

- Snyder, Margaret [1995]: Transforming Development, Intermediate Technology Publications, London.
- United Nations (UN) [1995]: From Nairobi to Beijing, New York.
- United Nations Department of Public Information (UN/DPI) [1995]: The Advancement of Women, New York.
- United Nations Department of Public Information (UN/DPI) [1996]: Platform for Action, New York.
- United Nations Development Programme (UNDP) [1995]: Human Development Report 1995, New York.
- United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD) [1995]: Gender Mainstreaming, Genf, August 1995.
- United Nations Statistical Division (UN/STAT) [1995]: The World's Women 1995, New York.
- Wichterich, Christa [1984]: Frauen in der Dritten Welt, Deutsche Stiftung für Internationale Entwicklung, Bonn.
- Wichterich, Christa [1995]: Frauen der Welt, Lamuv Verlag, Göttingen.
- Women Environment and Development Organisation (WEDO) [1995]: How Secure is Our Food?, WEDO Primer No. 4, New York.

Rainer Münz/Ralf Ulrich

Bevölkerungswachstum und Bevölkerungspolitik

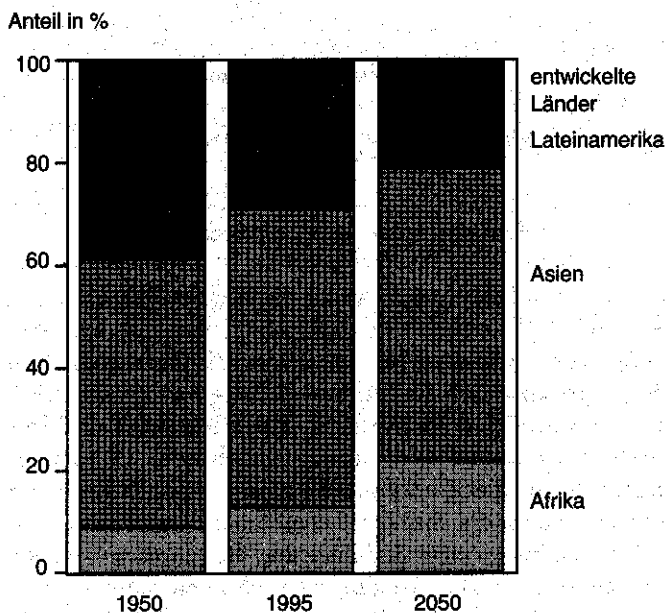
Dimensionen und Perspektiven

Nach aktuellen Schätzungen wuchs die Weltbevölkerung allein 1997 um 79 Millionen Menschen, also jeden Tag um etwa 217 000, jede Minute um 152 Menschen. Bis Anfang der 90er Jahre vergrößerte sich die Weltbevölkerung im exponentiellen Tempo. Seitdem sind die jährlichen Zuwächse konstant. Diese Phase des Wachstums wird voraussichtlich noch 15–20 Jahre anhalten, bevor die jährlichen Zuwächse zu sinken beginnen. Insgesamt nimmt die Zahl der Erdenbürger derzeit um 1,37% pro Jahr zu; bis zu einer Stabilisierung der globalen Bevölkerungszahl wird es aller Voraussicht nach noch mindestens 50 Jahre dauern. Verschiedene Prognoseszenarien der UNO rechnen für das Jahr 2050 mit einer Weltbevölkerung zwischen 7,7 und 11,1 Mrd. Menschen.

Fast 95% des Weltbevölkerungswachstums entfallen heute auf die Entwicklungsländer. Sie erreichten in der zweiten Hälfte der 60er Jahre im Durchschnitt ein jährliches Bevölkerungswachstum von 2,5%. Seitdem hat sich dieser Prozeß verlangsamt. Immerhin lag das Bevölkerungswachstum in der „Dritten Welt“ Anfang der 90er Jahre noch bei 1,77% pro Jahr und wird erst nach 2025 unter 1% sinken. Dementsprechend wird der Anteil der Entwicklungsländer an der Weltbevölkerung weiter wachsen. Mitte des 21. Jahrhunderts werden fast 9 von 10 Erdenbürgern in den heutigen Ländern der „Dritten Welt“ leben (Abb. 1).

Die Höhe des Bevölkerungswachstums und das Tempo seiner Verlangsamung sind nach Regionen und Ländern sehr verschieden:

