

nen als auch der Privatsektor dabei spielen, wurde ausdrücklich anerkannt. Beide verfügen über Erfahrungen und Vorteile, die die öffentlichen Anstrengungen im Bereich der Gesundheitsfürsorge ergänzen und unterstützen. In der Nachfolge der Konferenz haben Nichtregierungsorganisationen in zahlreichen Ländern ihre Beratungs- und Dienstleistungsaktivitäten im Bereich der Reproduktionsgesundheit erheblich verstärkt – ein Trend, der Unterstützung verdient.

Ein kritisches Problem bei allen Maßnahmen zur Deckung der gesundheitlichen Bedürfnisse in diesem Bereich ist natürlich die Frage der Finanzierung. Einer Schätzung der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung zufolge würde die Grundausstattung der Entwicklungsländer mit Programmen zur Bevölkerungspolitik und Reproduktionsgesundheit bis zum Jahr 2000 jährlich etwa 17 Milliarden Dollar kosten; im Jahr 2015 wären es 21,7 Milliarden Dollar. Diese Mittel werden zu etwa zwei Drittel von den Entwicklungsländern selbst aufgebracht werden müssen, während die Geberländer ein weiteres Drittel zur Verfügung stellen. Zwar sind die Ausgaben für die Gesundheitsfürsorge im Reproduktionsbereich weltweit seit 1994 im Ansteigen begriffen, aber selbst heute belaufen sie sich noch auf wenig mehr als die Hälfte der 17 Milliarden Dollar, die für das Jahr 2000 erforderlich sind. Besonders die Geberländer haben noch viel vor sich, wenn sie die in Kairo gesetzten Ziele erreichen wollen. Zu erwähnen wäre noch, daß die Internationale Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung eine der wenigen UN-Konferenzen war, bei denen sich die Teilnehmerländer tatsächlich auf finanzielle Zielvorstellungen einigen konnten, und ich hoffe, daß ein Weg gefunden wird, diese Ziele auch wirklich zu erreichen.

1999 werden die Ergebnisse der Kairoer Konferenz nach fünf Jahren einer Überprüfung unterzogen. Ich hoffe, daß sich hieraus wichtige Maßnahmen zur vollen Umsetzung des Kairoer Aktionsprogramms ergeben werden. Ich hoffe ebenfalls, daß alle Länder sich in Zukunft ernsthaft bemühen werden, diesem grundlegenden menschlichen und entwicklungspolitischen Bedürfnis Rechnung zu tragen.

Die Ziele von Kairo und der zukünftige Bedarf an Familienplanungsleistungen

Ralf E. Ulrich¹⁾

Die Internationale Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung (ICPD) 1994 in Kairo wurde von vielen Beobachtern als Erfolg gewertet. Der Aktionsplan von Kairo konnte einen Konsens über neue programmatische Formulierungen erreichen und sie auch in quantitativ definierte Ziele fassen. Die nationalen Regierungen verpflichteten sich, die im Aktionsplan benannten Ziele durch geeignete politische Maßnahmen umzusetzen (UNFPA 1994c).

Fünf Jahre nach der Konferenz von Kairo werden die erreichten Ergebnisse bei der Umsetzung des Aktionsplanes einer Bewertung unterzogen (u.a. UNFPA 1999).²⁾ Zu den zentralen Erkenntnissen der ICPD+5-Bewertung gehört die Feststellung, dass die Mobilisierung von Ressourcen bisher bei weitem nicht ausreicht, um alle Ziele des Aktionsplanes von 1994 auf absehbare Zeit zu erreichen (UNFPA 1999). Dieser Artikel stellt die Kairo-Ziele in einen Zusammenhang mit aktuellen Forschungsergebnissen und zeigt den bisherigen Fortschritt bei der Mobilisierung von Ressourcen. Besondere Bedeutung hat dabei die demographische Entwicklung, die den zukünftigen Bedarf an Leistungen der reproduktiven Gesundheit wesentlich bestimmt. Diese Analyse ist ein wichtiger

1) Humboldt Universität Berlin und Otto-Friedrich-Universität Bamberg

2) Zur Zwischenbewertung der Konferenz von Kairo fand im Februar 1999 in Den Haag nach einer Reihe von Expertentreffen ein internationales Forum unter Einbeziehung vieler Nichtregierungsorganisationen statt. Nach der Tagung eines Vorbereitungskomitees in New York im März 1999 fand der Bewertungsprozess in einer Sondersitzung der UNO-Generalversammlung im Juni/Juli 1999 seinen offiziellen Abschluss. In die ICPD+5-Zwischenbewertung sind sowohl praktische Erfahrungen aus Programmen der reproduktiven Gesundheit eingegangen als auch wissenschaftliche Analysen. Es wurden regierungsoffizielle Einschätzungen, Erklärungen von Nichtregierungsorganisationen sowie von unabhängigen Experten und Individuen berücksichtigt. Der ICPD+5-Prozess hat eine Fülle von neuen Erkenntnissen erzeugt, die in verschiedensten Formen veröffentlicht wurden (vgl. u.a. Hardee/Agarwal/Luke/Wilson 1999). Die offiziellen Dokumente des UNO-Systems spiegeln diesen Prozess in einer spezifischen, teilweise gefilterten Weise wider, da sie einen sehr breiten Konsens abbilden müssen. Das Zustandekommen dieses Konsens hat eine politische Eigendynamik, in dessen Prozess spezifische Wahrnehmungen und Interessen einzelner Regierungen, aber auch großer internationaler Organisationen einen Einfluss haben. UNO-Organisationen stehen heute unter einem deutlich größeren Druck, das eigene Mandat mit Erfolgen zu legitimieren, als noch vor zehn Jahren.

Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung von Konzepten der reproduktiven Gesundheit, die in den nächsten Jahren den Schritt von der in Kairo erzielten Vielfalt und Breite der Ziele zu Prioritäten vollziehen und zusätzliche Ressourcen zu ihrer Realisierung suchen muss.

Bereits in Kairo war absehbar, dass der Bedarf an Leistungen der reproduktiven Gesundheit zukünftig allein durch die demographische Entwicklung quantitativ wachsen würde. Ferner definierte der Aktionsplan die Agenda von Programmen der reproduktiven Gesundheit zu Recht breiter als die Ziele traditioneller Familienplanungsprogramme und forderte eine qualitative Verbesserung der Dienste.

Leistungen und Dienste der reproduktiven Gesundheit lassen sich in drei wichtige Bereiche einteilen. Der erste Problembereich ist die Unterstützung von Paaren und Individuen bei der Verhinderung ungewollter Schwangerschaften. Dieser Bereich bildete traditionell den Kern der Aktivitäten von Familienplanungsprogrammen. Er steht in engem Zusammenhang mit der Verringerung der Fruchtbarkeit und damit des Bevölkerungswachstums. Gegenwärtig fließen weniger als 40 % der Entwicklungshilfemittel, die für reproduktive Gesundheit aufgewendet werden, in diesen Bereich (Conly/de Silva 1998, S. 28). Der Aktionsplan der ICPD sah vor, bis zum Jahr 2000 die jährlichen Aufwendungen für Familienplanung auf 10,2 Mrd. US-Dollar (Kaufkraft von 1993) zu erhöhen (vgl. Tabelle 1). Zur Zeit der Kairoer Konferenz wurden die damaligen Aufwendungen für Familienplanung auf 4 bis 5 Mrd. US-Dollar jährlich geschätzt (Conly/Chaya/Helsing 1994). Ein zweiter Komplex ist die Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten, besonders HIV/AIDS. Die rasch zunehmende Bedeutung von AIDS war schon 1994 erkennbar. Das Kairo-Dokument forderte, die Aufwendungen in diesem Bereich bis zum Jahr 2000 auf 1,3 Mrd. US-Dollar jährlich zu erhöhen. Andere Leistungen der reproduktiven Gesundheit, u.a. Anstrengungen zur Verringerung der Müttersterblichkeit, die Prävention und Behandlung von Unfruchtbarkeit, das Zurückdrängen von traditionellen Bräuchen der weiblichen Genitalverstümmelung, machen einen dritten Problembereich aus. Für ihn sollen ab dem Jahr 2000 mindestens 5 Mrd. US-Dollar jährlich aufgewandt werden. Alle drei genannten Problembereiche zuzüglich 0,5 Mrd. für Forschung, Datensammlung und Analyse addieren sich auf 17 Mrd. US-Dollar.

