistungen als auch in speziellen, thematisch beschränkten Programmen. Für eine wirksamere Förderung ist es in den meisten Kooperationsländern dringend erforderlich, die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens zu verbessern. Werden Gebühren erhoben, müssen sie in jedem Fall den Möglichkeiten armer Bevölkerungsteile als Zielgruppe der EZ angemessen sein. Außer dem öffentlichen Sektor sind auch private Anbieter einzubeziehen.

Je nach Ausgangslage bedürfen folgende Bereiche der besonderen Unterstützung und Weiterentwicklung:

- Gesundheitssystementwicklung einschließlich genderspezifischer Aspekte (insbesondere Verbreiterung des Angebots),
- Personalverteilung zugunsten der Peripherie (insbesondere das weibliche Personal betreffend),
- Zugänglichkeit reproduktiver Dienstleistungen für die arme Bevölkerung und für vulnerable Gruppen,
- Management im Gesundheitswesen (insbesondere zur Sicherstellung der Kontrazeptiva-Versorgung und zur rechtzeitigen Überweisung geburtshilflicher Notfälle),
- Aus- und Weiterbildung (insbesondere Personalqualifikation in Bezug auf SRG); Qualitätssicherung und normative Kontrolle (vor allem des kommerziellen Sektors durch die dafür vorgesehenen staatlichen Behörden),

- Zusammenarbeit von staatlichen, kirchlichen und sonstigen privaten Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen im Sinne der gegenseitigen Ergänzung sowie die

- Förderung sektorübergreifender Ansätze.

Eine besondere Herausforderung für die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens stellen die nunmehr im Prinzip mögliche medikamentöse Vorbeugung der Mutter-Kind-Übertragung von HIV und die antiretrovirale HIV/AIDS-Therapie dar. Um diese Möglichkeiten für die Betroffenen in den armen Ländern nutzbar zu machen, genügt es nicht, nur die erforderlichen Medikamente zur Verfügung zu stellen. Vielmehr sind gleichzeitig die Gesundheitsdienste zu stärken. Die Kosten für diese strukturellen Maßnahmen überschreiten die reinen Behandlungs- und Medikamentenkosten um ein Vielfaches.

#### 4.6.3 Schwerpunkt Bildung

Dem EZ-Schwerpunkt Bildung kommt eine Schlüsselrolle bei der Förderung integrierter SRG-Maßnahmen zu. Unumstritten ist die herausragende Rolle des Bildungsstandes von Mädchen und Frauen hinsichtlich ihrer Gesundheit allgemein und SRG im besonderen. Das Ziel von Bildung weltweit ist es, in sämtlichen Altersstufen den Erwerb von Kenntnissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Wertvorstellungen zu unterstützen, die dem Einzelnen, seiner Familie und der gesellschaftlichen Entwicklung nützen. In der Politikberatung ist dafür zu sorgen, dass SRG ein durchgängiges Thema für den gesamten Bereich schulischer, außerschulischer und beruflicher Bildungsmaßnahmen ist.

Sexualaufklärung als eines der wesentlichen Aufgabengebiete kann in die Curricula sämtlicher Bildungs- und Ausbildungsgänge aufgenommen werden, entsprechend der jeweiligen Altersstufe, dem soziokulturellen Kontext und Wissensstand. Dies gilt in der nonformalen Bildung und funktionalen Alphabetisierung ebenso wie in Grund- und weiterführenden Schulen und Ausbildungsinstitutionen. Dazu ist Lehrern in der Fortbildung das richtige Wissen zu vermitteln, aber auch das Bewusstsein, dass ihnen eine Vorbildfunktion zukommt.

Dazu einige Beispiele: Aufklärungsangebote für Schüler, Eltern und Lehrer oder thematische Jugendinitiativen an Schulen, Ausbildungsstätten und im informellen Sektor. Schulgesundheitsrichtungen oder Jugendfreizeitzentren bieten SRG-Dienstleistungen (Beratung, medizinische Untersuchungen, Verhütungsmittel) speziell für Jugendliche an und leisten damit einen wichtigen Beitrag zur Überwindung der Zugangsbarrieren.

Die Aus- und Fortbildung von Medizinerinnen und Krankenpflegepersonal ist in dieser Hinsicht zu aktualisieren. Auch bei zahlreichen anderen Berufen ist das Thema in geeigneter Weise in die Ausbildungscurricula einzuschließen (z. B. bei Beschäftigten im Tourismusbereich, im Sozialwesen, bei Justiz und Polizei).

#### 4.6.4 Schwerpunkt Demokratie, Zivilgesellschaft und öffentliche Verwaltung

Dieser Schwerpunkt bietet sich in besonderem Maße dazu an, SRG themenübergreifend zu berücksichtigen. Er umfasst Handlungsfelder wie Rechts- und Justizreformen, Dezentralisierung, Kommunalentwicklung und den Aufbau leistungsfähiger Institutionen im öffentlichen Sektor (*capacity building*, Verwaltungsreform) sowie die Bekämpfung der Korruption. Ebenso beinhaltet er die Förderung von Demokratie, Menschenrechten (einschließlich ihrer besonderen Ausprägung in Frauen- und Kinderrechten) und Partizipation der Zivilgesellschaft. Die Zusammenarbeit mit reformwilligen und reformfähigen Entwicklungsländern und die Unterstützung nationaler Entwicklungspolitiken und Armutsbekämpfungsstrategien (PRSP) sind Hauptarbeitsgebiete.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit als Bestandteil allgemeiner Menschenrechte wird in vielen Ländern weder *de jure* noch *de facto* geschützt und gehört deshalb in die Politikberatung und den Aufbau öffentlicher Institutionen, die dem Kriterium der guten Regierungsführung entsprechen. Die Förderung nationaler Rechtsnormen in Übereinstimmung mit internationalen Abkommen ist daher ein wichtiges Gebiet ebenso wie das Überwinden der Kluft zwischen traditionellem und modernem Recht in der angewandten Rechtsprechung.

Der Schutz von Frauen und Kindern sowie anderer vulnerabler Gruppen gegen Gewalt, sexuellen Missbrauch und Ausbeutung ist praktisch umzusetzen, beispielsweise mit geeigneten Anlauf- und Auffangstellen (Beispiel Kosovo - siehe Anhang 6) oder entsprechender Ausbildung von Justiz- und Polizeibediensteten. In diesem Sinne ist die Beschäftigung von Frauen bei der Polizei, bei Vernehmungsbehörden oder in Gefängnissen aber auch bei friedenserhaltenden Missionen zu fördern.

#### 4.6.5 Weitere Schwerpunkte und Bereiche

Die Richtlinien des BMZ zur Schwerpunktbildung lassen bei den Länderprogrammen ausdrücklich einen Gestaltungsspielraum offen, der für die Umsetzung anderer wichtiger Themen genutzt werden kann, wenn dies entwicklungspolitisch begründet ist. Eine Förderung von SRG kann daher im Einzelfall auch außerhalb der drei Schwerpunkte stattfinden, vor allem dort, wo rasches Bevölkerungswachstum und die Ausbreitung der HIV/AIDS-Epidemie eine wirksame Armutsminderung beeinträchtigen.

Die Umsetzung der Förderung von SRG im Rahmen anderer Schwerpunkte bedarf nicht unbedingt zusätzlicher Mittel, wenn dies auch in hohem Maße wünschenswert wäre. Zum einen kommt es darauf an, die Bedeutung von SRG im Bezug auf eine Fördermaßnahme im Bewusstsein aller Beteiligten, insbesondere der unmittelbar Planungsverantwortlichen, zu verankern. Dies beginnt bei der genderspezifischen Problemdefinition. Auf dieser Grundlage können dann in vielen Fällen Aspekte der Förderung von SRG in die normalen Programm- und Projektmaßnahmen eingeplant werden. Eine weitere Möglichkeit der Umsetzung im Rahmen anderer Schwerpunkte ist eine Vereinbarung mit der Partnerregierung, um von vornherein einen Anteil des Fördervolumens einer bestimmten Maßnahme für SRG zu reservieren (z. B. im Straßenbau). Dabei muss die Umsetzung nicht unbedingt im Rahmen der gleichen Maßnahme stattfinden.

Generell ist es bei unterschiedlichen Förderschwerpunkten für die nationalen Partner und die Zielgruppen oft überzeugender, wenn anstelle des

Verweises auf abstrakte Rechte und Normen die Steigerung der Produktivkraft der Menschen, insbesondere der Frauen, hervorgehoben wird.

Besonders wichtig sind SRG-Maßnahmen im EZ-Schwerpunkt Sicherung der Ernährung und Landwirtschaft; zum einen deshalb, weil die Subsistenzwirtschaft in armen Ländern überwiegend von Frauen betrieben wird, zum anderen auch wegen des bereits spürbaren ländlichen Arbeitskräftemangels in Regionen, die besonders von der HIV/AIDS-Epidemie betroffen sind. Weitere Beispiele für SRG-Maßnahmen in anderen Förderschwerpunkten sind die Stärkung der Familienplanungsdienste in Vorhaben des ländlichen Wassermanagements (EZ-Schwerpunkt Wasser, Abwasser und Abfallentsorgung), spezielle Berücksichtigung benachteiligter Frauen bei Kleinstkrediten und Maßnahmen zur Existenzgründung, Berücksichtigung des SRG-Bedarfs von Frauen bei der Gestaltung der industriellen Arbeitswelt (EZ-Schwerpunkt Wirtschaftsreform und Aufbau der Marktwirtschaft), die Einführung von sozialer Vermarktung von Kondomen in Transportprogrammen (EZ-Schwerpunkt Transport und Kommunikation) und SRG-spezifische Ausbildung von weiblichem Personal bei Friedensmissionen (EZ-Schwerpunkt Friedensentwicklung und Krisenprävention).