Abb. 1: Verteilung der Weltbevölkerung



Quelle: UN 1996

- In *Lateinamerika* verlangsamte sich das Wachstum bereits Ende der 60er Jahre. Heute liegt die Wachstumsrate dort mit 1,54% pro Jahr knapp unter dem Gesamtdurchschnitt der „Dritten Welt“. Es gibt aber auch in dieser Region Länder mit hohem Wachstum. So vergrößerte sich die Bevölkerung in Nicaragua und Honduras Anfang der 90er Jahre um fast 3% pro Jahr. Auch andere lateinamerikanische Länder hatten über die zurückliegenden Jahrzehnte erhebliche Zuwächse.
- In *Asien* erfolgte der Trendbruch zu kleineren Wachstumsraten in der ersten Hälfte der 70er Jahre. Heute wächst die Bevölkerung Asiens jährlich um 1,4%. Mehr als ein Drittel der Bevölkerung dieser Region lebt in China (1996: 1,2 Milliar-

den), deshalb wird die Entwicklung Asiens – und der Welt insgesamt – stark durch das beeinflusst, was in China geschieht. Dort ging das Bevölkerungswachstum in den 70er Jahren aufgrund einer repressiven Bevölkerungspolitik stark zurück. Es lag in der ersten Hälfte der 90er Jahre bei nur noch 1,1% pro Jahr. In anderen Teilen Asiens ist das Bevölkerungswachstum hingegen anhaltend hoch. Im Iran, in Pakistan und in Nepal liegt es über 2,6% pro Jahr (1990–95), in Westasien bei 2,2% und in Südostasien nur noch bei 1,7% jährlich.

- *Afrika* ist die Region mit dem höchsten Bevölkerungswachstum. Das gilt nicht nur für die Gegenwart, sondern auch im Vergleich mit jemals historisch an anderen Orten erreichten Wachstumsraten. In der ersten Hälfte der 90er Jahre nahm die Zahl der Afrikaner jedes Jahr um 2,7% zu. Nach aktuellen Schätzungen begann sich dieses Tempo bereits seit Ende der 80er Jahre etwas zu verringern. Ursache dafür sind die gesunkenen Geburtenziffern in Nordafrika und der einsetzende Fruchtbarkeitsrückgang im subsaharischen Afrika. So sank z.B. die Fertilität in Tunesien von durchschnittlich 7,1 Kindern (1960) auf 3,4 Kinder pro Frau (1991). Doch selbst bei sinkender Kinderzahl pro Familie wird die afrikanische Bevölkerung noch etliche Jahre mit hohem Tempo weiterwachsen. Denn auch in den nächsten 15–20 Jahren wird jedes Jahr eine größere Zahl von Jugendlichen ins fortpflanzungs- und heiratsfähige Alter kommen. Erst wenn sich die geringeren Geburtenzahlen der letzten Jahre auch auf die Zahl potentieller Eltern auswirken, läßt dieser Effekt nach.

Anfang der 90er Jahre gab es weltweit fast 30 Länder mit einem jährlichen Bevölkerungswachstum von 3% und mehr. Davon lagen zwei Drittel in Afrika. Nur wenige afrikanische Länder haben bereits ein Bevölkerungswachstum unter 2% jährlich erreicht. Zu den Ausnahmen gehören das französische Überseegebiet Réunion und der Inselstaat Mauritius. Einen bemerkenswerten Rückgang der Fruchtbarkeit gab es auch in Tunesien. Einen Rückgang der Bevölkerung infolge von Bürgerkriegen gab es in Ruanda und Liberia.

Selbst unter moderaten Annahmen wird sich der Anteil Afrikas an der Weltbevölkerung erheblich erhöhen. Im Jahr 1950 gab es 223 Mio. Afrikaner, damals knapp 9% aller Erdenbürger. 1996 lebten auf diesem Kontinent bereits 738 Mio. Menschen (bzw. 12,8% der Weltbevölkerung). Für das Jahr 2050 rechnet die UNO (mittlere Variante) mit 2 Mrd. Afrikanern. Mehr als ein Fünftel der Menschheit wird dann auf diesem Kontinent leben.

Das kräftige Wachstum der Weltbevölkerung beruht auf dem demographischen Ungleichgewicht von Fruchtbarkeit und Sterblichkeit: Tag für Tag kommen rund 365 000 Kinder zur Welt, aber nur 148 000 Menschen sterben. Pro Jahr sind das 133 Millionen Neugeborene und 54 Millionen Verstorbene. Dieses Ungleichgewicht entstand im Laufe der sogenannten „demographischen Transition“. Der Übergang zu modernen demographischen Verhältnissen beginnt jeweils mit einem deutlichen Rückgang der Sterblichkeit. Davor gibt es allenfalls starke Schwankungen durch Seuchen, Kriege und Naturkatastrophen. Doch ab einem bestimmten Zeitpunkt sinkt die jährliche Zahl der Verstorbenen pro 1000 Einwohner (= Sterberate). Später folgt ein Rückgang der Fruchtbarkeit; damit reduziert sich die jährliche Zahl der Geburten pro 1000 Einwohner (= Geburtenrate). Solange die Sterblichkeit bereits sinkt, die Geburtenraten aber noch hoch sind, kommt es zu einem beträchtlichen Bevölkerungswachstum. Es bringt die Bevölkerungsentwicklung aus der Balance und entfaltet seine eigene Wachstumsdynamik.