Zur Finanzierung der Kairo-Ziele sollten sowohl die Entwicklungsländer als auch die internationalen Geber durch eine Steigerung ihrer Aufwen-

dungen beitragen. Der Beitrag der internationalen Entwicklungszusammenarbeit sollte bereits bis zum Jahr 2000 auf ein Drittel der Gesamtaufwendungen (5,7 Mrd. US-Dollar) steigen. Im Folgenden wird vor allem die erste Komponente – Familienplanung – ausführlicher untersucht.

Tabelle 1: Von der ICPD geschätzte Aufwendungen zur Erfüllung der Ziele des Aktionsprogramms, in Mrd. US-Dollar von 1993

	2000	2015
<i>gesamt</i>	17,0	21,7
<i>Quelle</i>		
Internationale Geber	5,7	7,2
Entwicklungsländer	11,3	14,5
<i>Art der Aufwendungen</i>		
Familienplanung	10,2	13,8
sexuell übertragb. Krankheiten, HIV/AIDS	1,3	1,5
grundlegende Dienste der reproduktiven Gesundh.	5,0	6,1
Forschung, Daten, Strategiebildung	0,5	0,3

Daten: UNFPA 1994c, Potts/Walsh/McAnich/Mizoguchi 1999

Klassische Familienplanungsprogramme haben in der Vergangenheit vor allem zwei Dinge getan: Sie haben versucht, den bestehenden Bedarf an Kontrazeption, einschließlich Information und medizinischer Betreuung zu befriedigen (service delivery), und sie haben durch Information und Kommunikation versucht, mehr Menschen von den Vorteilen verlässlicher Methoden der Empfängnisverhütung zu überzeugen (demand creation). In den 60er und 70er Jahren mussten Familienplanungsprogramme in verschiedenen Ländern und Regionen erfahren, dass der Bedarf nach ihren Leistungen geringer war als erwartet. Seitdem hat sich jedoch viel geändert. Mitte der 90er Jahre nutzten ca. 450 Mio. Frauen und Männer in Entwicklungsländern eine Methode der Empfängnisverhütung (World Bank 1993; Bulatao 1998). Weitere 125 Mio. nutzten keine Kontrazeption, obwohl sie sexuell aktiv waren und keine Schwangerschaft in absehbarer Zukunft wollten (Robey/Ross/Bushan 1996). Diese Menschen haben einen ungedeckten Bedarf an Familienplanungsleistungen. Eine große Zahl von Frauen in dieser Gruppe ist seitdem bereits ungewollt schwanger geworden oder wird es bald. Ungewollte Schwangerschaften führen weltweit zu 46 Mio. Abtreibungen jährlich sowie zu vielen ungewollten Geburten (Henshaw/Singh/Haas 1999). Bereits die Befriedigung des

heute bestehenden ungedeckten Bedarfs an Familienplanungsleistungen ist eine gewaltige Aufgabe.

Auf den zukünftigen Bedarf haben aber noch weitere Faktoren einen Einfluss. Wie viele Frauen im reproduktionsfähigen Alter von 15-49 Jahren wird es in 10 bis 20 Jahren in Entwicklungsländern geben? Wie groß wird der Anteil von Frauen in dieser Gruppe sein, die innerhalb einer Ehe bzw. nicht-ehelichen Partnerschaft oder durch Sex außerhalb einer Partnerschaft dem Risiko einer ungewollten Schwangerschaft ausgesetzt sind? Wie viele dieser Frauen werden wirksame Methoden der Empfängnisverhütung brauchen, um eine ungewollte Schwangerschaft zu verhindern? Diese Fragen umreißen die Bestimmungsfaktoren des zukünftigen Bedarfs an Familienplanungsleistungen. Sie werden zum Teil durch den demographischen Trend bestimmt, zum Teil durch die Fortsetzung eines Verhaltenswandels, der bereits vor Jahrzehnten eingesetzt hat und die gewünschten Kinderzahlen verringert. Auf längere Sicht hängen diese Faktoren eng zusammen. Die Zahl der Geburten von heute, gewünscht oder ungewünscht, beeinflusst die Größe der zukünftigen Elterngeneration in 15 bis 30 Jahren. Die potentielle Elterngeneration der nächsten 10 bis 20 Jahre ist jedoch zum größten Teil heute bereits auf der Welt, und Bevölkerungsvorausschätzungen können ihre Größe abschätzen.

Das demographisch induzierte Wachstum des Bedarfs

Die Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen ist weltweit die Institution mit der größten Erfahrung und Kompetenz in der Erstellung von vergleichbaren Bevölkerungsprojektionen für über 180 Nationalstaaten. Sie veröffentlicht alle zwei Jahre einen neuen Satz von Projektionen und Schätzungen, welche die konsistente und verbindliche Grundlage für alle Organisationen und Struktureinheiten im UN-System sind, die Bevölkerungsinformationen verwenden. Die Projektionen beruhen auf revidierten Schätzungen zur Größe und Struktur der Bevölkerung im Ausgangsjahr der jeweiligen Prognose, aber vor allem auf veränderten Annahmen zur Entwicklung von Fruchtbarkeit, Sterblichkeit und Wanderungen in der Zukunft. In die Neubewertung der Annahmen fließen aktuelle Forschungsergebnisse, insbesondere aber Daten aus neu durchgeführten empirischen Erhebungen mit ein. Die Projektionen werden in der Regel in drei Szenarien präsentiert, von denen das mittlere Szenario als die wahrscheinlichste Variante betrachtet wird.

Die aktuelle Vorausschätzung der Bevölkerungsabteilung wurde Ende Oktober 1998 veröffentlicht (UN 1999). Die Prognose zur Größe der

Weltbevölkerung im Jahre 2050 fiel diesmal niedriger aus als bei vorhergehenden Prognosen. Das mittlere Szenario erwartet für das Jahr 2050 eine Weltbevölkerung von 8,9 Mrd. Menschen (1998: 5,9 Mrd.). Die vorhergehende Prognose aus dem Jahr 1996 hatte für Mitte des nächsten Jahrhunderts noch 9,4 Mrd. Menschen erwartet, eine noch ältere Prognose von 1994 sogar 9,8 Mrd. Blickt man weiter zurück, so hat es bereits mehrere Male Korrekturen bei den Prognosen der Weltbevölkerung nach oben oder unten gegeben (Frejka 1994).

Erwartungsgemäß hat die breitere Öffentlichkeit bisher vor allem die Zahlen zur Größe der Weltbevölkerung insgesamt im mittleren Szenario zur Kenntnis genommen. Die Realität der Bevölkerungsentwicklung und auch ihre Widerspiegelung in den UNO-Prognosen ist jedoch vielschichtiger als diese eine Zahlenreihe darstellen kann. Dies wird deutlich, wenn man die Angaben zu den Regionen und zu einzelnen Nationalstaaten betrachtet. Für knapp 100 Länder hat die UNO ihre jüngsten Prognosen gegenüber den vorhergehenden von 1996 nach unten korrigiert, für weitere 65 Länder unverändert gelassen. Für 23 Länder musste die Bevölkerungsabteilung ihre alten Schätzungen jedoch diesmal nach oben korrigieren. So gab die ältere Prognose für Deutschland eine Bevölkerung von 69,5 Mio. im Jahre 2050 an, die jüngste Prognose kommt auf 73,3 Mio. Für Kolumbien wurde die Prognose um mehr als 9 Mio. nach oben korrigiert. Die Differenz zwischen der aktuellen Prognose zur Größe der Weltbevölkerung und der Prognose von 1996 entfällt zu zwei Dritteln auf nur sechs Staaten: Nigeria (Korrektur: -94 Mio.), Iran (- 55 Mio.), Äthiopien (- 42 Mio.), Südafrika (- 40 Mio.), China (- 39 Mio.) und Myanmar (- 16 Mio.). Nur in 14 weiteren Ländern wurden die Projektionen für 2050 um mehr als 1 % nach unten korrigiert.

Die Bevölkerung Afrikas wird sich nach den aktuellen Prognosen in den nächsten 50 Jahren noch um das 2,4-fache vergrößern, und der Anteil dieses Kontinents an der Weltbevölkerung wird sich damit verdoppeln (20 % im Jahre 2050). Verschiedene afrikanische Länder müssen bis Mitte des nächsten Jahrhunderts mit einer Verdreifachung ihrer Einwohnerzahl rechnen. Die Demokratische Republik Kongo rückt auf den neunten Platz unter den bevölkerungsreichsten Entwicklungsländern (1998: 49 Mio. Einwohner). Indien wird nach den UN-Projektionen China als bevölkerungsreichstes Land der Welt ablösen. Obwohl Asien heute schon relativ geringe Wachstumsraten erreicht hat, wird seine Bevölkerung bis zum Jahr 2050 voraussichtlich noch auf das Anderthalbfache ansteigen.