In Krisensituationen spielt SRG international eine wachsende Rolle, vor allem im Kontext von Migration und der Ausweitung der HIV-Epidemie. Dem Flüchtlingshilfswerk UNHCR zufolge gehört sie zu den entscheidenden Grundlagen, um Flüchtlingen ihr Recht auf ein Minimum an menschlichem Wohl und Würde zu gewährleisten. Daher sind bei Interventionen in Krisensituationen und danach entsprechende Maßnahmen zu berücksichtigen.

In ähnlicher Weise sollte SRG auch Beachtung finden bei vom BMZ nicht geförderten Vorhaben von Nichtregierungsorganisationen, politischen Stiftungen und Kirchen. Dies gilt auch für Maßnahmen im Rahmen von Länderpartnerschaften, Maßnahmen des BMI, Eigenmaßnahmen der Botschaften oder friedenserhaltenden Maßnahmen des Verteidigungsministeriums.

## 5. Perspektiven in der Länderprogrammierung und Projektarbeit

Der Gesamtkomplex SRG ist wegen seiner Bedeutung für die individuelle und gesellschaftliche Entwicklung als integraler Bestandteil der Schwerpunkte Gesundheit, Bildung und Demokratieförderung zu behandeln und als übergreifendes Thema in anderen gewählten Länder-schwerpunkten zu beachten. Da die Schwerpunktsetzung in der bilateralen EZ ein fortlaufender Prozess ist, sind bei der Entwicklung von Schwerpunktstrategien Möglichkeiten der Integration von Themen aus dem Bereich SRG aktiv zu nutzen.

Nach derzeitigem Stand (2002) haben in der deutschen bilateralen Zusammenarbeit 16 Kooperationsländer einen Gesundheitsschwerpunkt gewählt: Afghanistan, Guinea, Jemen, Kamerun, Kenia, Malawi, Ruanda, Tansania, Bangladesch, Indien, Indonesien, Kambodscha, Nepal, Pakistan, Philippinen, Vietnam (und zusätzlich China für den Bereich HIV/AIDS).

Acht Länder haben sich für einen Schwerpunkt im Bereich der Grundbildung entschieden: Afghanistan, Tadschikistan, Jemen, Guinea, Malawi, Mosambik, Pakistan und Honduras. In zahlreichen Ländern werden Demokratisierung und verwandte Bereiche gefördert (etwa in 30 Ländern).

Im Rahmen der nationalen Strategieentwicklung zur Armutsminderung (PRSP-Entwicklung) ist die Förderung von SRG zu berücksichtigen. Um dies zu gewährleisten, ist die rechtzeitige und adäquate Vertretung von Gesundheits- und Bildungsministerium in der Arbeitsgruppe erforderlich, die die Armutsminderungsstrategie des betreffenden Landes entwickelt. Nicht zuletzt muss die Aufnahme von SRG-Zielen und Indikatoren in Armutsminderungsprogramme selbstverständlich sein.

Die Schwerpunktstrategieformulierung in der bilateralen EZ und die nationale PRSP-Entwicklung haben unter anderem den Vorteil, dass sie durch ihren mittel- bis längerfristigen Zeithorizont für die einzelnen Fördermaßnahmen eine größere Planungssicherheit bieten. Dies ist im Hinblick auf den längerfristigen Unterstützungsbedarf besonders wichtig.

Bei der Projektarbeit hat es sich besonders bewährt, Ansätze von Pilotcharakter auf lokaler Ebene mit Managementförderung auf der Mesoebene und mit Regierungsberatung des betreffenden Ressorts zu verbinden, z. B. bei der Integration von Familienplanungsdiensten in die jeweiligen Gesundheitssysteme.

Häufig hat der Programmansatz im Vergleich zum Projektansatz Vorteile, unter anderem im Hinblick auf die Kohärenz der gemeinsamen Ziele und die Harmonisierung der unterschiedlichen Instrumente verschiedener Geber. Die Förderung gerade von SRG in Form von Projekten bietet sich jedoch in vielen Situationen nach wie vor an. Hierzu gehören Pilotmaßnahmen mit innovativen Ansätzen, Arbeit mit schwer erreichbaren Bevölkerungsgruppen oder auch Fördermaßnahmen für Bevölkerungsgruppen in nicht funktionsfähigen Staaten sowie grenzüberschreitende Ansätze. Sektorvorhaben des BMZ bieten den Durchführungsorganisationen darüber hinaus ein flexibles Instrument, um neue Entwicklungen (in Politik oder Wissenschaft etc.) aufzugreifen.

## 6. Projektbeispiele

Die folgenden Projektbeispiele zum Aufgabenbereich sexuelle und reproduktive Gesundheit (SRG) illustrieren verschiedene Instrumentarien und spiegeln die Vielfalt deutscher EZ-Organisationen und ihrer Fördermöglichkeiten wider.

### **Frauengesundheit und Familienplanung auf den Philippinen**

Auf den Philippinen trägt die KfW im Auftrag des BMZ seit 1997 zu einem von zahlreichen Gebern unterstützten Gesundheitsprogramm bei (gemeinsam mit der Europäischen Union, der Weltbank, der *Asian Development Bank* ADB, und der australischen Entwicklungshilfe AusAID). Das Programm soll eine umfassende Verbesserung der Gesundheitsdienste für Frauen, Neugeborene und Säuglinge herbeiführen. Denn philippinische Frauen haben ein über 200-fach höheres **Risiko** als Frauen in Industrienationen, an den Folgen einer Schwangerschaft zu sterben. Durchschnittlich bringt eine philippinische Frau vier Kinder zur Welt und das Bevölkerungswachstum liegt bei 2,3 Prozent im Jahr, so dass die Philippinen eine der am schnellsten wachsenden Bevölkerungen im asiatischen Raum sind. Moderne Familienplanung wird von nur einem Viertel der Frauen praktiziert, obwohl die meisten darüber informiert sind. Aufgrund häufiger Schwangerschaften und einseitiger Ernährung leiden viele Frauen unter Mangelerscheinungen. Erkrankungen des Genitaltrakts und Brustkrebs sind die am häufigsten auftretenden Frauenkrankheiten.

Mit einem Gesamtvolumen von 70 Millionen Euro sollen innerhalb von sechs Jahren in 36 Provinzen umfassende Maßnahmen das Angebot an integrierten Gesundheitsdiensten für Frauen verbessern. Die Infrastruktur der Familienplanungs- und Gesundheitseinrichtungen sowie das Logistiksystem werden ausgebaut. Gesundheitspersonal, Hebammen und Laienhelferinnen werden vor allem in Geburtshilfe und Versorgung von Frauen und Neugeborenen fortgebildet, die Aufklärungs- und Beratungsarbeit verbessert. Im Rahmen des Gesamtvorhabens dient der Beitrag der FZ in Höhe von über zwölf Millionen Euro der Ausstattung mit medizinischer Ausrüstung

für Gynäkologie und Geburtshilfe, Instrumenten, Verbrauchsgütern und Medikamenten für klinische Familienplanungsmaßnahmen und die Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten.

**Das Beispiel illustriert unter anderem ein umfangreiches internationales Kooperationsvorhaben zur Verbesserung der Gesundheitsdienste als Voraussetzung für bessere sexuelle und reproduktive Gesundheit.**

### **Soziale Vermarktung von Kontrazeptiva in Pakistan**

Seit 1994 unterstützt die KfW im Auftrag des BMZ die soziale Vermarktung von Kontrazeptiva in Pakistan. Das Konzept der sozialen Vermarktung verfolgt das Ziel, die Versorgung mit Verhütungsmitteln zu verbessern, indem diese breitenwirksam über vorhandene privatwirtschaftliche Kanäle vertrieben werden. Durch begleitende Aufklärungs- und Informationskampagnen wird der Gebrauch von Verhütungsmitteln sozial akzeptabel gemacht. Zielgruppe des Vorhabens ist die städtische Bevölkerung der mittleren und unteren Einkommensgruppen, und zwar landesweit für die Vermarktung von Kondomen, die breitflächig im Kleinhandel (in Kiosken, Lebensmittelläden, Drogerien und Apotheken, Frisörgeschäften, Restaurants und Bars etc.) angeboten werden. Außerdem werden in einigen Städten - vorzugsweise in den ärmeren Randbezirken - in Praxen von Allgemeinärztinnen intrauterine Spiralen, injizierbare und orale Kontrazeptiva angeboten. Die Praxisinhaberinnen werden im Rahmen des Vorhabens speziell geschult und zertifiziert. Sie sind in einem *Social-Franchising*-Netzwerk unter dem Markennamen *Green Star Clinics* zusammengeschlossen und ihre Arbeit unterliegt einer fortlaufenden freiwilligen Qualitätskontrolle. Orale Kontrazeptiva werden zusätzlich auch über andere niedergelassenen Ärzte und Apotheken bereitgestellt. Zur Sicherstellung einer angemessenen Beratung der Nutzerinnen werden diese Apotheker und Ärzte speziell geschult. Auf Seiten des pakistanischen Partners liegt die Gesamtverantwortung beim Ministerium für Bevölkerung und Familienwohlfahrt. Dieses hat eine lokale

Nichtregierungsorganisation mit der Durchführung beauftragt, die im Rahmen des Vorhabens von einer internationalen Nichtregierungsorganisation in fachlichen Aspekten unterstützt wird. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Partner verläuft erfolgreich. Inzwischen werden im Rahmen des Green Star-Netzwerks mehr als 30 Prozent aller Familienplanungsdienste in Pakistan angeboten. Die drei Phasen des Programms (1994 bis 2003) werden von deutscher Seite mit insgesamt ca. 21 Millionen Euro gefördert.