Diesen Prozess haben auch die westlichen Gesellschaften durchlaufen. Sie erlebten im 19. Jahrhundert und in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts Phasen des Wachstums ihrer Bevölkerung. Allerdings überschritt das jährliche Bevölkerungswachstum dort selten 1%. In Europa und Nordamerika kam der Übergang zu niedriger Sterblichkeit und weniger Geburten durch die Entstehung moderner, städtischer Industriegesellschaften „von selbst“ in Gang. In vielen Ländern Asiens, Afrikas und Lateinamerikas war und ist dies nicht der Fall. Dies wird vor allem beim Rückgang der Sterblichkeit deutlich.

Sterblichkeit

Die Verlängerung des Lebens und die Möglichkeit, Krankheiten zu heilen, gelten in allen Gesellschaften als Fortschritt. Die durchschnittliche Lebenserwartung gibt uns wesentliche Hinweise auf das Entwicklungsniveau und die Lebensqualität in einem Land oder einer historischen Epoche.

Die „Dritte Welt“ holte seit dem Zweiten Weltkrieg durch einen raschen Rückgang der Sterblichkeit stark gegenüber den entwickelten Ländern auf. In den 50er Jahren war die Lebenserwartung in entwickelten Ländern im Schnitt noch um 25 Jahre höher als in den Entwicklungsländern. Heute beträgt der Unterschied nur noch 12 Jahre. Das Tempo des Sterblichkeitsrückganges in den Entwicklungsländern war wesentlich größer als im Europa des 19. Jahrhunderts: Europa brauchte 70 Jahre, um die Lebenserwartung von 40 auf 60 Jahre zu steigern, die Entwicklungsländer brauchten dafür im Durchschnitt nur die Hälfte der Zeit: von 1950 bis 1985.

Tabelle 1: Sterblichkeit in Hauptregionen der Erde

| | Lebenserwartung bei Geburt in Jahren | | | Säuglingssterblichkeit je 1.000 Neugeborene | | |
|--------------------|--------------------------------------|---------|---------|---|---------|---------|
| | 1950-55 | 1970-75 | 1990-95 | 1950-55 | 1970-75 | 1990-95 |
| Entwicklungsländer | 40,9 | 54,7 | 62,1 | 179 | 104 | 68 |
| Afrika | 37,8 | 46,0 | 51,8 | 185 | 130 | 94 |
| Asien | 41,3 | 56,3 | 64,5 | 180 | 98 | 62 |
| Lateinamerika | 51,4 | 61,1 | 68,5 | 126 | 80 | 40 |
| Entwickelte Länder | 66,5 | 71,2 | 74,2 | 58 | 21 | 11 |

Quelle: UN 1996

In einigen Ländern Asiens, Afrikas und Lateinamerikas setzte bereits während der Kolonialzeit ein zunächst langsamer Sterblichkeitsrückgang ein. So ermöglichte es der Bau von Eisenbahnen z.B. in Indien – ähnlich wie in Europa –, lokale

Nahrungsmittelengpässe wirkungsvoll zu beseitigen. Andere Faktoren, die die Verlängerung der Lebenszeit in Europa beschleunigten, wurden in den Kolonien jedoch nicht wirksam. Zu einem dynamischen Rückgang der Sterblichkeit kam es erst nach dem Zweiten Weltkrieg. Er wurde – anders als in Europa – wesentlich durch den Import wirksamer und zugleich billiger Mittel zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten (Malaria, Cholera, Pocken u.a.) ermöglicht. Dieser Rückgang war aber kein Resultat von wirtschaftlichem und sozialem Fortschritt in den jeweiligen Ländern.

Ein gutes Beispiel für diese Phase des Sterblichkeitsrückgangs ist die Malariabekämpfung in Sri Lanka. Zwischen 1945 und 1947 war dort durch den Einsatz von DDT die für die Übertragung der Malaria wichtige Anophelesmücke ausgerottet worden. Dadurch sank die Anzahl der Malariaerkrankungen von 2,7 Mio. im Jahre 1946 auf 270000 im Jahre 1952. Im Jahr 1961 wurden in Sri Lanka nur noch 17 Erkrankungen gemeldet. Die faktische Beseitigung von Malaria als Todesursache schlug sich umgehend in einem Anstieg der Lebenserwartung nieder. 1945/47 lag sie für Frauen bei 44,7 Jahren. Schon 1948 war die weibliche Lebenserwartung mit einem Sprung auf 53,3 Jahre gestiegen. Neben der Malariabekämpfung trug in diesen drei Jahren auch der Ausbau des Gesundheitswesens zum Sterblichkeitsrückgang bei.

Einen raschen Rückgang der Sterberaten in Asien, Afrika und Lateinamerika hatte die Bevölkerungswissenschaft in den 30er und 40er Jahren nicht erwartet. Nachdem er in den 1950er Jahren nicht mehr zu übersehen war, erwartete man, daß sich das Tempo des Rückganges über eine längere Zeit fortsetzen würde. Dies war jedoch nicht der Fall: Der Anstieg der Lebenserwartung verlangsamte sich. In einigen Ländern stagnierte er: Die Sterblichkeit blieb bis heute recht hoch oder stieg sogar wieder an.