Selbst die nach unten korrigierten Projektionen von 1998 implizieren für Afrika und für viele Entwicklungsländer in Asien noch einen gewaltigen Bevölkerungsanstieg. Deshalb ist es verfrüht, eine Entwarnung zum Wachstum der Weltbevölkerung auszusprechen, wie dies einige Kommentatoren taten. Einer der wichtigsten Gründe dafür ist das beträchtliche Wachstumspotential, welches in der heutigen Altersstruktur der Entwicklungsländer enthalten ist. Die Elterngenerationen der nächsten Jahrzehnte sind heute schon geboren, und sie sind größer als die heutige Elterngeneration.

Dies lässt sich am Beispiel Äthiopiens gut illustrieren (errechnet nach Daten aus UN 1999). 1998 waren 12,1 Mio. äthiopische Frauen im reproduktionsfähigen Alter (15-49 Jahre). Mehr als jede Fünfte von ihnen brachte in diesem Jahr ein Kind zur Welt; insgesamt gab es ca. 2,6 Mio. Geburten. Die Gesamtfruchtbarkeitsrate lag bei 6,3 Kindern je Frau. Im Jahr 2020 werden nach den UN-Prognosen 25 Mio. Äthiopierinnen im reproduktionsfähigen Alter sein. Auch wenn die durchschnittliche Kinderzahl bis dahin auf unter 4 sinkt, werden im Jahr 2020 ca. 3,6 Mio. äthiopische Babys zur Welt kommen. Das so genannte demographische Momentum der jugendlichen Altersstruktur sorgt dafür, dass die Bevölkerung noch für Jahrzehnte weiter wachsen wird.

Die folgende Tabelle zeigt, wie die Generation potentieller Eltern in Entwicklungsländern in den nächsten Jahrzehnten wachsen wird. Bereits im Jahr 2000 wird die Zahl der Frauen im reproduktionsfähigen Alter gegenüber 1994 um 141 Mio. gestiegen sein (+13 %). Daraus ergibt sich, dass die für Familienplanung aufgewandten Ressourcen auch um 13 % steigen müssen, um allein den 1994 erreichten Versorgungsstand zu halten – ohne damit eine Ausdehnung des Wirkungsfeldes oder eine Verbesserung der Qualität zu erreichen.

Tabelle 2: Größe der potentiellen Elterngeneration in Entwicklungsländern

	1994	2000	2015
Frauen 15-49 J., in Mio.	1.061	1.202	1.509
Verändg. zu 1994, Mio.		141	449
Verändg. zu 1994, %		+ 13	+ 42

Quelle: errechnet aus UN 1999

Veränderung des Kinderwunsches

Da die Elterngeneration in vielen Entwicklungsländern in den kommenden Jahrzehnten noch weiter wächst, ist es sehr wichtig, wieviele Kinder

diese Eltern im Durchschnitt bekommen werden. In den letzten Jahrzehnten ist es in den meisten Entwicklungsländern zu einem starken Rückgang des Kinderwunsches gekommen (vgl. Tabelle 3). Der stärkste Rückgang hat sich in Kenia vollzogen. Dort ist die gewünschte Kinderzahl innerhalb von 15 Jahren (1978 bis 1993) von 7,2 auf 3,9 zurückgegangen – also um 46 % gesunken. Ähnlich spektakulär war der Rückgang in Bangladesch: von 4,1 (1976) auf 2,5 (1993). In beiden Ländern ist auch die tatsächliche Kinderzahl erheblich gesunken. In dieser Zeit ist für die Eltern in Kenia und Bangladesch deutlich geworden, daß eine hohe Kinderzahl für Eltern eine starke wirtschaftliche Belastung darstellt. In Kenia hat die Einführung von Schulgebühren und die hohe Wertschätzung von Bildung dabei offenbar eine besondere Rolle gespielt (Ulrich 1994). Beide Länder gehörten in den letzten Jahrzehnten auch zu den wenigen Entwicklungsländern, die die größte Unterstützung für Familienplanungsprogramme durch internationale Entwicklungszusammenarbeit erhielten.

Tabelle 3: Durchschnittlicher Kinderwunsch*)

	70er Jahre	80er Jahre	90er Jahre
<i>subsaharisches Afrika</i>			
Kenia	7,2	4,7	3,9
Nigeria	8,3		6,2
Simbabwe		5,3	4,7
<i>Nordafrika, Naher Osten</i>			
Ägypten	4,1	2,9	2,9
Marokko	4,9	3,7	3,8
Tunesien	4,1	3,5	
<i>Asien</i>			
Bangladesch	4,1		2,5
Indonesien	4,1	3,2	2,9
Philippinen	4,4		3,5
<i>Lateinamerika</i>			
Brasilien		3,0	2,5
Kolumbien	4,1	3,0	2,5
Mexiko	4,4	3,3	3,3
Peru	3,8	2,9	2,6

*) jemals verheiratete Frauen 15-49 J.

Quelle: The Alan Guttmacher Institute 1999, S. 14

Der Trend zu einem geringerem Kinderwunsch ist jedoch in fast allen Entwicklungsländern, für die Informationen verfügbar sind, zu beobachten. Dabei hat sich innerhalb vieler Länder eine stärkere Heterogenität im Kinderwunsch entwickelt. Frauen mit einem höheren Bildungsabschluss wünschen sich überall eine geringere Kinderzahl als Frauen ohne formelle Schulbildung. Frauen, die in ländlichen Regionen leben, haben in der Regel einen höheren Kinderwunsch. Bankole und Westoff (1995) zeigen, dass der Kinderwunsch von Frauen, die Zugang zu modernen Massenmedien haben, geringer ist als bei Frauen, die keinen Zugang haben. Offenbar sind Bildung, Siedlungstyp und Zugang zu modernen Massenmedien nicht unabhängig voneinander. Deshalb wird erst eine multivariate Analyse Aufschluss über den Einfluss jedes einzelnen Faktors erbringen.

Die Frage nach der prinzipiell gewünschten Kinderzahl hat stark hypothetischen Charakter. Ihr haften verschiedene methodische Probleme an. So sind die Voraussetzungen für die Realisation dieses Wunsches in der Frageformulierung oft nicht klar definiert: Zielt sie auf die Kinderzahl unter den gegebenen Lebensbedingungen oder unter idealen Lebensbedingungen ab? Bezieht sie sich auf überlebende Kinder, die das Erwachsenenalter erreichen, oder auf alle Geborenen? Letzteres macht bei hoher Kindersterblichkeit in vielen Entwicklungsländern einen erheblichen Unterschied. Schließlich zeigen einige Untersuchungen, dass Antworten auf die Frage nach der „gewünschten“ Kinderzahl auch durch psychologische Rationalisierungen beeinflusst werden. Der Wunsch wird in vielen Fällen nachträglich an die tatsächliche Kinderzahl angepasst.

Fragen nach den unmittelbaren reproduktiven Intentionen haben diese Nachteile nicht. Im World Fertility Survey (WFS) und in den Demographic and Health Survey (DHS) wurden Frauen gefragt, ob sie in unmittelbarer Zukunft weitere Kinder bekommen wollen. Die Beantwortung dieser Frage zeigte sich stark abhängig von der Zahl der Kinder, die die jeweilige Frau bereits hat. So gaben in Marokko 20 % der Frauen die bereits zwei Kinder haben an, dass sie keine weiteren Kinder mehr wünschen. Unter den marokkanischen Frauen, die bereits fünf Kinder haben, wollten jedoch fast 80 % keine weiteren Kinder mehr. In vielen Entwicklungsländern außerhalb des subsaharischen Afrika wollen bereits mehr als 50 % der Frauen, die zwei Kinder haben, kein weiteres Kind mehr. In Afrika gibt es nur wenige Länder wo bereits mehr als 20 % der Frauen mit zwei Kindern keine weitere Geburt mehr wünschen, darunter Kenia, Namibia und Simbabwe.