**Das Beispiel dieses FZ-Vorhabens illustriert die Instrumente des *Social Marketing* und *Social Franchising* sowie die Beteiligung des Privatsektors an der Gesundheitsversorgung.**

**Gesundheitsförderung in Kambodscha**  
Kambodscha hat erst Mitte der 1990er Jahre ein Programm zur Müttergesundheit eingeführt. Doch noch immer sind die Gesundheitsdienste nicht in der Lage, wirksam zur Senkung der sehr hohen Müttersterblichkeit (437 pro 100.000 Lebendgeburten), der Geburtenrate von durchschnittlich vier Kindern sowie des Bevölkerungswachstums von 2,5 Prozent pro Jahr beizutragen. Die HIV/AIDS-Rate liegt bei 2,7 Prozent der Bevölkerung im reproduktiven Alter (zwischen 15 und 49 Jahren). Nach Genozid und langem Bürgerkrieg herrscht großer Mangel an qualifiziertem Personal. Junge, geburtenstarke Jahrgänge sind heute die große Herausforderung für das Land.

Diese Werte geben Anlass, Anstrengungen in der Gesundheitsförderung auf den Bereich Reproduktive Gesundheit zu konzentrieren, um einer schnell kritisch werdenden Entwicklung Einhalt zu gebieten. Ein Beispiel für diesen Ansatz ist das *Cambodian-German Health System Development Project*, das in Zusammenarbeit mit Provinzgesundheitsämtern, dem Nationalen Institut für Öffentliches Gesundheitswesen und einem Regionalen Ausbildungszentrum, der GTZ und dem Deutschen Entwicklungsdienst (DED) durchgeführt wird. Ziel ist es, in zwei Provinzen des Landes unter anderem die Qualität der Dienste auf verschiedenen Feldern zu verbessern: im kurativ-technischen Bereich, im Management, in der Gesundheitserziehung und Prävention und im Aufbau eines Finanzierungssystems. Eine wei-

tere wichtige Komponente ist die Unterstützung bei der Aus- und Fortbildung von Gesundheitspersonal. Das Projekt hat Ende 1995 begonnen und ist auf mindestens zehn Jahre geplant. Bis Ende 2003 hat das BMZ insgesamt 7,16 Millionen Euro bereitgestellt.

DED-Fachkräfte sind in die Arbeit der Partnerinstitutionen integriert und geben neue Impulse. An einem der drei Projektstandorte in der Provinzhauptstadt Kampong Thom wurde z. B. die kleine Abteilung für Gesundheitsaufklärung und -erziehung im Provinzgesundheitsamt bei der Wahrnehmung ihrer lange brachliegenden Aufgaben unterstützt. Nachdem die Abteilung mit begrenzten Mitteln wieder arbeitsfähig gemacht worden war, konnte eine erfolgreiche Kampagne für Jugendliche und unverheiratete Erwachsene durchgeführt werden. Diese Zielgruppen werden im allgemeinen nur äußerst unzureichend über risikoreiches Sexualverhalten und Möglichkeiten von HIV-Prävention und Empfängnisverhütung informiert. Dabei wurden mit großem Erfolg Schulen, Frauengruppen, Jugendclubs etc. sowie andere Abteilungen der Provinzverwaltung beteiligt. Neben der Informationsarbeit gibt es greifbare Ergebnisse wie eine Schülerzeitung und ein Freizeitzentrum auf einem alten Boot auch für Jugendliche, die nicht zur Schule gehen. Weitere Maßnahmen sind für junge Menschen auf dem Land geplant.

**Das Beispiel illustriert die Kooperation deutscher staatlicher Durchführungsorganisationen der TZ und PZ und die umfassende Verbesserung des Gesundheitswesens als Voraussetzung für die Förderung von SRG sowie die Ausrichtung wirksamer Maßnahmen auf spezielle Zielgruppen.**

**Reproduktive Gesundheit in der Mongolei**

Im Rahmen des wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Umbauprozesses nach Ende des sowjetischen Einflusses sieht sich die Mongolei im Gesundheits- und Sozialsektor großen Schwierigkeiten gegenüber. Insbesondere entspricht das ehemals flächendeckende und frei zugängliche Gesundheitswesen nicht mehr den sich rasch verändernden Gegebenheiten. Nach der Rückkehr vieler Viehzüchter zu einer nomadisierenden Lebensweise sind viele mongolische Frauen vom Gesundheitsangebot weitgehend abgeschnitten. Dieses ist darüber

hinaus überwiegend kurativ ausgerichtet. Diese Problemlage spiegelt sich unter anderem in einer sehr hohen Müttersterblichkeit. Auf die sich rasch ausbreitenden sexuell übertragbaren Erkrankungen ist das Gesundheitswesen ebenfalls nicht eingerichtet.

Seit 1998 arbeitet die GTZ im Auftrag des BMZ mit dem mongolischen Gesundheitsministerium mit dem Ziel zusammen, die sexuelle und reproduktive Gesundheit im allgemeinen und insbesondere von Frauen, Jugendlichen und Heranwachsenden in vier ausgewählten Provinzen zu verbessern. Die mongolische Regierung wird dabei unterstützt, das Gesundheitswesen auf politischer und operativer Ebene umzubauen. Hierzu gehören auch die Dezentralisierung des Systems und die Weiterbildung des Personals insbesondere im Management und im kommunikativen Bereich. Auf Gemeindeebene werden Selbsthilfegruppen unterstützt und die Mitwirkung der Nutzer bei der Umgestaltung wird gefördert. Engpässe im Infrastrukturbereich werden behoben und das Dienstleistungsangebot wird kontinuierlich verbessert. Ein besonderes Gewicht wird hierbei auf die Familienplanung gelegt. Besonders unter jungen Menschen wird für einen verantwortlichen Umgang mit Sexualität geworben. Mit seiner Unterstützung auf zentraler und auf Dienstleistungsebene leistet dieses Projekt einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheit, insbesondere zur Verringerung des reproduktiven Risikos. Das Projekt ist auf zehn Jahre angelegt und umfasst ein Fördervolumen von ca. fünf Millionen Euro.

### **Das Beispiel illustriert vor allem die Probleme von SRG im Transformationsprozess und das flexible Eingehen mit dem Instrumentarium der TZ.**

#### **Integrierte Frauen- und Jugendgesundheit in Honduras**

Honduras gehört zu den ärmsten Ländern Lateinamerikas. Das moderate Wirtschaftswachstum der letzten Dekade wird vom hohen Bevölkerungswachstum (2,8 Prozent), das weit über dem lateinamerikanischen Durchschnitt von 1,5 Prozent liegt, übertroffen. Die HIV/AIDS-Prävalenz ist die höchste in Zentralamerika. Viele Frauen und Jugendliche sind wegen fehlender korrekter Information, schwierigerem Zugang zu Gesundheitsdiensten und begrenz-

ter Entscheidungsfreiheit großen Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit Sexualität und Schwangerschaft ausgesetzt.

Seit 1997 führt die GTZ im Auftrag des BMZ ein Projekt zur Förderung der reproduktiven Gesundheit von Frauen und Jugendlichen durch. Das Vorhaben trägt dazu bei, die Partner in Honduras bei der Operationalisierung eines integrierten Ansatzes der sexuellen und reproduktiven Gesundheit mit den folgenden Hauptelementen wirksam zu unterstützen: Familienplanung, sichere Schwangerschaft und Geburt, Stärkung der Stellung der Frauen, sexuelle Gesundheit, Aufklärung von Jugendlichen sowie Bekämpfung von HIV/AIDS und sexuell übertragbarer Krankheiten. Das Projekt arbeitet auf nationaler und lokaler Ebene in enger Kooperation mit großen internationalen Organisationen wie WHO/PAHO und UNFPA, aber auch mit dem Bildungsministerium und dem nationalen HIV/AIDS Präventionsprojekt. Auf nationaler Ebene beteiligt sich das Projekt unter anderem an der Konsolidierung des politischen und normativen Rahmens für die umfassende Förderung Jugendlicher. Auf der Durchführungsebene sind dezentrale staatliche Gesundheitsbehörden, Nichtregierungsorganisationen, eine Handelskammer und Schulen beteiligt. Einen wichtigen Teil der Gesamtstrategie bilden Maßnahmen, die Veränderungen von Verhaltensweisen fördern. Dazu gehören Weiterbildungsangebote für Grundschul- und Gymnasiallehrer, Gesundheitspersonal, Gemeindefunktionäre und Selbsthilfegruppen, insbesondere für Angehörige von Jugendorganisationen. Bei der Sexualerziehung für Jugendliche werden in Zusammenarbeit mit dem Bildungssektor die Komponenten Selbstwertgefühl und Gleichberechtigung besonders betont. Dazu kommt die Organisation und Mobilisation von Basisgruppen auf kommunaler Ebene zur Förderung des Selbstbewusstseins und der Partizipation, damit diese ihre Bedürfnisse artikulieren und aktiv die Ausarbeitung von Problemlösungen übernehmen. Die Laufzeit dieses Projekts ist auf zehn Jahre angelegt. Das Fördervolumen beträgt 6,5 Millionen Euro.