Offensichtlich können von außen wirkende Faktoren die Sterblichkeit nur bis auf ein bestimmtes Niveau senken. Jenseits dieser Schwelle sind weitere Fortschritte nur noch durch sozioökonomische Entwicklung in den betreffenden Ländern

möglich. Das wird deutlich, wenn man den Zusammenhang zwischen Säuglingssterblichkeit und wirtschaftlichem Entwicklungsniveau analysiert. Dabei zeigt sich, daß eine geringere Säuglingssterblichkeit vor allem in Entwicklungsländern mit einem höheren Bruttosozialprodukt pro Kopf zu finden ist. Einige Entwicklungsländer haben sich schon stark europäischen Verhältnissen angenähert. So war die Säuglingssterblichkeit in Südkorea Anfang der 90er Jahre nicht größer als in den GUS-Staaten.

Weiterhin relativ hoch ist die Säuglingssterblichkeit in den am wenigsten entwickelten Ländern, insbesondere im subsaharischen Afrika. Dort stirbt auch in Friedenszeiten noch jedes 7. Kind vor seinem ersten Geburtstag. Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt in vielen dieser Länder noch unter 50 Jahren. Bei Bürgerkriegen und Hungersnöten steigt die Sterblichkeit stark an.

In 23 Entwicklungsländern, überwiegend im subsaharischen Afrika, hat AIDS einen wesentlichen Einfluß auf die Sterblichkeit gewonnen. Nach Schätzungen des *US Bureau of the Census* starben in diesen Ländern allein 1996 rund 2 Mio. Menschen an den Folgen von Immunschwäche; das waren 22% aller Todesfälle dieses Jahres. Es wird erwartet, daß die Zahl der „zusätzlichen“ Sterbefälle im Zusammenhang mit AIDS bis 2010 auf 4,5 Mio. jährlich ansteigt.

Menschen, die in Entwicklungsländern an AIDS sterben, haben meist bereits mehrere Kinder, die als Waisen oder Halbwaisen überleben, sofern sie nicht selbst infiziert sind. Diese Krankheit beeinflusst also in erster Linie die Sterblichkeit, weniger jedoch die Fruchtbarkeit. Deshalb stoppt AIDS auch in stark betroffenen Entwicklungsländern das Bevölkerungswachstum nicht, sondern verringert es nur.

Fruchtbarkeit

Die Kinderzahlen in der „Dritten Welt“ sinken bereits seit Jahrzehnten. Anfang der 50er Jahre brachten Frauen dort im

Laufe ihres Lebens durchschnittlich über 6 Kinder zur Welt. Heute liegt die Gesamtfruchtbarkeitsrate bei „nur“ 3,3 Kindern. Da jedoch die Säuglings- und Kindersterblichkeit gleichzeitig sank und die Zahl der potentiellen Eltern wuchs, erreichen heute mehr Kinder das Erwachsenenalter. Die heutige Kindergeneration ist somit größer als jene von vor 20 Jahren. Damit wird auch die nächste Elterngeneration größer sein als die heutige.

Tabelle 2: Fruchtbarkeit in Hauptregionen der Erde (Kinder je Frau)

| | 1950-55 | 1970-75 | 1990-95 |
|--------------------|---------|---------|---------|
| Entwicklungsländer | 6,2 | 5,4 | 3,3 |
| Afrika | 6,6 | 6,6 | 5,7 |
| Asien | 5,9 | 5,1 | 2,8 |
| Lateinamerika | 5,9 | 5,0 | 2,9 |
| Entwickelte Länder | 2,8 | 2,1 | 1,7 |

Quelle: UN 1996

Versucht man die Entwicklung der Fruchtbarkeit in den Regionen des „Südens“ für die letzten 40 Jahre auf nationaler Ebene zu differenzieren, so ergibt sich folgendes Bild:

- In fast einem Viertel der Entwicklungsländer stieg die Fruchtbarkeit seit den 50er Jahren entweder an oder stagnierte auf hohem Niveau. 377 Mio. Menschen lebten Anfang der 90er Jahre in diesen Ländern, die meisten von ihnen im subsaharischen Afrika. In den Ländern dieser Gruppe bekommen die Frauen durchschnittlich immer noch 6,7 Kinder.
- Zu einem moderaten bis deutlichen Rückgang der Fruchtbarkeit zwischen 5% und 50% kam es zwischen 1950-55 und 1990-95 in 72 Entwicklungsländern. Dort lebten Anfang der 90er Jahre insgesamt mehr als die Hälfte der Bevölkerung der „Dritten Welt“ (2,2 Mrd. Menschen). Die Fruchtbarkeit liegt in dieser Gruppe von Ländern heute im Durchschnitt bei 3,9 Kindern.
- 30 Entwicklungsländer haben seit 1950 einen dynamischen Rückgang der Fruchtbarkeit um mehr als 50% erlebt. In

diesen Ländern leben heute 525 Mio. Menschen (ohne China). Das sind 17% der Bevölkerung der „Dritten Welt“. Sie sind mit durchschnittlich 2,5 Kindern vom Ziel der Zwei-Kinder-Familie nicht mehr weit entfernt. Auch China (1996: 1,8 Kinder) gehört mit einem Fruchtbarkeitsrückgang um fast 70% zu dieser Gruppe.