Für Familienplanungsprogramme ist es wichtig zu wissen, wie viele Frauen auf absehbare Zeit keine weitere Geburt mehr wünschen. Die Ergebnisse der Demographic and Health Surveys zeigen, dass dies in fast allen Entwicklungsländern die Mehrheit der verheirateten Frauen im reproduktiven Alter ist. Außerhalb des subsaharischen Afrikas gaben generell mehr als 70 % der Frauen an, im Laufe der nächsten zwei Jahre keine weitere Geburt zu wollen. Darunter sind 15 bis 25 %, die nach zwei Jahren oder noch später ein weiteres Kind wollen. Die überwiegende Mehrheit dieser Frauen möchte jedoch insgesamt keine weiteren Kinder mehr. Auch in afrikanischen Ländern sind es zumeist mehr als zwei Drittel der Frauen, die in den nächsten zwei Jahren keine weiteren Kinder wollen. Hier ist jedoch der Anteil von Frauen, die eine weitere Geburt nur aufschieben wollen, höher.

Vielen Paaren gelingt es nicht, ungewollte Schwangerschaften durch wirksame Empfängnisverhütung zu verhindern. In der Folge kommt es entweder zu einer unerwünschten Geburt oder zu einem Abbruch der Schwangerschaft durch Abtreibung.

Die Demographic and Health Surveys fragten Frauen, ob ihre letzte Geburt zu diesem Zeitpunkt gewünscht war. Außerhalb des subsaharischen Afrikas war meist mehr als ein Drittel der Geburten ungewollt. Besonders hoch ist der Anteil ungewollter Geburten in Peru (60 %) und in Bolivien (54 %). Innerhalb Afrikas gibt es eine Gruppe von Ländern mit einem hohen Anteil ungewollter Geburten. Dazu gehört Kenia (54 %), Ruanda (53 %) und Simbabwe (45 %). In anderen afrikanischen Ländern sind ungewollte Geburten jedoch noch selten. In Niger gaben nur 14 % der Frauen an, dass ihre letzte Geburt gewünscht war. In Nigeria lag dieser Anteil sogar nur bei 12 %. Für 1995 schätzt das Alan Guttmacher Institute in einer aktuellen Studie, dass von 182 Mio. Schwangerschaften in Entwicklungsländern fast 66 Mio. (36 %) ungewollt waren (The Alan Guttmacher Institute 1999). Fast jede zweite ungewollte Schwangerschaft endete durch eine Abtreibung. Tabelle 4 zeigt aktuelle Schätzungen zur Verbreitung von Abtreibung in Entwicklungsländern.

Von weltweit 46 Mio. Abtreibungen 1995 fanden 36 Mio. in Entwicklungsländern statt; davon allein 10 Mio. in China (Henshaw/Singh/Haas 1999). Besonders stark waren die Entwicklungsländer bei den illegalen Abtreibungen vertreten; 95 % aller illegalen Abtreibungen fanden in Entwicklungsländern statt. Klammert man China aus, dann waren drei von vier Abtreibungen in Entwicklungsländern illegal. Diese Abtreibungen

werden oft von Personen ohne adäquate medizinische Ausbildung vorgenommen. Ferner werden oft gefährliche Methoden verwendet, und zusätzliche Risiken ergeben sich aus unzureichend sterilisierten Instrumenten. Unter diesen Bedingungen ist die Abtreibung für die Frauen oft mit gesundheitlichen Komplikationen verbunden; viele Frauen werden dabei ungewollt unfruchtbar. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sterben jährlich 80.000 Frauen an den Folgen illegaler Abtreibungen. Abtreibungen tragen somit wesentlich zur hohen Müttersterblichkeit in Entwicklungsländern bei.

Tabelle 4: Abtreibungen in Entwicklungsländern, 1995

Region	Abtreibungen, in Mio.			% illegal	Abtreibungen ...	
	gesamt	legal	illegal		je 1.000 Frauen, 15-44 J.	je 100 Schwangerschaften
<i>Afrika</i>	5,0		5,0	99	33	15
Ostafrika	1,9		1,9	100	41	16
Mittl. Afrika	0,6		0,6	100	35	14
Nordafrika	0,6		0,6	96	17	12
Südafrika	0,2		0,2	100	19	12
Westafrika	1,6		1,6	100	37	15
<i>Asien</i>	26,8	16,9	9,9	37	33	25
Ostasien	12,5	12,5			36	34
Südzentralasien	8,4	1,9	6,5	78	28	18
Südostasien	4,7	1,9	2,8	60	40	28
Westasien	1,2	0,7	0,5	42	32	20
<i>Lateinamerika</i>	4,2	0,2	4,0	95	37	27
Karibik	0,4	0,2	0,2	47	50	35
Zentralamerika	0,9		0,9	100	30	21
Südamerika	3,0		3,0	100	39	30
<i>Ozeanien</i>	0,1	0,1		22	21	20
Entwicklungsländer	35,5	16,5	19	54	34	23
... ohne China	24,9	5,9	19	76	33	20
memo: weltweit	45,5	25,6	19,9	44	35	26

Daten: Henshaw/Singh/Haas 1999

Der Anteil von Frauen, die im Laufe ihres Lebens Erfahrungen mit Abtreibungen machen mussten, ist in vielen Ländern beträchtlich. In den Entwicklungsländern endete Mitte der 90er Jahre durchschnittlich jede vierte Schwangerschaft in einer Abtreibung. Über diesem Durchschnitt lagen vor allem karibische Länder und Teile Asiens. In Kuba wurden nach offiziellen Statistiken fast 59 % aller Schwangerschaften durch eine Abtreibung beendet. In Vietnam lag dieser Anteil bei 44 %. Dort hat im statistischen Durchschnitt jede Frau ca. 2,5 Abtreibungen in ihrem Leben. So hohe Werte sind jedoch außer für Kuba und einige Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion untypisch hoch. Relativ gering ist die Verbreitung von Abtreibungen noch in Afrika, da in dieser Region die gewünschte Kinderzahl noch am höchsten ist. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass auch in Afrika immer mehr junge, unverheiratete Frauen Abtreibungen nutzen, um ungewollte Schwangerschaften zu beenden.

Weder in Entwicklungsländern noch in entwickelten Ländern gibt es Belege dafür, dass das Verbot von Abtreibungen ihre tatsächliche Verbreitung verringert. Soweit es halbwegs verlässliche Angaben gibt, haben Belgien und die Niederlande weltweit die niedrigsten Abtreibungsraten – in beiden Ländern ist der Schwangerschaftsabbruch legal. Ähnliches trifft auf Tunesien und Bangladesch zu: Auch in diesen Ländern ist Abtreibung nur wenig verbreitet, obwohl sie legal ist. Dies hat wesentlich mit der Nutzung wirksamer Methoden der Empfängnisverhütung zu tun.

Die vorhandenen Informationen zur Entwicklung des Kinderwunsches, zu ungewollten Schwangerschaften und zur Verbreitung von Abtreibungen deuten darauf hin, dass ein rasch wachsender Anteil junger Paare sich heute weniger Kinder wünscht als ihre Eltern hatten. Dieser Verhaltenswandel wird den bestehenden Bedarf an Familienplanungsleistungen und insbesondere wirksamen Methoden der Empfängnisverhütung weiter erhöhen. Er bildet das Potential für einen weiteren Rückgang der tatsächlichen Kinderzahlen und damit eine Stabilisierung der Weltbevölkerung im 21. Jahrhundert.