**Das Beispiel illustriert die Förderung einer bestimmten Zielgruppe - der Jugendlichen - innerhalb eines integrierten Frauengesundheitsansatzes und durch eine umfassende Kooperation verschiedener Akteure.**

### **Reproduktive Gesundheit für junge Menschen in Kamerun, Niger, Ruanda und Tschad**

Junge unverheiratete Männer und Frauen haben ein erhöhtes Risiko, sich mit sexuell übertragbaren Erkrankungen anzustecken oder ungewollt schwanger zu werden. Eine wesentliche Ursache ist der häufig eingeschränkte Zugang gerade dieser Bevölkerungsgruppe zu Informationen, Dienstleistungen und Verhütungsmitteln. Übliche Schwächen staatlicher und nichtstaatlicher Anbieter von Gesundheits- und Beratungsdienstleistungen wie zum Beispiel ungünstige Öffnungszeiten, fehlende Anonymität oder moralisierende Haltung des Personals können gerade diese Gruppe in besonderem Maße betreffen und sie damit von vorhandenen Angeboten fernhalten.

Die Fachgruppe Gesundheit der Deutschen Stiftung für Entwicklung (DSE), jetzt Abteilung Gesundheit der InWEnt GmbH, hat deswegen seit 1998 in vier afrikanischen Ländern Seminare für Programmverantwortliche aus Ministerien und Nichtregierungsorganisationen angeboten. Die Teilnehmer kommen vor allem aus den Bereichen Sexualaufklärung, Reproduktive Gesundheit und AIDS-Prävention. Die Seminare dienen unter anderem dem Erfahrungsaustausch, insbesondere über den Umgang mit kulturell, politisch oder religiös begründeten Widerständen gegen Aufklärung und Verhütung. Sie streben an, die Kompetenz des leitenden Personals im Umgang mit den speziellen Belangen junger Menschen zu fördern. Hierzu gehören unter anderem auch die Sensibilisierung von Lehrern und Eltern und die Konzeption eines klientenzentrierten Beratungsangebots. Ziel des Projekts ist es, einen Beitrag dazu zu leisten, dass junge Menschen präventive Maßnahmen eigenverantwortlich ergreifen. Die aktuelle Projektphase wird von 2002 bis 2004 durchgeführt. Die Teilnehmer der Planungsworkshops und Trainingskurse (2002) werden darüber hinaus in den Folgejahren durch das Projekt nachbetreut. Der Austausch unter den Partnerinstitutionen wird durch Seminare und Internetbegleitung gefördert. Unter anderem wird ein Trainingshandbuch in Zusammenarbeit mit den Teilnehmern erstellt. Das Projekt wird für die laufende Phase mit ca. 433.000 Euro aus BMZ-Mitteln unterstützt.

### **Das Beispiel illustriert unter anderem Schulungs- und Weiterbildungsmaßnah-**

**men im Bereich SRG, die durch die Teilnehmer selbst mitgestaltet werden und die gleichzeitig ein Beitrag zur Süd-Süd-Kooperation leisten.**

### **Familienplanung in Burkina Faso**

Eine burkinische Nichtregierungsorganisation zur Förderung des Wohlergehens von Familien, die sich hauptsächlich der Familienplanung widmet, führt ein spezielles Projekt für Jugendliche durch. Sie wird dabei von einer deutschen Nichtregierungsorganisation unterstützt. Die Maßnahmen wenden sich an die zwölf- bis 20jährigen Jugendlichen einer ländlichen Kleinstadt und haben zum Ziel, die Verbreitung von HIV/AIDS und sonstiger sexuell übertragbarer Krankheiten zu verringern und unerwünschte Schwangerschaften sowie illegale Schwangerschaftsabbrüche zu verhindern. Das Projekt betreibt ein Informations- und Beratungszentrum für Jugendliche, in welchem auch Verhütungsmittel abgegeben werden. Außerdem bildet es Mädchen und Jungen als „Multiplikatoren für Gleichaltrige“ (*peer group educators*) aus und führt weitere Aufklärungsveranstaltungen durch. Das BMZ unterstützt diese Aktivitäten mit Zuwendungen von 36.000 Euro über drei Jahre.

**Das Beispiel illustriert unter anderem die Unterstützung kleiner Nichtregierungsorganisationen bei einer Maßnahme, die auf eine schwer zu erreichende Zielgruppe ausgerichtet ist.**

### **Präventionsprogramm gegen sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen in Simbabwe**

Die soziale und gesundheitliche Lage von Frauen und Mädchen in Simbabwe ist häufig besonders schlecht, vor allem in dicht bewohnten städtischen Rand- und Elendsgebieten im Einzugsbereich der Hauptstadt. Wirtschaftliche Not, Hoffnungslosigkeit und Aggressionsbereitschaft auf der einen Seite, Angst und Unwissenheit auf der anderen Seite, führen zu Missbrauch und Vergewaltigungen von Frauen und Kindern mit schwerwiegenden und möglicherweise lange anhaltenden körperlichen, seelischen, sozialen und oft auch materiellen Folgeschäden. Eine deutsche Nichtregierungsorganisation unterstützt über ihre Partnerorganisation in Simbabwe die Opfer und leistet Aufklärungs- und Präventionsarbeit. Besonderer Wert wird auf die Be-

wusstmachung der Folgen von Missbrauch und Gewalt für die Opfer gelegt, aber auch auf die Persönlichkeitsbildung potentieller Täter durch die Verbreitung von Werten wie persönliche Integrität und sexuelle Autonomie. Den Opfern wird Betreuung und Hilfe zur Wiedereingliederung in Familie, Gesellschaft und Schule oder Beruf angeboten. Das BMZ unterstützt dieses Projekt mit finanziellen Zuwendungen. Im Jahr 2000 waren es ca. 75.000 DM (ca. 38.000 Euro).

**Das Beispiel illustriert unter anderem, wie eine begrenzte und zudem sensible Thematik aus dem Gesamtspektrum SRG über eine kleine NRO gefördert werden kann.**

#### **Psychosoziale Betreuung kriegstraumatisierter Frauen im Kosovo**

In mehreren Ländern des früheren Jugoslawiens ist es während Bürgerkriegen zu systematischen und massenhaften Vergewaltigungen von Frauen und Mädchen und zu anderen Formen sexueller Gewalt gekommen. Eine 1991 als Reaktion auf diese Ereignisse gegründete deutsche NRO bietet über ihre örtlichen Partnerorganisationen umfassende Hilfe für die betroffenen Frauen in mehreren Ländern an. Die Projektmaßnahmen bestehen im wesentlichen aus folgenden Komponenten: Betrieb einer städtischen frauenärztlichen Praxis mit ambulanter Tätigkeit in den umliegenden Dörfern, psychosoziale und psychotherapeutische Betreuung kriegstraumatisierter Frauen, Hilfen zur sozialen Wiedereingliederung der betroffenen Frauen einschließlich Beschäftigungs- und Verdienstmöglichkeiten sowie Rechtsberatung für Betroffene. Es werden Partnerstrukturen aufgebaut und die dortigen Mitarbeiterinnen weitergebildet. Die Organisation betreibt außerdem politische Aufklärungs- und Lobbyarbeit in den betroffenen Ländern und auf internationaler Ebene. Das BMZ unterstützt das Projekt im Kosovo im Zeitraum 2002 bis 2004 mit ca. 895.000 Euro.

**Das Beispiel illustriert unter anderem, wie SRG in Krisen und Nach-Krisensituationen durch eine Nichtregierungsorganisation gefördert werden kann. Außerdem ist es ein Beispiel für den Zusammenhang von SRG und Frauenrechten und ihre Förderung durch Rechtsberatung und politische Lobbyarbeit.**

#### **Familienplanung und Gesundheitsberatung in Kenia**

Die presbyterianische Kirche von Kenia betreibt seit vielen Jahren in einer Kleinstadt etwa 200 Kilometer von der Hauptstadt entfernt ein 312-Betten-Krankenhaus mit ca. 500 Beschäftigten. Verwaltungs- und haushalts-technisch verfügt es über weitgehende Autonomie, ist jedoch insbesondere bei Investitionen und bei Präventionsprogrammen auf Unterstützung von außen angewiesen. Das Hospital betreibt seit Jahrzehnten eine präventiv orientierte Außenarbeit mit Schwerpunkt Familienplanung und Mutter-und-Kind-Betreuung. Im Zuge dieser Außenarbeit wurden unter anderem auch ca. 40 gemeindegetragene Gesundheitsstationen oder -posten eingerichtet und Dorfgesundheitshelfer und Dorfkomitees ausgebildet. Insbesondere im Bereich der Familienplanung wurden messbare Erfolge erzielt, jedoch stellen vor allem die HIV/AIDS-Epidemie und die Verarmung der gesamten Region das Projekt immer wieder vor neue Aufgaben, was immer wieder die erneute Suche nach Freiwilligen, erneuten Schulungen und fortlaufender Begleitung erforderlich macht. Neben klassischen wurden in den vergangenen Jahren auch schwierigere Themen in die Präventionsarbeit integriert, so zum Beispiel Gewalt gegen Frauen, Missbrauch und Genitalverstümmelung.

Die Evangelische Zentralstelle für Entwicklung (EZE) unterstützt die presbyterianische kenianische Kirche seit Jahren in ihrer Gesundheits- und Präventionsarbeit. Für das beschriebene ländliche Basisgesundheits- und Familienplanungsprojekt gewährt das BMZ einen Zuschuss von rund 280.000 Euro für zwei Jahre. Längerfristig ist vorgesehen, Zuwendungen für die kirchliche Gesundheitsarbeit im Rahmen einer sektorweiten Unterstützung des kenianischen Gesundheitswesens zu tätigen.