Falls der Rückgang in Zukunft dem Trend der letzten 15 Jahre folgt, dann werden mehr als 60 Entwicklungsländer das Ziel der Zwei-Kinder-Familie erst nach dem Jahr 2020 erreichen. In über 30 afrikanischen Ländern, wo der Rückgang bisher noch gar nicht voll eingesetzt hat, wäre das sogar erst nach 2030 der Fall.

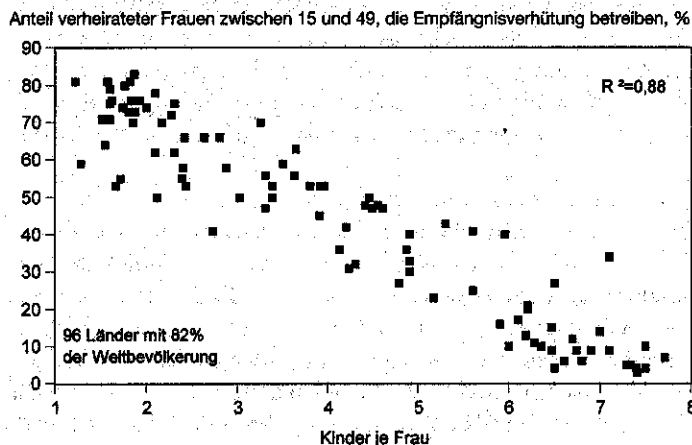
In traditionellen Gesellschaften waren und sind Kinder vor allem eine ökonomische Ressource. Eltern erwarten von ihnen, daß sie im bäuerlichen oder kleingewerblichen Familienbetrieb mitarbeiten. Oder es wird erwartet, daß die Kinder später einen Arbeitsplatz finden und Geld nach Hause schicken. Überdies waren und sind Kinder in traditionellen Gesellschaften, aber auch in heutigen Schwellenländern noch am ehesten Garanten der familiären Versorgung von Alten, Kranken und Hinterbliebenen.

All diese Gründe sprachen in der Vergangenheit und sprechen zum Teil noch heute für eine größere Zahl eigener Kinder. Sie sprachen bei hoher Sterblichkeit sogar dafür, Kinder in Überzahl in die Welt zu setzen. Neben den ökonomischen Erwägungen sind es in vielen Kulturen auch religiöse und soziale Wertvorstellungen, die eine große Nachkommenschaft begünstigen.

Erst wenn es den Eltern selbst keine Vorteile mehr bringt, möglichst viele Kinder zu haben, entsteht ein individuelles Motiv zur Geburtenbeschränkung. Sinkende Säuglings- und Kindersterblichkeit kann dazu den Anstoß geben. Voraussetzung dafür ist allerdings, daß sich Eltern von der traditionellen Vorstellung eines gottgewollten oder schicksalhaften Kindersegens lösen und ein gewisses Maß an Rationalität und die Bereitschaft zu vorausschauender Lebensplanung mitbringen. Erst damit ist die Grundlage dafür gegeben, daß sich Paare eine

bestimmte Zahl von Kindern wünschen und sich dementsprechend verhalten. Der internationale Vergleich zeigt, daß ein dauerhafter Rückgang der Kinderzahlen mit der stärkeren Nutzung von Empfängnisverhütung einhergeht (Vgl. Abb. 2).

Abb. 2: Kinderzahlen und Nutzung von Empfängnisverhütung



Quelle: Population Reference Data Sheet 1996

Es gibt unübersehbare Hinweise darauf, daß bereits heute ein nicht unbeträchtlicher Teil der Schwangerschaften und Geburten in Entwicklungsländern ungewollt ist. Derzeit werden in der „Dritten Welt“ über 30 Mio. Abtreibungen pro Jahr durchgeführt. In Asien haben Frauen im Durchschnitt 1,3 Abtreibungen im Laufe ihres Lebens, in Lateinamerika 1,4 bis 2 Abtreibungen. Nach einer hohen Schätzung kommt in Lateinamerika auf zwei Geburten eine Abtreibung, nach einer niedrigen Schätzung wäre es immer noch eine Abtreibung auf drei Geburten. In vielen Ländern der „Dritten Welt“ ist der Schwangerschaftsabbruch eine häufig praktizierte Methode der Verhinderung ungewünschter Geburten. In Asien und Lateinamerika kommt auf drei Geburten, die durch Empfängnisverhütung verhindert wurden, eine Geburt, die durch Abtreibung

verhindert wurde. In Afrika ist die Verbreitung von Abtreibungen geringer, weil dort die gewünschte Kinderzahl noch höher ist.