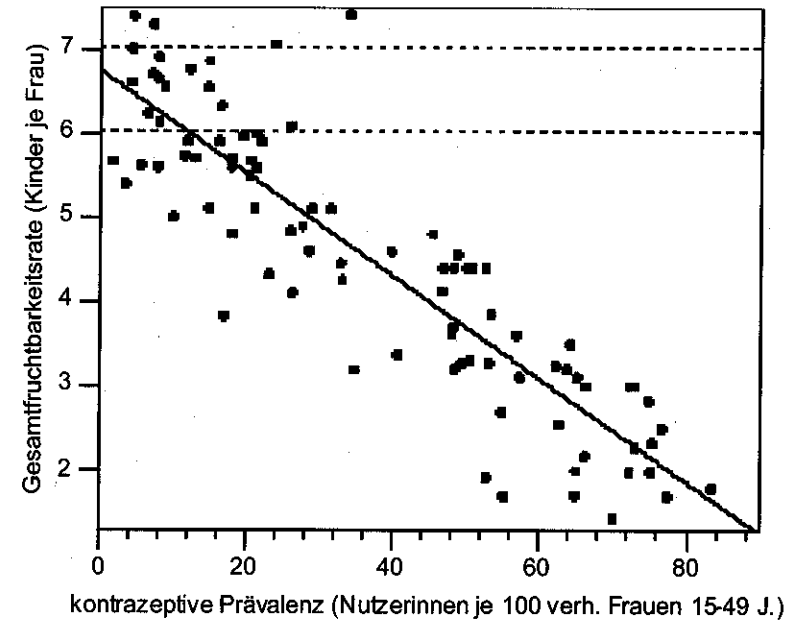
Kontrazeption und der Rückgang der Kinderzahlen

Die zunehmende Nutzung wirksamer Methoden der Empfängnisverhütung hat hunderttausenden von Paaren in den letzten Jahrzehnten geholfen, ungewollte Schwangerschaften zu verhindern. Damit sind einerseits viele Abtreibungen vermieden worden. Andererseits hat in den meisten Ländern erst die stärkere Nutzung von Kontrazeption den Rückgang der tatsächlichen Kinderzahlen möglich gemacht. Anfang der 60er Jahre

nutzte nur jedes siebte Paar in Entwicklungsländern Empfängnisverhütung – die durchschnittliche Kinderzahl lag bei 6 Kindern. Ende der 90er Jahre ist der Anteil von Paaren, die Kontrazeption nutzen, auf über 50 % gestiegen und die durchschnittliche Kinderzahl auf 3,3 gesunken. Dabei gibt es jedoch starke regionale und nationale Unterschiede. In Lateinamerika hat die Nutzung von Kontrazeption im Durchschnitt bereits die Verbreitung gefunden, die sie heute auch in entwickelten Staaten hat. In Ostasien wird Empfängnisverhütung heute intensiver genutzt als in den entwickelten Ländern. Über 80 % der verheirateten Frauen in China nutzen heute eine moderne Methode der Empfängnisverhütung. In Japan liegt dieser Anteil nur bei 57 %, in Deutschland lediglich bei 72 %. Wenig verbreitet ist die Nutzung moderner Methoden der Kontrazeption bisher immer noch im subsaharischen Afrika. Die kontrazeptive Prävalenz liegt dort Ende der 90er Jahre nicht viel höher, als sie in den Entwicklungsländern insgesamt Anfang der 60er Jahre lag (17 %).

Die tatsächliche Kinderzahl einer Gesellschaft wird nicht nur durch die Nutzung von Kontrazeption bestimmt, sondern auch vom Anteil der Ehelosen, der Infertilität, der Verbreitung von Abtreibung, der Dauer des Stillen und anderen Faktoren. Ganz offensichtlich ist der starke Rückgang der Kinderzahlen in den Entwicklungsländern jedoch vor allem durch die Verbreitung moderner Methoden der Empfängnisverhütung ermöglicht worden (Diczfalusy 1997). Dies wird deutlich, wenn man sich die Relation von Gesamtfruchtbarkeitsrate (Kinder je Frau) und kontrazeptiver Prävalenz (Anteil der Nutzerinnen von Empfängnisverhütung an den verheirateten Frauen im reproduktionsfähigen Alter, in %) für eine größere Zahl von Entwicklungsländern ansieht (Abbildung 1). Mehr als 90 % der Variationen in den Kinderzahlen unter diesen Ländern lassen sich durch Unterschiede in der Nutzung von Kontrazeption erklären. Die Stärke des Zusammenhanges zwischen diesen beiden Indikatoren erlaubt es, aus der Momentaufnahme Ende der 90er Jahre auch Rückschlüsse auf die zukünftige Relation von kontrazeptiver Prävalenz und Fertilität zu ziehen. Heute haben fast alle Staaten mit einer Fertilität von weniger als 3,5 Kindern je Frau durchweg eine kontrazeptive Prävalenz von mehr als 40 %. Umgekehrt nutzen in Ländern mit noch deutlich höheren Kinderzahlen meist weniger als 20 % der Paare Empfängnisverhütung.

Abbildung 1: Fertilität und Kontrazeption



Die Ziele von Kairo

Auf der Konferenz von Kairo setzten sich die Unterzeichnerstaaten in Paragraph 7.16 des Aktionsplans das Ziel, bis 2015 weltweit den allgemeinen Zugang zu einem umfassenden Angebot von Familienplanung zu ermöglichen: „All countries should take steps to meet the family-planning needs of their populations as soon as possible and should, in all cases by the year 2015, seek to provide universal access to a full range of safe and reliable family-planning methods and to related reproductive health services which are not against the law.“ (UNFPA 1994c). Die dafür notwendigen Aufwendungen allein für Familienplanung schätzte der Aktionsplan auf 10,2 Mrd. US-Dollar für das Jahr 2000 (vgl. Tabelle 1) und 13,8 Mrd. US-Dollar für 2015 (jeweils konstante US-Dollar von 1993). UNFPA-Hintergrundpapiere zur Vorbereitung der ICPD geben Einblick in die Methode, mit der diese Schätzung erstellt wurde (UNFPA 1994a; UNFPA 1994b). Im Folgenden sollen Methode und Annahmen in einen Zusammenhang mit anderen Schätzungen gestellt werden.

Die Bedarfsschätzungen der ICPD knüpften an frühere Schätzungen anderer Institutionen an (vgl. auch Janowitz 1993). Das Internationale Forum zur Bevölkerung im 21. Jahrhundert hatte in der Amsterdamer

Deklaration von 1989 einen Bedarf von 9 Mrd. US-Dollar für das Jahr 2000 geschätzt. Diese Schätzung ging von den damals aktuellen Bevölkerungsprognosen der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen von 1988 aus. Sie verwendete die projizierte Zahl der Frauen im reproduktiven Alter (15-49 Jahre) und errechnete die kontrazeptive Prävalenz, die notwendig wäre, um den in der Prognose angenommenen Rückgang der Fruchtbarkeit zu erreichen. Daraus wurden Zahlen von Nutzerinnen und Nutzern errechnet. Aus den Nutzerzahlen und den geschätzten Kosten je Nutzerin/Nutzer wurden schließlich die Gesamtkosten errechnet.

Andere Studien, u.a. von der Futures Group, von Family Health International und von USAID kamen Anfang der 90er Jahre für das Jahr 2000 zu Bedarfsschätzungen von 5,3 bis 6,5 Mrd. US-Dollar (UNFPA 1994a). Sie verwendeten grundsätzlich eine ähnliche Methode wie die Schätzung der Amsterdamer Deklaration. Unterschiede der verschiedenen Schätzungen ergaben sich einerseits aus der Einbeziehung verschiedener Leistungen, u.a. der demographischen Datensammlung und Forschung, dem Ausbau von Institutionen und den Allgemeynkosten internationaler Organisationen, die sich keinem konkreten Programm zuordnen lassen. Weitere Unterschiede erklären sich aus den geschätzten Ist-Werten zu den weltweiten Aufwendungen für Familienplanungsprogramme, den geschätzten Nutzerzahlen im Ausgangsjahr sowie den Szenarien zur zukünftigen Entwicklung von Nutzerzahlen und Kosten je Nutzerin/Nutzer.

Sowohl zur Gesamtzahl der Nutzerinnen und Nutzer von Familienplanung als auch zu den Aufwendungen für Familienplanungsprogramme existieren bis heute nur sehr grobe Schätzungen. Ausgangspunkt für die Hochrechnung von Nutzerzahlen sind in der Regel repräsentative Befragungen, die eine Stichprobengröße von 8.000 bis 10.000 Befragten in einem Land haben. Die meisten dieser Studien gehören zu den Demographic and Health Surveys. Einige Entwicklungsländer mit zentralisierten und gut organisierten Familienplanungsprogrammen erheben Nutzerzahlen auch innerhalb dieser Organisationen. Oft weichen diese Werte erheblich von den aus Surveys hochgerechneten Werten ab (vgl. u.a. Van Laere-Fischer/Vo Van Nhan/Thi Van Anh/Ulrich 1995). Die für eine Hochrechnung von Nutzerzahlen geeigneten Surveys sind nicht für alle Entwicklungsländer verfügbar. Nur in wenigen Ländern sind diese Surveys bisher mehrmals durchgeführt worden, meist mit einem Abstand von einigen Jahren. Es ist verständlich, dass Schätzungen, die versuchen aus dieser begrenzten Datenbasis Nutzerzahlen für die Entwicklungsländer insgesamt zu ermitteln, zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Für

Mitte der 90er Jahre reichen Schätzungen zur Gesamtzahl der Nutzerinnen und Nutzer von Familienplanung von 400 Mio. bis 450 Mio.