**Das Beispiel illustriert unter anderem den erheblichen Umfang und die große Bedeutung sowie auch den Unterstützungsbedarf der kirchlichen EZ im Bereich Gesundheit und SRG sowie einen Themenwandel dieser Arbeit in Abhängigkeit der sich ändernden Probleme.**

## 7. Glossar

**AIDS (*Acquired Immuno-Deficiency Syndrome*):** durch HIV-Erreger verursachte Erkrankung.

**AIDS-Prävalenz:** Anteil der gemeldeten Fälle von an AIDS erkrankten Personen pro 100.000 Einwohner.

**Antiretrovirale Therapie:** Behandlung mit Medikamenten, die gegen Viren wirksam sind. Gemeint ist im Zusammenhang von SRG meist die Therapie von HIV-Infektionen. Diese ist (derzeit noch) nicht nur teuer, sondern auch sehr komplex und aufwändig in der Durchführung, was ihre Verwendbarkeit in ressourcenarmen Umfeldern erheblich einschränkt. Dagegen findet die medikamentöse Verhütung der Übertragung von HIV von Mutter auf Kind bei der Geburt (PMTCT) zunehmend Anwendung.

**Bevölkerungswachstum:** Zu- oder Abnahme der Bevölkerung in einem Jahr infolge der natürlichen Bevölkerungsveränderung und der Netto-Wanderungsbewegung (ausgedrückt als Rate in Prozent).

**Community Based Distribution (CBD), Community Based Services (CBS):** Siehe Gemeindegetragene Dienste.

**Counselling:** Ausführliche persönliche Beratung durch speziell ausgebildetes Personal, mit der eine informierte Entscheidung angestrebt wird.

**Doppelter Schutz (*Dual Protection*):** Schutz durch Kondome gegen sexuell übertragbare Krankheiten und gegen unerwünschte Schwangerschaft gleichzeitig. Klientinnen und Klienten sollen darauf hingewiesen werden, dass bei konsequentem und korrektem Gebrauch der Schutz gegen Krankheiten weitgehend sicher ist und der Schutz gegen unerwünschte Schwangerschaft durch zusätzliche Benutzung einer anderen Methode gesteigert werden kann.

**Empowerment:** Dieser Begriff wird im allgemeinen nicht ins Deutsche übersetzt. Er meint alle Möglichkeiten und Hilfen, die es

Menschen in einer eher machtlosen Situation ermöglichen, Kontrolle über ihr Leben zu gewinnen, indem sie eigene Stärken im Austausch mit anderen erkennen und sich gegenseitig ermutigen, ihr eigenes Leben und ihre soziale Umwelt zu gestalten (gesellschaftliche Teilhabe).

**Essentielle Medikamente:** Dieser Begriff bezeichnet Medikamente, die zur Grundversorgung unabdingbar sind, wie z. B. Antibiotika. Eine von der WHO zusammengestellte Liste wird in der Regel von den Regierungen an den spezifischen Bedarf des Landes angepasst.

**Fachkundiger Beistand bei Entbindungen (*skilled attendance at delivery*):** Unter diesem Begriff, versteht man die Betreuung durch Fachpersonal von mindestens 18-monatiger Ausbildung. Traditionelle Geburtshelferinnen (*Traditional Birth Attendants* - TBA) zählen in der Regel nicht hierzu, auch wenn sie ein Training erhalten haben und supervisiert werden.

**Fertilität:** Demographischer Begriff, der zur Beschreibung der Bevölkerungsentwicklung verwendet wird. Die sogenannte Zusammengefasste Geburtenziffer (*Total Fertility Rate* - TFR, oft als „Fertilitäts- oder Fruchtbarkeitsrate“ übersetzt) entspricht der zu erwartenden Zahl von Kindern im Leben einer Frau.

**Frauen im reproduktiven Alter:** Definiert als Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren. Angabe als Anteil in Prozent der Gesamtbevölkerung (in den EL in der Regel ca. 25 Prozent).

**Geburtenrate:** Zahl der Lebendgeborenen pro Jahr bezogen auf die Mitjahresbevölkerungszahl (Angabe pro Tausend Einwohner).

**Gemeindegetragene Dienste (CBD oder CBS):** Dienstleistungen zur Basisgesundheit und SRG, verbunden mit Beratung und Abgabe von Kondomen und bestimmten Kontrazeptiva, die von ausgebildeten Laienhelfern erbracht werden und (zumindest im Prinzip) von den Gemeinden getragen werden. Diese Dienste sind nicht Teil des staatlichen Gesundheitswesens, aber dennoch an staatli-

che Gesundheitsstrukturen angebunden, um die Qualität der Dienstleistungen und die Kontinuität in der Betreuung von Klienten zu gewährleisten.

**Gender:** Soziales Geschlecht oder anerzogene Geschlechterrolle, gesellschaftlich bestimmte Rechte und Pflichten von Frauen und Männern. Geschlechterrollen unterliegen einem ständigen Wandel.

**Human Immuno-Deficiency Virus (HIV):** AIDS-Erreger, gehört zur Gruppe der sogenannten Retroviren.

**Internationale Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung (ICPD):** Die Internationale Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung erarbeitete 1994 in Kairo unter Federführung der Vereinten Nationen und unter Beteiligung von über 160 Nationen und über 3.000 Nichtregierungsorganisationen ein gemeinsames Aktionsprogramm für die nächsten 20 Jahre. Es fand ein Paradigmenwechsel statt von einer mehr demographisch ausgerichteten Betrachtungsweise zu einer sozialwissenschaftlichen. Herausragende Themen waren die sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung als ein universales Menschenrecht und die Machtgleichstellung von Frauen.

**Information, Education, Communication (IEC):** Umfassende Aufklärungsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung. Neuere Konzepte sind *Behaviour Change Communication* und *Behaviour Change Intervention* (BCC), die explizit das Element der gewünschten Verhaltensänderung einbeziehen.

**Integrierte Dienste:** Dienstleistungen zu SRG werden im Rahmen anderer gesundheitsbezogener Dienstleistungen angeboten, zumeist im Rahmen der Allgemeinsprechstunde in Einrichtungen der Primärversorgung.

**KAP-Studie (KAP - Knowledge, Attitude, Practice):** Sozialwissenschaftliche Befragungsstudie zur Erhebung von Informationsstand, Einstellungen und Verhalten einer standardisierten Bevölkerungsstichprobe, in der Regel mittels Fragebogen. Ergänzt wird diese quantitative Methode oft durch qualitative Erhebungsmethoden (sogenannte „Fokusgrup-

pen“ oder Tiefeninterviews in ausgewählten Informantengruppen).

**Kondom für Frauen:** Es besteht aus einer starken, weichen, transparenten Polyurethanhülle, die vor dem Geschlechtsverkehr in die Vagina eingesetzt wird und gegen Schwangerschaft und sexuell übertragene Infektionen schützt. Es ist stärker als das Latexkondom, geruchlos und verursacht keine allergischen Reaktionen. Es kann Stunden vor dem Geschlechtsverkehr eingesetzt werden, ist bei der Anwendung nicht von der männlichen Erektion abhängig und erfordert nicht die sofortige Entfernung nach der Ejakulation.

**Kontrazeptive Prävalenzrate (Contraceptive Prevalence Rate - CPR):** Anteil von Paaren (Frauen im gebärfähigen Alter und deren Partner), die irgendeine Methode der Empfängnisverhütung anwenden.

**Müttersterblichkeit:** Zahl der Sterbefälle von Frauen aufgrund von Komplikationen bei Schwangerschaft, Geburt oder im Wochenbett, gerechnet auf 100.000 Lebendgeburten in einem bestimmten Jahr.

**Neugeborenensterblichkeit:** Anzahl von Todesfällen von Kindern bis zum Alter von einem Monat pro 1.000 Lebendgeborene.

**Notfallkontrazeption:** Methode zur Vermeidung unerwünschter Schwangerschaften nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr durch Verhinderung der Einnistung der möglicherweise befruchteten Eizelle in die Gebärmutter-schleimhaut. („Pille danach“).

**Output-based Aid (OBA):** Strategie zur Verbesserung von Qualität und Kosteneffizienz von Dienstleistungen, hier insbesondere Gesundheits- oder Beratungsdienstleistungen. Diese werden von Privatsektor oder Nichtregierungsorganisationen am Patienten oder Klienten erbracht und auf der Basis erbrachter und qualitätsgesicherter Leistungen vom öffentlichen Sektor teilweise oder auch ganz finanziert. Subventioniert wird also die Abgabe von Leistung und nicht mehr das Vorhalten von Infrastruktur.

**Peer Education:** Information relativ homogener Adressatengruppen durch hierfür be-

sonders vorbereitete Personen, die zur gleichen Gruppe gehören oder dieser zumindest nach wichtigen Kriterien (z. B. Alter, Vorbildung) nahe stehen. Der Ansatz zielt auf Steigerung der Akzeptanz von Botschaften durch Vermeidung von Hierarchie- oder soziokulturellem Gefälle zwischen Beratern und Ratsuchenden, eingesetzt z. B. unter jungen Menschen oder Prostituierten.