Die hohe Verbreitung von Schwangerschaftsabbrüchen ist ein deutlicher Hinweis auf das Ausmaß ungewünschter Schwangerschaften. In diese Richtung deuten auch die Ergebnisse der *Demographic and Health Surveys*, die seit Mitte der 80er Jahre durchgeführt werden. Zu diesen Befragungen werden Tausende von Frauen in über 50 Entwicklungsländern interviewt. In Ägypten gaben 24% der befragten Frauen an, daß sie die letzte Geburt nicht gewünscht hatten. Weitere 15% hatten die letzte Geburt nicht zu diesem Zeitpunkt gewünscht. In Thailand gaben 30% der Frauen an, daß sie schon zum Zeitpunkt der letzten Geburt kein weiteres Kind mehr wollten.

In vielen Entwicklungsländern wünschen 40 bis 60% der verheirateten Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren in den nächsten Jahren kein weiteres Kind. Mit zunehmender Kinderzahl sinkt in der Regel der Wunsch nach weiteren Kindern. Oft wollen Frauen kein weiteres Kind, ihre männlichen Partner hingegen schon.

Moderne Empfängnisverhütungsmittel zu Marktpreisen sind für viele Familien in der „Dritten Welt“ zu teuer. Sie müßten dafür über 5% ihres Haushaltsbudgets aufwenden. Wenn man Frauen nach den Gründen fragt, warum sie keine Empfängnisverhütung betreiben, hört man ein breites Spektrum von Antworten. Neben dem fehlenden Zugang zu erschwinglichen Kontrazeptiva verhindern der Mangel an Informationen, Bedenken über die Nebenwirkungen, der Wunsch nach einer begleitenden medizinischen Betreuung und der Wunsch der männlichen Partner nach weiteren Kindern die Nutzung von Kontrazeptiva. Die sogenannten „natürlichen Methoden“ der Empfängnisverhütung (z.B. periodische Enthaltbarkeit) sind auf die Dauer nicht sehr wirkungsvoll. So kommt es oft zu ungewünschten Schwangerschaften und mitunter zu Abtreibungen.

Bevölkerungspolitik und Familienplanung

Familienplanungsprogramme können wesentlich dazu beitragen, den ungedeckten Bedarf an Familienplanungsleistungen zu befriedigen, indem sie Informationen, Empfängnisverhütungsmittel und gesundheitliche Betreuung auch für ärmere Bevölkerungsgruppen zugänglich machen. Sie lösen damit für diese Gruppen ein Menschenrecht ein, das inzwischen Eingang in viele UNO-Dokumente gefunden hat: das Recht auf die informierte, freie und verantwortungsbewusste Entscheidung über die Zahl eigener Kinder und den Zeitpunkt ihrer Geburten. Zugleich leisten Empfängnisverhütung und Gesundheitsversorgung einen wesentlichen Beitrag zur Verringerung der Kinderzahlen und damit zur Verringerung des Bevölkerungswachstums. Nach einer Befragung der UNO von 1995 halten 76 von 134 Entwicklungsländer-Regierungen ihr nationales Bevölkerungswachstum für zu hoch. 67 Regierungen informierten über nationale Anstrengungen zu einer Verringerung des Bevölkerungswachstums.

In vielen Ländern kann nur das Engagement von Staat und Nichtregierungsorganisationen die materiellen Bedingungen für die Realisierung des Rechtes auf informierte, freie und verantwortungsbewusste Elternschaft schaffen. Über 80% der Versorgung mit modernen Kontrazeptiva in der „Dritten Welt“ erfolgt durch den öffentlichen Sektor. Dazu sind jedoch beträchtliche Aufwendungen nötig. Pro Jahr werden in Entwicklungsländern 4 bis 5 Mrd. US-Dollar für Familienplanung aufgewandt. Drei Viertel dieser Summe werden von den betreffenden Ländern selbst aufgebracht, ein Viertel im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit von den Industriestaaten.

Der Bedarf an Familienplanungsleistungen in der „Dritten Welt“ wird in den nächsten Jahrzehnten stark zunehmen; quantitativ wächst er zumindest im Tempo des Bevölkerungswachstums der jüngeren Vergangenheit. Die vor 15 Jahren geborenen Kinder kommen heute ins reproduktionsfähige Alter. Auch in jenen Entwicklungsländern, die den Höhepunkt des

Bevölkerungswachstums bereits hinter sich haben, wird die Zahl der Paare im reproduktionsfähigen Alter noch eine Weile ansteigen.

Nur wenn sich auch zukünftig eine wachsende Zahl von Paaren zu wirksamer Empfängnisverhütung entschließt, wird die Fruchtbarkeit weiter sinken. Davon gehen fast alle Bevölkerungsprojektionen aus. Eine Fortsetzung des Fruchtbarkeitsrückgangs wird aber ohne stärkere Verbreitung moderner Kontrazeptiva nicht möglich sein. Dabei muß es in Zukunft vor allem um die bisher nicht erreichten Zielgruppen gehen.