Auch die weltweiten Aufwendungen für Familienplanungsprogramme sind bisher nur sehr grob geschätzt worden. Sie setzen sich aus den Aufwendungen von Regierungen in Entwicklungsländern, den Ausgaben privater Nutzerinnen und Nutzer, bilateraler und multilateraler Entwicklungshilfe und aus Krediten, zumeist der Weltbank zusammen. Die genaueste Kenntnis besteht dabei zu den finanziellen Flüssen im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit. Sie werden von den Geber- und Empfängerregierungen gut registriert und können leicht in eine Vergleichswährung umgerechnet werden. Probleme treten mitunter bei der Abgrenzung der Familienplanungskomponente in integrierten Programmen auf. Traditionell wird die Entwicklungshilfe der Geberländer im Bereich Familienplanung von UNFPA erfasst und in jährlichen Berichten publiziert. Diese Aufgabe wird seit einigen Jahren vom Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute (NIDI) im Auftrag von UNFPA erfüllt.

Deutlich schwieriger ist die Erfassung des Aufwandes, der durch die Regierungen in Entwicklungsländern selbst erbracht wird. Zum einen ist die statistische Erfassung der erbrachten Leistungen in vielen Ländern lückenhaft. Andererseits ist es schwierig, die Nutzung integrierter medizinischer Einrichtungen für Familienplanung separat zu erfassen. Das gilt auch für die Arbeitszeit medizinischen oder paramedizinischen Personals im Rahmen integrierter Gesundheitsprogramme. Auch wenn es gelingt, den Aufwand halbwegs genau in lokalen Währungen zu erfassen, ist es nicht leicht, diese Beträge für einen internationalen Vergleich zu konvertieren. Die Umrechnung über Wechselkurse ist an dieser Stelle ebenso problematisch wie die Umrechnung über Kaufkraftparitäten. Zugespitzt gesagt: Wieviele Arbeitsstunden einer Gemeindefrankenschwester in China entsprechen dem Preis eines Intrauterinpressars in Argentinien? Eine laufende internationale Berichterstattung zu den Aufwendungen der Entwicklungsländer-Regierungen wie bei den Geberaufwendungen existiert bisher nicht. NIDI ist dabei, ein solches Berichtssystem aufzubauen.

Schätzungen zum Gesamtaufwand für Familienplanungsprogramme in Entwicklungsländern reichen von 3,1 Mrd. US-Dollar für 1988 bis zu 5,1 Mrd. US-Dollar für 1990 (World Bank 1993). Für Anfang der 90er Jahre gehen die meisten Autoren von einem Bereich zwischen 4 bis 5 Mrd. US-Dollar aus. Zu Ermittlung dieser Schätzungen wurde meist die kontrazeptive Prävalenz zu Nutzerzahlen hochgerechnet und diese dann mit geschätzten jährlichen Kosten je Nutzerin/Nutzer multipliziert. Die durch-

schnittlichen Kosten je Nutzerin/Nutzer für die Entwicklungsländer insgesamt im Jahr 1990 wurden auf diese Weise zwischen 10,30 US-Dollar und 19,55 US-Dollar geschätzt.

Eine Studie von Population Action International (PAI) errechnete im Vorfeld der Kairo-Konferenz für 79 Länder, die 91 % der Bevölkerung der Entwicklungsländer repräsentierten, insgesamt 3,1 Mrd. US-Dollar Aufwendungen für Familienplanung Anfang der 90er Jahre und durchschnittlich 22,46 US-Dollar je Nutzerin/Nutzer (Conly/Chaya/Helsing 1994 und 1995).

Die Bedarfsschätzung der ICPD leitete die Zahl zukünftiger Nutzerinnen und Nutzer nicht aus der Fruchtbarkeitsentwicklung der UNO-Prognose ab, wie z.B. die Amsterdamer Deklaration (UNFPA 1994b). Die Bedarfsschätzung der ICPD orientierte sich an dem politischen Ziel der Befriedigung des ungedeckten Bedarfs an Familienplanungsleistungen bis 2015. Wenn dieses ehrgeizige Ziel erreicht würde, hätte dies auch einen deutlich rascheren Rückgang der Fruchtbarkeit zur Folge, etwa so wie ihn das niedrige Szenario der UNO-Bevölkerungsprognosen von 1992 skizziert hatte.

Die Dimensionen dieser Zielstellung werden deutlich, wenn man die angestrebten Steigerungen genauer betrachtet. Innerhalb von sechs Jahren sollte die Zahl der Nutzerinnen und Nutzer von 425 Mio. auf 630 Mio. wachsen. Fast die Hälfte dieses Anstiegs wäre allerdings allein der demographischen Entwicklung geschuldet: Die Zahl der Frauen im reproduktiven Alter steigt in diesem Zeitraum um 140 Mio. Bis 2015 müsste die Zahl der Nutzerinnen und Nutzer auf über 1 Mrd. steigen, um den ungedeckten Bedarf zu befriedigen. Dem anvisierten steilen Anstieg der Nutzerzahlen entsprechen die Kostenschätzungen. Allein in den sechs Jahren nach der ICPD sollten sich die Aufwendungen mehr als verdoppeln, von schätzungsweise 5 Mrd. 1994 auf 10,2 Mrd. im Jahre 2000.

Tabelle 5: ICPD-Ziele im Bereich Familienplanung

	Schätzg. ca. 1994	ICPD-Ziele		Verändg. zu 1994, %	
		2000	2015	2000	2015
Frauen 15-49 J.	1.061	1.202	1.509	+13	+42
NutzerInnen, Mio.	425	630	1.070	+48	+152
Kosten pro NutzerIn, US-Dollar ^{*)}		13,14	12,93		
Kosten in Mio. US-Dollar ^{*)}	5.000	10.200	13.800	+104	+176

^{*)} konstante US-Dollar v. 1993

Quelle: UNFPA 1994b; UN 1999

Eine weitere wichtige Annahme der Bedarfsschätzungen von Kairo bestand darin, dass die Kosten je Nutzerin/Nutzer zukünftig sinken werden. Dies ist umstritten. Das Hauptargument für sinkende Kosten sind Skaleneffekte: Mit dem weiteren Ausbau der Programme könnte die bereits geschaffene Infrastruktur effektiver genutzt werden. Dem lässt sich jedoch entgegenhalten, dass viele Programme den Bedarf der am einfachsten erreichbaren Nutzerinnen und Nutzer in der Vergangenheit bereits befriedigt haben. Ein wesentlicher Teil des ungedeckten Bedarfs besteht vor allem bei Gruppen, die sowohl regional (infrastrukturell schlecht erschlossene Landesteile) wie kulturell (Minderheiten) schwerer zu erreichen sind. Analysen des ungedeckten Bedarfs zeigen ferner, dass Frauen das bestehende Angebot an Familienplanungsleistungen oft nicht nutzen, weil sie nicht genügend beraten und informiert wurden oder weil nur wenige Empfängnisverhütungsmethoden angeboten wurden, deren Nebenwirkungen ihnen Probleme bereiteten. Nur eine qualitative Verbesserung des Angebots, u.a. eine breitere Palette angebotener Methoden und eine adäquate Betreuung können helfen, diese Form des ungedeckten Bedarfs zu befriedigen. Ein weiterer Teil des heute noch ungedeckten Bedarfs besteht unter Jugendlichen, die z.B. mit dem Angebot von Familienplanungsleistungen in Mutter-Kind-Kliniken nicht erreicht werden. Diese Argumente deuten eher darauf hin, dass die Befriedigung des ungedeckten Bedarfs und die Verbesserung der Qualität mit zukünftig steigenden Kosten je Nutzerin/Nutzer verbunden sein wird. Offensichtlich wirken sowohl Faktoren, die die Kosten je Nutzerin/Nutzer zukünftig erhöhen werden, als auch Faktoren, die sie tendenziell eher verringern. Weitere Untersuchungen sind notwendig, um abzuschätzen, welche Tendenz sich dabei wahrscheinlich durchsetzen wird.