**Primär-/Sekundärebene der Gesundheitsversorgung:** Primäre Versorgungsebene: im Entwicklungsland ein Gesundheitsposten, Gesundheitszentrum; in Deutschland: der „Hausarzt“; Sekundäre Versorgungsebene: ein Distriktkrankenhaus, in Deutschland: ein Facharzt, ein Städtisches oder Kreiskrankenhaus; Dritte Versorgungsebene, Tertiärkrankenhaus: eine Universitätsklinik, die alle Fachabteilungen umfasst, oder eine Spezialklinik.

**Public Private Partnership (PPP):** Entwicklungszusammenarbeit mit der Privatwirtschaft. Hier kann sowohl die Privatwirtschaft allgemein als auch die deutsche Wirtschaft im speziellen gemeint sein. Das BMZ hat hierzu eine spezielle Förder-“Fazilität“ eingerichtet.

**Risiko:** Statistischer Begriff, der in der SRG die Wahrscheinlichkeit angibt, mit der ein bestimmtes Merkmal, z. B. Blutarmut bei Schwangeren oder Alter der Schwangeren unter 18 Jahre, mit Komplikationen der Schwangerschaft oder Geburt einhergeht. Blutarmut oder junges Alter der Schwangeren sind Risikofaktoren in diesem Sinne. Die Schwangervorsorge umfasst ein gezieltes Risiko-Screening

**Safe Motherhood (Sichere Mutterschaft):** Von der WHO initiierte, von zahlreichen Akteuren stark geförderte Initiative, die Gefahren von Schwangerschaft und Geburt für die Frauen in den EL zu vermindern. Hierzu gehören insbesondere Erkennung von Risiken in der Schwangerschaft, zügige Überweisungen wo erforderlich und professionelle Betreuung von Gebärenden.

**Säuglingssterblichkeit:** Anzahl von Todesfällen von Kindern bis zu einem Jahr pro 1.000 Lebendgeborene in einem bestimmten Jahr.

**Sexuelle und reproduktive Rechte:** Sie beruhen auf universalen Menschenrechten wie dem Recht auf körperliche Unversehrtheit und Gewaltfreiheit, dem Recht, über Heirat und Familiengründung frei zu bestimmen, einschließlich des Rechts zu entscheiden, ob und wann man Kinder haben möchte. Sie sind abgeleitet aus international anerkannten Menschenrechtsdokumenten wie der Wiener Menschenrechtskonvention, der Konvention der Vereinten Nationen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW), der Konvention über ökonomische, soziale und kulturelle Rechte, der Konvention über zivile und politische Rechte sowie der Kinderrechtskonvention.

**Sexuell übertragbare Erkrankungen (STD) oder auch Infektionen (STI):** Durch Geschlechtsverkehr übertragbare Erkrankungen. Hierzu zählen sowohl Erkrankungen, die vornehmlich die Geschlechtsorgane betreffen, wie zum Beispiel Gonorrhoe als auch Allgemeininfektionen wie HIV/AIDS oder bestimmte Formen von Hepatitis.

**Social Franchising:** Ähnlich der sozialen Vermarktung, angelehnt an die Vertriebsform im Einzelhandel, bei der ein Unternehmen sein Produkt durch einen Einzelhändler in Lizenz verkaufen lässt. Im Rahmen von SRG bieten private Arztpraxen und Kliniken Verhütungsmethoden und SRG-Dienstleistungen an, die einer Preis- und Qualitätskontrolle seitens der *Franchising*-Organisation unterliegen und oft mit einem gemeinsamen Logo oder Firmennamen zertifiziert werden (z. B. *Green Star Clinics* in Pakistan). Fortbildungsmaßnahmen und eine Grundausstattung werden in der Regel finanziert.

**Soziale Vermarktung / Social Marketing:** Vermarktung von sozial nützlichen Produkten über marktübliche Handelsstrukturen (Privatsektor) zu in der Regel subventionierten Preisen unter Verwendung kommerzieller *Marketing*-Methoden. Dazu gehört es auch, über Informationskampagnen z. B. Verhütungsmittel sozial akzeptabel zu machen. Dieser Ansatz wird unterstützt, um eine Nachfrage zu befriedigen, die weder von öffentlichen Einrichtungen noch vom kommerziellen Sektor selber gedeckt werden wird. Im Kontext von SRG

werden derzeit zumeist Kondome und bestimmte Kontrazeptiva sozial vermarktet. Das Konzept könnte eine wesentlich breitere Anwendung finden.

**Sterblichkeit von Kleinkindern (*under five mortality rate*):** Die jährliche Zahl von Sterbefällen bei Kindern bis zur Vollendung des 5. Lebensjahres pro 1.000 Lebendgeburten im Durchschnitt der letzten fünf Jahre.

**SWAP - *Sector Wide Approach Programme*:** Unter den wesentlichen Akteuren und Gebern gemeinsam abgestimmte Sektorprogrammplanung und Umsetzung der Maßnahmen im Sektor. Dies kann in Verbindung mit oder ohne Anwendung des Instruments der Gemeinschaftsfinanzierung (Korb- und Budgetfinanzierung) stattfinden.

**Vulnerable Gruppen:** Hierzu werden vor allem Mütter und Kleinkinder aber auch Mädchen gezählt, Gruppen, die als besonders leicht „verletzlich“ gelten.

**Weibliche Genitalverstümmelung (*Female Genital Mutilation - FGM*):** Sammelbegriff für verschiedene traditionelle Praktiken, die mit Beschneidung der weiblichen Genitalien verbunden sind. Es werden vier Formen verschiedener Art und verschiedenen Schweregrades unterschieden. FGM ist eine schwere Menschenrechtsverletzung und mit teilweise sehr gravierenden gesundheitlichen und seelischen Gefahren belastet. FGM ist in mindestens 28 Ländern verbreitet und betrifft weltweit ungefähr 130 Millionen Frauen und Mädchen.

## 8. Hinweise zu weiteren Informationen

### Schriftliche Quellen

**Statistische und epidemiologische Angaben im Text sind überwiegend dem Weltbevölkerungsbericht 2001 entnommen.**

BMZ aktuell, Förderung der Grundbildung in Entwicklungsländern, Sektorkonzept, Februar 2000.

BMZ aktuell, Strategiepapier Jugendförderung und Überwindung von Kinderarbeit, Oktober 1997.

BMZ Konzepte, Ländliche Entwicklung, Ein Referenzrahmen, November 2001.

BMZ, BMZ aktuell 047, Sektorkonzept Gesundheit, August 1999.

BMZ, BMZ aktuell 095, Umsetzung des Aktionsprogramms der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo 1994, Januar 1999.

BMZ, BMZ Konzepte 111, Konzept zur Förderung der gleichberechtigten Beteiligung von Frauen und Männern am Entwicklungsprozess, 2. Überarbeitete Fassung Bonn, Mai 2001.

BMZ, BMZ Spezial 044, Good Governance in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit, Ein Positionspapier, 2002.

BMZ, BMZ Spezial 049, Population Policy in the Islamic Countries, 2002.

BMZ/GTZ: Förderung von Initiativen zur Überwindung der weiblichen Genitalverstümmelung, ohne Datum.

BMZ: Bekämpfung der HIV/AIDS-Epidemie und ihrer Auswirkungen in den Ländern der deutschen Entwicklungszusammenarbeit, Positionspapier, in Vorbereitung.

BMZ-Materialien Nr. 106, Armutsbekämpfung, eine globale Aufgabe, Aktionsprogramm 2015, Der Beitrag der Bundesregierung zur weltweiten Halbierung extremer Armut, April 2001.

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung, Weltbevölkerungsbericht 2000, Frauen und Männer, getrennte Welten?

DSW: Weltbevölkerungsbericht 2001 Bevölkerung und Umwelt.

DSW: Weltbevölkerungsbericht 2002 Menschen, Chancen und Entwicklung.

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung/IPPF-European Network, Deutsches Kairo-Engagement im Visier, Shadow Peer Review des deutschen Engagements im Bereich der Sexuellen und Reproduktiven Gesundheit, Hannover, November 2001.

Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, Drucksache 14/9200 vom 12.6. 2002, Schlussbericht der Enquete-Kommission Globalisierung der Weltwirtschaft, Herausforderungen und Antworten, Kapitel 9, Die Entwicklung der Weltbevölkerung im Zeitalter der Globalisierung.

GTZ, Gewalt gegen Frauen und Mädchen beenden, Eschborn, 2002.

GTZ, Leitlinien Reproduktive Gesundheit, 3/2001.

Internationale Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung, Aktionsprogramm, deutsche Übersetzung.

IPPF, Charter on Sexual and Reproductive Rights, London 1995.

IPPF, Statement on Dual Protection against Unwanted Pregnancy and Sexually Transmitted Infection, including HIV, [www.ippf.org/medical/imap/statements/eng/2000\\_05a.htm](http://www.ippf.org/medical/imap/statements/eng/2000_05a.htm).

IPPF, UN Special Session on Children 2002, Fact Sheet Series, Basic Information, Key Actions, International Commitments - The Human Rights of Children and their Sexual and Reproductive Health.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften, Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über die Unterstützung von Strategien und Aktionen im Bereich der reproduktiven und sexuellen Gesundheit und der damit verbundenen Rechte in den Entwicklungsländern, 7.3.2002.

KfW, Aufklärung als Chance, Social Marketing als Weg, Frankfurt, Dezember 2000.

KfW, Social Marketing in der Finanziellen Zusammenarbeit. Arbeitshilfen, Materialien, Diskussionsbeiträge Nr. 29, Juni 2001.