400 bis 450 Mio. Paare in der „Dritten Welt“ betreiben gegenwärtig Empfängnisverhütung. Weitere 125 Mio. wollen in den nächsten zwei Jahren keine weiteren Kinder, betreiben jedoch keine Kontrazeption. Jedes Jahr kommen 18 Mio. potentielle Eltern neu dazu. Für eine Reduktion des immer noch hohen Wachstums der Weltbevölkerung müßte die Zahl der verhütenden Paare bis zum Jahr 2000 auf ca. 500 Mio. und bis 2020 auf ca. 750 Mio. steigen. Das sind 300–350 Mio. Paare mehr als heute.

Die Aufgaben für Familienplanungsprogramme in Entwicklungsländern werden in den nächsten Jahrzehnten auch qualitativ wachsen. Die Erwartungen der Klienten/innen von Familienplanungsprogrammen an die Qualität der Betreuung steigen mit dem Wandel der angewandten Methoden. Injizierbare Kontrazeptiva und Intrauterin-Pessare (IUD), aber auch implantierbare Kontrazeptiva (NORPLANT) werden von einer wachsenden Zahl von Paaren nachgefragt. Eine qualitativ bessere Beratung über die Vor- und Nachteile der verschiedenen Methoden und ihrer Nebenwirkungen würde überdies helfen, jene Personen zu erreichen, die bisher die Leistungen bestehender Programme nicht nutzten, obwohl sie im Prinzip Zugang hätten. Die Qualität der Beratung bietet auch die Möglichkeit, die Häufigkeit zu verringern, mit welcher die Verwendung bestimmter Kontrazeptiva abgebrochen wird. In Asien würde die Diversifizierung des Angebots von Verhütungsmethoden die Auswahlmöglichkeiten der Paare erhöhen und die dominierende Position der Sterilisation relativieren.

Die Gesundheitsfürsorge bei Schwangerschaft und Geburt sowie danach ist bereits heute ein Bestandteil vieler Familienplanungsprogramme. Dazu gehört auch die Propagierung des Stillens.

In vielen Entwicklungsländern ist die Verbreitung sexuell übertragbarer Krankheiten hoch. Die rasche Verbreitung des HIV-Virus und der Erkrankungen an AIDS stellen die Gesundheitspolitik in diesen Ländern vor gewaltige und vielfach kaum zu lösende Probleme. Die traditionellen Aufgaben von Familienplanungsprogrammen verändern sich durch AIDS. Daraus entstehen neue Anforderungen an die Schulung des Personals und auch an die Propagierung sicherer Methoden der Verhütung. Die Eindämmung von HIV/AIDS erfordert vor allem einen gravierenden Verhaltenswandel, den universellen Zugang zu Kondomen und auch die Behandlung anderer sexuell übertragbarer Krankheiten. Lokal operierende Familienplanungsprogramme haben oft gute Voraussetzungen, um einen Beitrag in dieser Richtung zu leisten. Sie werden dies jedoch nicht ohne zusätzliche Ressourcen tun können.

Die stärkere Einbeziehung von Jugendlichen und Männern als Zielgruppen von Familienplanungsprogrammen ist eine weitere qualitative Herausforderung. Die Erweiterung des Aufgabenspektrums für Familienplanungsprogramme wird auch mit neuen Begriffen wie „reproduktive Gesundheit“ oder „sexuelle Gesundheit“ verbunden.

Welchen Finanzierungsbedarf kann man aus diesen Anforderungen erwarten? Allein das Wachstum der Elterngeneration wird den jährlichen Aufwand bis 2020 um 4,5 Mrd. Dollar (von 1993) erhöhen. Eine weitere Verbreitung von Kontrazeptiva, die zu einer beträchtlichen Eindämmung des Bevölkerungswachstums notwendig wäre, wird weitere 5 Mrd. Dollar erfordern. Die Verbesserung der Gesundheitsfürsorge für Mutter und Kind, die AIDS-Prävention und andere Bestandteile des breiteren Konzeptes der reproduktiven Gesundheit werden im Jahr 2020 wahrscheinlich zusätzliche 6,5 Mrd. Dollar kosten. Insgesamt wird der Aufwand für reproduktive Gesundheit von heute 4 bis 5 auf 21 Mrd. Dollar wachsen.

Schätzungen von *UNFPA* und von *Population Action International* erreichen ähnliche Dimensionen.

Sehr wahrscheinlich wird ein zunehmender Anteil der Kosten in vielen Ländern durch die Paare selbst getragen werden. Das zeichnet sich bereits in Hongkong, Taiwan, Costa Rica oder Panama ab. Demgegenüber muß man damit rechnen, daß einige Länder, vor allem im subsaharischen Afrika, auch in den nächsten Jahrzehnten stark auf Unterstützung von außen angewiesen sein werden.

Die Zahl der Menschen auf unserem Planeten wird noch über Jahrzehnte weiter wachsen. Und sie wächst zu schnell: von 3 Milliarden im Jahr 1960 auf 6 Milliarden im Jahr 1998 und weiter auf voraussichtlich 9,3 Milliarden im Jahr 2050. Schon jetzt sind weltweit 600 Mio. Menschen arbeitslos und eine noch viel größere Zahl unterbeschäftigt; 800 Mio. Menschen sind unterernährt, 1 Mrd. Menschen sind Analphabeten. Mindestens 1,3 Mrd. Menschen leben in absoluter Armut. Das fortgesetzte Wachstum der Weltbevölkerung verschärft diese Probleme erheblich.