Das in Kairo formulierte Ziel der Befriedigung des ungedeckten Bedarfs an Familienplanung für eine wachsende Weltbevölkerung in nur 20 Jahren ist eine ehrgeizige, jedoch nicht unrealisierbare Vision. Die Operationalisierung dieses Ziels in die dazu notwendigen weltweiten Aufwendungen für Familienplanung konnte zwangsläufig nur den bestehenden, damals und auch heute in vieler Hinsicht begrenzten Kenntnisstand über die vorhandene Situation widerspiegeln. Wichtige Eckdaten, die in die Formulierung der geschätzten Aufwendungen eingingen, werden in der wissenschaftlichen Literatur nicht einhellig bewertet. Weitere Untersuchungen sind notwendig, um mehr Klarheit über diese Eckdaten zu schaffen. Es lässt sich jedoch heute schon absehen, dass ein Siebtel der in Kairo anvisierten Steigerungen bereits notwendig ist, um mit dem Wachstum der

Bevölkerung im reproduktiven Alter Schritt zu halten. Nur die verbleibenden sechs Siebtel können zur Ausdehnung des Wirkungsfeldes und zur qualitativen Verbesserung der Situation beitragen.

Mobilisierung von Ressourcen seit Kairo

Die Weltbevölkerungskonferenz in Kairo hat zu einer Mobilisierung zusätzlicher Aufwendungen für Familienplanung beigetragen. Dies wird in der Statistik der Entwicklungshilfe für Familienplanung und Bevölkerungsaktivitäten sichtbar. Die Zuwendungen der Geberländer für Familienplanungsprogramme stiegen von 966 Mio. US-Dollar 1993 auf 1,2 Mrd. US-Dollar 1994 und 1,6 Mrd. US-Dollar 1995 an (UNFPA/NIDI 1999). Der Anstieg erscheint etwas geringer, wenn man den Kaufkraftverlust berücksichtigt und die Werte auf konstante US-Dollar von 1993 umrechnet. Auch die beachtlichen Steigerungen von 1994 und 1995 (je 19 %) hätten jedoch bei anhaltender Fortsetzung nicht ausgereicht, um das Ziel von 5,7 Mrd. US-Dollar im Jahr 2000 zu erreichen. Dazu wäre jedes Jahr eine Erhöhung um 29 % notwendig gewesen.

Wahrscheinlich stiegen die Aufwendungen der Geberländer schon 1995 nicht mehr ganz so stark wie im Vorjahr. UNFPA hat die Kategorien der statistischen Erfassung dieser finanziellen Flüsse 1995 und noch einmal 1996 geändert (Conly/de Silva 1998). Ein Teil der Anstiegs von 1995 ist möglicherweise der veränderten Abgrenzung zuzurechnen. 1996 stagnierten die realen Zuwendungen auf dem Niveau des Vorjahres.

Population Action International rechnet in einer Studie von 1998 vor, dass die Geberländer insgesamt ihre Anstrengungen in den vier Jahren von 1997 bis 2000 auf mehr als das Vierfache steigern müssten, um das in Kairo beschlossene Ziel von 5,7 Mrd. US-Dollar zu erreichen (Conly/de Silva 1998). Dabei sind jedoch auch erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Ländern erkennbar.

Der traditionell wichtigste Geber für Bevölkerungsaktivitäten sind die USA. Sie tragen knapp die Hälfte der gesamten Aufwendungen der Geberstaaten in diesem Bereich (1996: 637,7 Mio. US-Dollar). Die Niederlande konnten ihre Aufwendungen seit 1994 verdreifachen und wurden damit 1996 zum zweitwichtigsten Geber (111,7 Mio. US-Dollar, 8,2 % aller Aufwendungen). Nach Großbritannien an dritter Stelle (106,4 Mio. US-Dollar) folgte Deutschland an vierter Stelle (96 Mio. US-Dollar, 7 % aller Aufwendungen). Seit 1990 lag Deutschland unter den Geberländern wechselnd an zweiter oder dritter Stelle in der Höhe seiner Aufwendun-

Tabelle 6: Entwicklungshilfe der Geberländer für Familienplanungsprogramme, 1987-96

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994 ^{*)}	1995	1996
in Mio. US-Dollar	614	609	675	803	952	926	966	1.201	1.568	1.528
jährl. Zuwachs, %	-1	11	19	19	-3	4	24	31	-3	
in Mio. konstante US-Dollar von 1993	787	726	813	862	988	904	966	1.152	1.372	1.370
jährl. Zuwachs, %	-8	12	6	15	-9	7	19	19	0	
in % der ges. Entwicklungshilfe	1,35	1,16	1,19	1,21	1,36	1,26	1,4	1,65	2,32	2,46

*) ab 1995 neue Abgrenzung, Vergleichbarkeit zu den Vorjahren eingeschränkt

Quelle: Vlassoff/Exterkate/Etelens 1998, UNFPA 1999; jährl. Zuwächse errechnet; für die Umrechnung auf US-Dollar von 1993 wurde der OECD-DAC-Deflator verwendet

gen für Entwicklungszusammenarbeit bei Familienplanung und Bevölkerungsaktivitäten. 1994 konnte Deutschland seine Hilfe in diesem Bereich real auf mehr als das Doppelte des Vorjahresniveaus steigern. 1995 gelang nur eine Steigerung um 15 %. 1996 gingen die deutschen Leistungen – soweit sie im UNFPA-Berichtssystem erfasst werden – um fast ein Drittel zurück. In konstanten US-Dollar von 1993 lagen die deutsche Aufwendungen 1996 wieder unter dem Niveau von 1994.

Die PAI-Studie von 1998 (Conly/de Silva 1998) errechnet eine „faire“ Aufteilung des ICPD-Ziels von 5,7 Mrd. US-Dollar Entwicklungshilfe für Familienplanung im Jahr 2000 auf die Geberländer. Als Schlüssel für die Aufteilung der Anteile dient dabei die 1996 erreichte Wirtschaftskraft, gemessen am Niveau des Bruttosozialproduktes. Danach müsste Deutschland ca. 600 Mio. US-Dollar (von 1993) beitragen, die USA 1,9 Mrd. und Japan 1,2 Mrd. Um dies zu erreichen müsste Deutschland seine Anstrengungen auf mehr als das Sechsfache gegenüber 1996 erhöhen, die USA auf das Dreifache und Japan um fast das 13-fache. Nur drei Geberländer erbrachten bereits 1996 mehr als ihren „fairen“ Anteil am ICPD-Ziel: Dänemark, die Niederlande und Norwegen. Schweden und Finnland waren bereits relativ nah an diesem Ziel. Die katholischen Länder Frankreich, Spanien, Österreich, Irland, Italien und Portugal sind am weitesten von der Erfüllung des Kairo-Zieles entfernt.

Ein wesentlicher Grund für den Rückgang der Geberaufwendungen für Familienplanung war der allgemeine Rückgang der Entwicklungshilfe insgesamt (ODA) seit 1995. Das Niveau der Entwicklungshilfe war von 40 Mrd. US-Dollar 1987 auf den bisherigen Höchststand von 60,8 Mrd. 1992 gestiegen. Nach dem Rückgang, der 1995 einsetzte, lag es 1997 bei 48 Mrd. US-Dollar. Inflationsbereinigt ist das Niveau der Entwicklungshilfe von 1992 bis 1997 um ein Viertel gesunken.

Der allgemeine Rückgang der Entwicklungshilfe war 1994 noch nicht absehbar. Die Kairoer Konferenz hatte die Geberstaaten noch einmal an das auf der UNO-Vollversammlung von 1970 beschlossene Ziel erinnert, 0,7 % des Bruttosozialproduktes (BSP) für Entwicklungshilfe aufzuwenden. Dieses Ziel wird gegenwärtig nur von vier Ländern erreicht: Dänemark, die Niederlande, Norwegen und Schweden. Die OECD-Geberstaaten als Gruppe erreichen nur 0,26 %, Deutschland 0,35 %. Die USA wenden mit 0,12 % den niedrigsten Anteil des BSP für Entwicklungshilfe auf.

Dieser allgemeine Trend wurde etwas durch den wachsenden Anteil der Entwicklungszusammenarbeit im Bereich Familienplanung abgeschwächt.

Anfang der 90er Jahre entfielen auf diese Aktivitäten nur 1,2 % der gesamten Entwicklungshilfe. Nach Kairo stieg dieser Anteil immerhin auf 2,5 % im Jahr 1996. Wenn das Niveau der Entwicklungshilfe insgesamt auf dem Niveau von 1994 geblieben wäre, hätten Aktivitäten im Bereich Familienplanung/Bevölkerung bis zum Jahr 2000 ihren Anteil auf 10 % erhöhen müssen, um die ICPD-Ziele zu erreichen.