KfW, Donors and NGO Workshop on Social Marketing in Developing Countries, May 2003.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften, Verordnung Nr. 1484/97 des Rates über die Bevölkerungspolitik und -programme in den Entwicklungsländern, Amtsblatt vom 30.7.1997.

Lehmann, L., Bartels, G. und Biere J.: Vermarktungsstrategien für Verhütungsmittel im Rahmen von Familienplanungsprogrammen, Forschungsberichte des BMZ, Band 121, Weltforum-Verlag, 1997.

Mann, Jonathan and Tarantola, D.J.M. eds., AIDS in the World II, Global Dimensions, Social Roots, and Responses, Oxford University Press, New York Oxford, 1996.  
OECD, Die DAC-Leitlinien Armutsbekämpfung, 2001.

OECD/WHO, Poverty and Health, DAC Guidelines and Reference Series, Paris, 2003.  
The Safe Motherhood Inter-Agency Group: Skilled Attendance during Childbirth, Critical Issues, Family Care International, New York, Nov. 2000.

UNFPA/FNUAP, A Five-Year Review of Progress towards the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, A background paper prepared by UNFPA for the Hague Forum, February 1999.

United Nations Development Fund for Women: With an End in Sight, Strategies from the

UNIFEM Trust Fund to Eliminate Violence Against Women, New York.

United Nations High Commissioner for Human Rights, HIV/AIDS and Human Rights, International Guidelines, Geneva 1998.

United Nations Population Fund UNFPA, Weltbevölkerungsbericht 2001, Bevölkerung und Umwelt.

WHO, Regional Office for Europe, WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health, Copenhagen, 11/2001.

WHO, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction: Priorities in Sexual and Reproductive Health for WHO for 2004 - 2009, First Draft, May 2002.

WHO, World Report on Violence and Health, Geneva 2002.

## Websites

Advocates for Youth	<a href="http://www.advocatesforyouth.org">www.advocatesforyouth.org</a>
BMG - Bundesministerium für Gesundheit	<a href="http://www.bmggesundheits.de">www.bmggesundheits.de</a>
BMZ - Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung	<a href="http://www.bmz.de">www.bmz.de</a>
BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	<a href="http://www.bzga.de">www.bzga.de</a>
Center for Reproductive Law and Policy (CLRP)	<a href="http://www.crlp.org">www.crlp.org</a>
Demographic and Health Surveys	<a href="http://www.measuredhs.com">www.measuredhs.com</a>
DSW - Deutsche Stiftung Weltbevölkerung	<a href="http://www.dsw-online.de">www.dsw-online.de</a>
ECPAT International Network - End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking Children for Sexual Purposes	<a href="http://www.ecpat.net">www.ecpat.net</a>
GTZ - Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit	<a href="http://www.gtz.de">www.gtz.de</a> <a href="http://www.gtz.de/srh">www.gtz.de/srh</a> <a href="http://www.gtz.de/aids">www.gtz.de/aids</a> <a href="http://www.gtz.de/fgm">www.gtz.de/fgm</a>
Human Development Report	<a href="http://www.undp.org/hdr">www.undp.org/hdr</a>
International Initiative on RH Supplies (DSW)	<a href="http://www.nostockouts.org">www.nostockouts.org</a>
International Youthnet / FHI - Family Health International	<a href="http://www.fhi.org/youthnet">www.fhi.org/youthnet</a>
InWEnt - Internationale Weiterbildung und Entwicklung Früher: DSE - Deutsche Stiftung für Internationale Entwicklung Fachgruppe Gesundheit	<a href="http://www.inwent.org">www.inwent.org</a> <a href="http://www.dse.de">www.dse.de</a> <a href="http://www.dse.de/zg">www.dse.de/zg</a>
IPPF - International Planned Parenthood Federation	<a href="http://www.ippf.org">www.ippf.org</a>
Johns Hopkins Center for Communication Programs	<a href="http://www.jhuccp.org">www.jhuccp.org</a>
KfW - Kreditanstalt für Wiederaufbau	<a href="http://www.kfw.de">www.kfw.de</a>
Pathfinder International	<a href="http://www.pathfind.org/">www.pathfind.org/</a>
POPIN - United Nations Population Information Network	<a href="http://www.undp.org/popin/popin.htm">www.undp.org/popin/popin.htm</a>
Population Council	<a href="http://www.popcouncil.org">www.popcouncil.org</a>
Population Reference Bureau	<a href="http://www.popnet.org">www.popnet.org</a>
Profamilia Bundesverband	<a href="http://www.profamilia.de">www.profamilia.de</a>
PSI - Population Services International	<a href="http://www.psi.org">www.psi.org</a>
Reproductive Health Gateway	<a href="http://www.rhgateway.org/">www.rhgateway.org/</a>
Reproductive Health Outlook	<a href="http://www.rho.org/">www.rho.org/</a>
SHARED - Scientists for Health and Research for Development	<a href="http://www.shared.de">www.shared.de</a>
Terre des Femmes (TdF)	<a href="http://www.terre-des-femmes.de">www.terre-des-femmes.de</a>
The Futures Group International	<a href="http://www.futuresgroup.com">www.futuresgroup.com</a>
The Lancet (medizinische Fachzeitschrift)	<a href="http://www.thelancet.com/journal">www.thelancet.com/journal</a>
UNAIDS	<a href="http://www.unaids.org">www.unaids.org</a>
UNFPA - United Nations Fund for Population Activities / Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen	<a href="http://www.unfpa.org">www.unfpa.org</a>
UNICEF - United Nations International Children's Funds	<a href="http://www.unicef.org">www.unicef.org</a>
UNIFEM - United Nations Development Fund for Women	<a href="http://www.unifem.undp.org">www.unifem.undp.org</a>
WHO - World Health Organization	<a href="http://www.who.int">www.who.int</a> <a href="http://www.who.int/reproductive-health">www.who.int/reproductive-health</a> <a href="http://www.int/child-adolescent-health">www.int/child-adolescent-health</a> <a href="http://www.who.dk/eprise/main/WHO/Pr">www.who.dk/eprise/main/WHO/Pr</a> <a href="http://ogs/RHP/Home">ogs/RHP/Home</a>
World Bank - AIDS Economics Network (AEN)	<a href="http://www.worldbank.org">www.worldbank.org</a> <a href="http://www.worldbank.org/aids-econ">www.worldbank.org/aids-econ</a>

## 9. DSW-Datenreport 2003

Mit jedem Jahr treten die Unterschiede in der Bevölkerungsentwicklung zwischen den Industrieländern und den Entwicklungsländern deutlicher hervor. Wie der diesjährige DSW-Datenreport zeigt, liegt die Gesamtfruchtbarkeitsrate - also die durchschnittliche Zahl der Kinder pro Frau - in den Industrieländern bei lediglich 1,5. In den Entwicklungsländern hingegen bringen Frauen im Durchschnitt 3,1 Kinder zur Welt. Ohne China sind es sogar 3,5 Kinder pro Frau. Diese divergenten Trends verfestigen die zunehmend unterschiedliche Entwicklung der Bevölkerungszahlen in den Industrieländern und den Entwicklungsländern.

### Regionale Unterschiede verstärken sich

Der Rückgang der Fertilität in Europa ist kein neues Phänomen. Die Kinderzahlen pro Frau sind hier schon seit Jahren sehr niedrig. Die europäische Bevölkerung altert. Der Mangel an jungen Menschen ist mit die Hauptursache für den künftigen Bevölkerungsrückgang in Europa. Bislang waren die USA das einzige Industrieland, in dem die Kinderzahlen pro Frau auf dem sogenannten Ersatzniveau der Fruchtbarkeit von durchschnittlich etwa 2,1 Kindern pro Frau lagen. Eine Revision der Gesamtfruchtbarkeitsrate in den USA hat jedoch ergeben, dass die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau von 2.056 im Jahre 2000 auf 2.034 im Jahre 2001 gesunken ist.

### Wachstum hier - Rückgang dort

Zentralafrika wird in den kommenden 50 Jahren das größte Bevölkerungswachstum verzeichnen. Die Bevölkerung wird sich fast verdreifachen - von 104 Millionen in 2003 auf 305 Millionen Menschen im Jahre 2050. An zweiter Stelle folgt Westafrika: Bis zur Mitte des Jahrhunderts wird die Bevölkerungsgröße Westafrikas um 142 Prozent zunehmen. Die Bevölkerungszahl im südlichen Afrika, das besonders von der Aids-Epidemie betroffen ist, wird hingegen bis 2050 um voraussichtlich 22 Prozent sinken. Ein dramatischer Rückgang, den Experten auch in der jüngsten Vergangenheit nicht vorausgesehen haben. In der Region Lateinamerika und Karibik wird in Zentralamerika die Bevölkerungszahl voraussicht-

lich um 60 Prozent steigen. Die Bevölkerung der Karibik wird um 36 Prozent zunehmen, die Bevölkerung Südamerikas um 42 Prozent. In Asien wird sich die Bevölkerung Westasiens bis 2050 mehr als verdoppeln. In Ostasien hingegen, wo derzeit 1,5 Milliarden Menschen leben, wird die Zahl der Einwohner um lediglich fünf Prozent steigen. Grund dafür ist im wesentlichen die niedrige Fertilität in China. In Europa wird die Bevölkerungszahl Nordeuropas leicht zunehmen (um etwa sechs Prozent). Der Rest des Kontinents wird einen Bevölkerungsrückgang erleben.