Entwicklungszusammenarbeit und Programme der reproduktiven Gesundheit können den bestehenden ungedeckten Bedarf an Familienplanungsleistungen verringern. Sie tragen damit bereits kurzfristig zum Rückgang der Kinderzahlen und des Bevölkerungswachstums in Entwicklungsländern bei.

Während der 80er Jahre stieg die Hilfe der reichen Industriestaaten für Familienplanung in der „Dritten Welt“ kaum. Anfang der 90er Jahre kam weltweit nur etwa 1 % der gesamten Entwicklungshilfe der Familienplanung zugute. Deshalb forderte die Weltbevölkerungskonferenz 1994 in Kairo eine Erhöhung des Anteils der Entwicklungshilfe, der für Familienplanung im weiteren Sinne ausgegeben wird, von gegenwärtig ca. 1 % auf 4 %. Anzeichen für eine praktische Umsetzung dieses Ziels gibt es jedoch kaum. Statt dessen haben die meisten Geberländer in den letzten Jahren ihre Hilfe für Länder der „Dritten Welt“ reduziert.

Literatur

- Arriaga, E. E.: The deceleration of the decline of mortality in LDC's. The case of Latin America, in: International Population Conference 1981. Solicited Papers, Bd. 2, Liège: IUSSP: Ordina, 1981.
- Bericht der Regierung der Bundesrepublik Deutschland für die Internationale Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung 1994, Bonn: Bundesministerium des Inneren, 1994.
- Birg, H.: World Population Projections for the 21st Century, Frankfurt/M., New York: Campus, 1995.
- Bongaarts, J.: Can the Growing Human Population Feed Itself?, in: Scientific American 3/1994, S. 36-43.
- Bongaarts, J.: Do Reproductive Intentions Matter?, in: IRD/Macro International (Hrsg.): Proceedings of the Demographic and Health Surveys World Conference, Washington D.C., Bd. 1, Columbia, MD, 1991, S. 223-248.
- Bongaarts, J.: Population Policy Options in the Developing World. in: Science 263, 11 February 1994, S. 771-776.
- Bongaarts, J.; R. G. Potter: Fertility, Biology and Behavior. Analysis of the proximate determinants, New York: Academic Press, 1983.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.): Internationale Konferenz 1994 über Bevölkerung und Entwicklung (ICPD 1994). Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, Sonderheft 26, Wiesbaden: BIB, 1994.
- Chesnais, J.-C.: The Demographic Transition. Stages, Patterns and Economic Implications, Oxford: Clarendon Press, 1992.
- Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (Hrsg.): Weil es uns angeht. Das Wachstum der Weltbevölkerung und die Deutschen, Hannover: Balance Verlag, 1995.
- Financing the Future: Meeting the demand for family planning. Washington D. C.: Population Action International, 1994.
- Hauser, J.: Bevölkerungs- und Umweltprobleme der Dritten Welt, 2 Bde., Bern-Stuttgart: Verlag Paul Haupt, 1991, 1993.
- Khalatbari, P. (Hrsg.): Demographic Transition, Berlin: Akademie-Verlag 1983.
- Leisinger, K.: Hoffnung als Prinzip - Bevölkerungspolitik mit menschlichem Antlitz, Hannover: Balance Verlag, 1994.
- Münz, R.; R. Ulrich: Bevölkerungswachstum und Familienplanung in Entwicklungsländern. Eine demographische Analyse. Demographie aktuell Nr. 4. Berlin: Humboldt-Universität zu Berlin, 1994.
- Opitz, P. J. (Hrsg.): Weltprobleme. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 1995 (4., aktualisierte Ausgabe).
- Population Reference Bureau: World Population Data Sheet 1996, Washington, D.C., 1996.
- Ross, J.; E. Frankenberg: Findings from Two Decades of Family Planning Research. New York: The Population Council, 1993.

- Sadik, N.: The State of World Population 1994. New York: United Nations, 1994.
- Schmid, J.: Die demographische Falle: Bevölkerungswachstum in der Dritten Welt. Universitas 4/1990, S. 354-63.
- Ulrich, R.: Fertility Decline and Family Planning in Developing Countries. Economics I/1996, S. 7-43.
- UN: Long-Range World Population Projections. Two Centuries of Population Growth, 1950-2150. New York: UN, 1992.
- UN: World Population Prospects: The 1996 Revision, New York: United Nations, 1996.
- U.S. Bureau of the Census: Report WP/96, World Population Profile: 1996, by Thomas M. McDevitt, U.S. Government Printing Office, Washington, D. C., 1996.
- World Bank: Weltentwicklungsbericht 1984, Washington, D.C.: Weltbank, 1984.
- World Population Monitoring 1993. New York: United Nations, 1996.