### Global langsamer - regional schneller

(Carl Haub, wissenschaftlicher Direktor des *Population Reference Bureau* (PRB), Washington)

Wer sich heute mit dem Thema Bevölkerungswachstum beschäftigt, sollte die Entwicklung der Bevölkerung in den einzelnen Regionen in den Mittelpunkt der Betrachtung stellen. Global gesehen hat sich das Wachstum der Weltbevölkerung in jüngster Zeit verlangsamt. Über die nächsten 50 Jahre wird sich die Bevölkerungszahl in den Industrieländern kaum ändern. Ein Blick auf die Entwicklung der Bevölkerung in allen anderen Regionen zeigt jedoch, dass die Dynamik des Wachstums ungebrochen ist. Allein die Bevölkerung der ärmsten Länder der Welt wird bis 2050 um eine Milliarde Menschen zunehmen. Am höchsten wird das Bevölkerungswachstum in den 49 Ländern sein, die die Vereinten Nationen zu den ärmsten Ländern der Welt zählen. In diesen so genannten *least developed countries* (LDC) wird sich die Bevölkerung bis zum Jahr 2050 sogar mehr als verdoppeln - von 668 Millionen auf 1,7 Milliarden Menschen - obwohl die UN davon ausgehen, dass sich auch dort die Kinderzahlen pro Frau bis 2050 halbieren könnten.

Mit 5,3 Kindern pro Frau ist die durchschnittliche Kinderzahl in den 49 ärmsten Ländern der Welt nach wie vor hoch und nur wenige Paare benutzen Verhütungsmittel. In 18 dieser Länder liegt die Fertilität sogar bei über sechs Kindern pro Frau. Die durchschnittliche Lebenserwartung zählt mit nur 49 Jahren zu den niedrigsten auf der Welt. Ein schnelles Bevöl-

kerungswachstum führt gerade in den ärmsten Ländern zur Überlastung der Gesundheits- und Bildungssysteme und behindert damit auch die wirtschaftliche Entwicklung. Armutsbekämpfung kann daher auch hier nur erfolgreich sein, wenn sich das Bevölkerungswachstum verlangsamt.

Dadurch, dass immer mehr Paare Familienplanung betreiben, hat sich das Bevölkerungswachstum auch in vielen Entwicklungsländern verlangsamt. Die Bevölkerungszahl in den meisten Entwicklungsländern wächst jedoch weiterhin mit Wachstumsraten, die weit höher sind, als sie je in den Industrieländern zu beobachten waren. Die Regierungen dieser Länder sehen sich oft nicht in der Lage, Familienplanungsangebote und eine entsprechende Gesundheitsversorgung zu finanzieren. Die Versorgung mit Verhütungsmitteln ist meist nicht gesichert. Externe Faktoren wie Korruption, Bürgerkriege, instabile Regierungen machen zudem zuweilen selbst die besten Absichten zunichte.

Bevölkerungsprojektionen, wie sie auch in diesem DSW-Datenreport erscheinen, basieren auf bestimmten Annahmen. So wird vorausgesetzt, dass in den Entwicklungsländern die Kinderzahlen pro Frau überall gleichmäßig sinken werden. Diese Annahme könnte sich aber als problematisch erweisen. Denn der Rückgang der Fertilität zeigt keine verlässlichen Muster. In einem Land kann ein Rückgang der Kinderzahlen einsetzen, dann aber wieder zum Stillstand kommen oder sich verzögern (Bangladesch). In anderen Ländern zeichnet sich überhaupt kein klar erkennbarer Fertilitätsrückgang ab (Uganda), oder aber das Sinken der Kinderzahlen pro Frau schreitet sehr langsam und nur zäh voran (Pakistan). Daher bleibt es nach wie vor offen, wie sich die Bevölkerungszahlen in vielen Entwicklungsländern in Zukunft entwickeln werden.

### **Asien**

Keine Weltregion wird einen größeren Anteil am Wachstum der Weltbevölkerung haben als Asien. Die mit 3,8 Milliarden Menschen bevölkerungsreichste Region der Welt wird bis zur Mitte des Jahrhunderts um weitere 1,5 Milliarden Menschen wachsen. Dabei wird China - heute noch das Land mit der weltweit größten Bevölkerungszahl - voraussichtlich nur sehr langsam von 1,28 auf 1,39 Milliarden

Menschen im Jahr 2050 anwachsen. Indien wird nicht nur in Asien sondern auch weltweit das höchste Bevölkerungswachstum haben. 600 Millionen Inder - etwa doppelt so viele Menschen wie derzeit in den USA leben - werden hinzukommen. In vielen asiatischen Ländern wird sich die Bevölkerungszahl bis 2050 voraussichtlich verdoppeln oder gar verdreifachen.

### **Afrika**

Bis zur Mitte des Jahrhunderts wird Afrika aller Wahrscheinlichkeit nach eine Milliarde Menschen hinzugewinnen - trotz der verheerenden Auswirkungen von Aids in einigen afrikanischen Ländern. Heute leben 861 Millionen Menschen auf dem schwarzen Kontinent. Ein Vergleich mit Asien führt das Ausmaß dieser Bevölkerungszunahme vor Augen. Während die Bevölkerung Afrikas um eine Milliarde Menschen wächst, wird es im Jahre 2050 etwa 1,5 Milliarden mehr Asiaten geben. Allerdings entspricht die derzeitige afrikanische Bevölkerung nur 23 Prozent der Bevölkerung Asiens.

Keine andere Region wird eine größere Bevölkerungszunahme erleben als Afrika südlich der Sahara. Die Bevölkerung wird sich bis 2050 mehr als verdoppeln. Die Vorhersagen über die zukünftige Bevölkerungsentwicklung in Afrika werden jedoch auch in Zukunft immer wieder einer Revision unterzogen werden müssen. In vielen afrikanischen Ländern sind die Kinderzahlen pro Frau nach wie vor hoch, ihre Bevölkerung ist sehr jung. Beide Faktoren bewirken ein anhaltendes Bevölkerungswachstum für die Zukunft. Bei einer durchschnittlichen Kinderzahl von rund fünf Kindern pro Frau und einem 40- bis 45-prozentigen Anteil junger Menschen unter 15 Jahren an der Bevölkerung müsste das Angebot an Familienplanung erheblich ausgeweitet werden, um die derzeitigen Projektionen Wirklichkeit werden zu lassen.

### **Lateinamerika und die Karibik**

Die derzeitige Fertilität in Lateinamerika und der Karibik und damit auch das Bevölkerungswachstum sind mit den Trends in Asien vergleichbar. Zentralamerika weist das größte Bevölkerungswachstum und mit einer durchschnittlichen Kinderzahl von drei Kindern pro Frau auch die höchste Fertilität auf. Insgesamt wird die Bevölkerung in dieser Region bis 2050 um 248 Millionen Menschen wachsen.

Allein Zentralamerika wird 90 Millionen Einwohner hinzugewinnen, ausgehend von einer Bevölkerung von derzeit 144 Millionen Menschen. Unklar bleibt, ob Lateinamerika das für eine Stabilisierung der Bevölkerung erforderliche Ersatzniveau der Fruchtbarkeit von 2,1 Kindern pro Frau erreichen wird. Der Rückgang der Kinderzahlen pro Frau hat sich in der Vergangenheit erheblich verlangsamt oder ist gar zum Stillstand gekommen, wenn die Kinderzahlen bereits unter drei Kinder pro Frau gesunken waren. Die aktuellen Projektionen zur Bevölkerungsentwicklung Lateinamerikas gehen hingegen davon aus, dass in allen Ländern des Kontinents die Fertilität auf zwei Kinder pro Frau oder darunter sinken wird.

### **Nordamerika**

Die USA sind das einzige Industrieland, das in Zukunft einen bedeutenden Bevölkerungszuwachs verzeichnen wird. Die USA wachsen derzeit um jährlich drei Millionen Einwohner, zur Hälfte durch Einwanderung und zur Hälfte durch natürliches Wachstum (Geburten minus Sterbefälle). Es besteht kein Grund zur Annahme, dass dieses rasche Bevölkerungswachstum nachlassen wird, da die Fertilität in den USA heute bei zwei Kindern pro Frau liegt und auch in Zukunft ethnische Gruppen mit einer noch höheren Fertilität ins Land einwandern werden. Nach heutigen Schätzungen wird die Bevölkerung der USA bis zum Jahr 2050 um rund 130 Millionen Menschen zunehmen (dies entspricht in etwa der amerikanischen Gesamtbevölkerung im Jahre 1950). Auch wenn die Fertilität in Kanada weitaus niedriger ist, wird sich die Zahl der Einwanderer weiterhin erheblich auf das Wachstum der Bevölkerung auswirken. Fast ein Viertel der Kanadier stammt heute ursprünglich aus einem anderen Land.

### **Europa**

Die demografische Zukunft Europas wird nach Ansicht von Experten von einem nur langsamen Wachstum der Bevölkerung bzw. einem Bevölkerungsrückgang gekennzeichnet sein. Die Kinderzahlen pro Frau haben in vielen europäischen Ländern einen historischen Tiefpunkt erreicht und zeigen keine Anzeichen einer Erholung. Europa ist die einzige größere Region der Welt, in der bis 2050 mit einem Rückgang der Bevölkerung zu rechnen ist. Gleichzeitig steigt das Durchschnittsalter der Bevölkerung. Viele Experten sind der Ansicht,

dass Europa, wenn es sein Wirtschaftswachstum beibehalten will, einen Weg finden muss, um die derzeit niedrige Fertilität zu erhöhen oder aber seine Einwanderungspolitik ändern muss.