Sollte sich die „Gebermüdigkeit“ in den nächsten Jahren fortsetzen, dann wird dies wahrscheinlich auch einen weiteren Rückgang der Entwicklungshilfe für Familienplanung zur Folge haben. Selbst wenn dies nicht eintritt, kann man heute nicht mehr damit rechnen, dass die Geber das Ziel von Kairo bis zum Jahr 2000 erreichen werden.

Das Aktionsprogramm der ICPD betrachtete die Mobilisierung zusätzlicher Ressourcen innerhalb der Entwicklungsländer selbst als primäre Grundlage für die Realisierung der Ziele und eine Steigerung der Geberbeiträge als komplementär dazu (Paragraph 14.11). Unter diesen Umständen kommt den Aufwendungen der Entwicklungsländer selbst jetzt eine größere Aufmerksamkeit zu – obwohl sie statistisch viel schwieriger zu erfassen sind.

Das holländische NIDI hat mit Förderung von UNFPA eine Untersuchung der internen Aufwendungen der Entwicklungsländer für reproduktive Gesundheit durchgeführt. Erste und teilweise vorläufige Ergebnisse für 1996 liegen inzwischen vor (Vlassoff/Exterkate/Eelens 1998). Im Rahmen dieser Untersuchung wurden Fragebögen an 147 Regierungen von Entwicklungsländern und osteuropäischen Transitionsländern versandt; 61 Ländern antworteten. Anhand der ausgewerteten Fragebögen kommen die Autoren für diese 61 Länder auf 1,3 Mrd. US-Dollar intern finanzierte Ausgaben für reproduktive Gesundheit insgesamt und 0,7 Mrd. US-Dollar für Familienplanung.

Die Ausgaben der einzelnen Länder wurden dann nach Regionen gruppiert und für jede Region zu einem durchschnittlichen Wert der Pro-Kopf-Ausgaben zusammengerechnet. Dieser Pro-Kopf-Wert wurde schließlich mit der gesamten Bevölkerung dieser Region multipliziert, um die Gesamtausgaben auch für jene Länder zu erhalten, die den Fragebogen nicht zurückgesandt hatten. Im Ergebnis dieser Hochrechnung schätzen die Autoren die inneren Aufwendungen der Entwicklungsländer für reproduktive Gesundheit insgesamt auf 6,8 Mrd. US-Dollar und für Familienplanung allein auf 5 Mrd. US-Dollar. Die induktive Methode der Hochrechnung ist in jedem Fall als sehr grob zu betrachten, aber möglicherweise durch den Mangel an

verlässlicheren Angaben legitimiert. Bei der Interpretation der 7-Mrd.-Dollar-Schätzung von UNFPA sollte jedoch berücksichtigt werden, dass sie sich nur zu einem Siebtel auf tatsächlich erhobene Daten stützt und zu sechs Siebteln eine Hochrechnung darstellt. Die wesentliche Annahme dabei ist, dass die auf Basis der 61 Länder geschätzten Pro-Kopf-Ausgaben der Regionen tatsächlich für alle 147 Länder repräsentativ sind.

Die Autoren weisen auch auf vielfältige Probleme bei der Vergleichbarkeit und Abgrenzung von Ausgaben hin. So wurde z.B. für Mexiko eine sehr große Summe berichtet, die die Überlassung von Sendezeit für Informationsbeiträge zur reproduktiven Gesundheit von einer staatlichen Rundfunkstation an einen anderen Sender widerspiegelt. Die Berücksichtigung allein dieser Summe erhöhte die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben in Lateinamerika insgesamt von 12 auf 19 US-Dollar und die Gesamtschätzung der Aufwendungen der Entwicklungsländer um 380 Mio. US-Dollar. Ähnliche Probleme wurden auch in Hintergrundstudien zu den internen Aufwendungen in verschiedenen Ländern sichtbar (u.a. Dekker 1997; Eelens 1998; Eelens/Exterkate 1997). In verschiedenen Fällen hatten Sachleistungen wie die Überlassung von Sendezeit für Informations- und Aufklärungskampagnen einen sehr hohen Anteil an den ausgewiesenen Gesamtaufwendungen.

Auch die bereits erwähnte Untersuchung von PAI zu den Aufwendungen für Familienplanung in Entwicklungsländern von 1994 liefert Informationen zu den Quellen der Finanzierung (Conly/Chaya/Helsing 1995). Im Rahmen dieser Untersuchung wurde ein Fragebogen an Experten in 79 Entwicklungsländern versandt. In diesen Ländern lebten zu diesem Zeitpunkt 91 % der Bevölkerung der Entwicklungsländer. Die Auswertung der Fragebögen ermöglichte eine tatsächliche Schätzung der finanziellen Aufwendungen in den beteiligten Ländern – anstelle einer Hochrechnung über geschätzte Nutzerzahlen und Kosten je Nutzerin/Nutzer in Hauptregionen.

Von den insgesamt 3,1 Mrd. US-Dollar an Aufwendungen für Familienplanung insgesamt wurden 2,5 Mrd. in den Ländern selbst mobilisiert. Dieses Bild ist jedoch wesentlich durch China bestimmt, das 40 % der Gesamtaufwendungen erbringt. In China wurden 98,9 % der Mittel für Familienplanung durch den Staat finanziert; internationale Entwicklungshilfe trug nur 1,1 % bei. Klammert man China aus, dann lagen die intern mobilisierten Mittel noch bei 1,2 Mrd. US-Dollar, von denen ca. 800 Mio. durch die Regierungen und 400 Mio. durch Verbraucher selbst ausgege-

ben wurden. Der Anteil äußerer Finanzierungsquellen lag bei einem Drittel. In 46 der 79 untersuchten Entwicklungsländer trugen äußere Quellen mehr als 60 % zur Finanzierung der Familienplanungsprogramme bei. Die Abhängigkeit der Familienplanung von der internationalen Entwicklungszusammenarbeit war besonders stark im subsaharischen Afrika, aber auch auf den Philippinen, im Jemen, in Nepal, Peru und Bangladesch ausgeprägt.

Offensichtlich sind die heute vorhandenen Angaben zu den in Entwicklungsländern verfügbaren Ressourcen für die Erreichung der Ziele von Kairo noch sehr lückenhaft und teilweise widersprüchlich. Dies wird sich in den nächsten Jahren u.a. im Ergebnis der am NIDI durchgeführten und von UNFPA finanzierten Untersuchungen verbessern, wenn die Ergebnisse der Öffentlichkeit zugänglich werden.

Auch wenn das Gesamtvolumen der Aufwendungen heute noch nicht sehr genau geschätzt werden kann, wird sichtbar, dass für eine große Zahl von Entwicklungsländern die Umsetzung der Kairo-Ziele stark von der Fortsetzung der internationalen Entwicklungszusammenarbeit abhängen wird. In großen Teilen des subsaharischen Afrika und in einigen anderen Ländern würden wahrscheinlich bereits erreichte Fortschritte wieder verloren gehen, wenn äußere finanzielle Zuflüsse versiegen.

In den 60er und 70er Jahren betrachteten es Familienplanungsprogramme als ihr Ziel mittelfristig einen Bedarf an Familienplanungsleistungen in Entwicklungsländern zu schaffen. Dieses Ziel ist heute weitgehend erreicht. Ein wesentlicher Teil des Bedarfs kann aber noch nicht befriedigt werden. Dies ist die Ursache für die hohe Zahl von ungewollten Schwangerschaften und Abtreibungen.

Es war schon vor Jahrzehnten absehbar, dass der entstehende Bedarf an Familienplanungsleistungen in vielen Entwicklungsländern auf längere Zeit nicht aus eigenen Mitteln gedeckt werden könnte. Erst langfristig wird die Manifestation dieses Bedarfs dazu führen, dass er durch lokale Ressourcen befriedigt werden kann. Dazu müssen einerseits Regierungen in Entwicklungsländern die öffentlichen Aufwendungen für reproduktive Gesundheit weiter erhöhen. Andererseits wird in vielen Ländern der privat von den Nutzerinnen und Nutzern selbst finanzierte Anteil der gesamten Aufwendungen steigen. Von einer solchen Nachhaltigkeit im Bereich reproduktive Gesundheit sind viele Entwicklungsländer heute aber noch sehr weit entfernt. Deshalb kommt der internationalen Entwicklungszusammenarbeit in diesem Bereich auch in den nächsten Jahrzehnten noch

eine wichtige Bedeutung zu. Es ist beunruhigend, zu sehen, wieweit die westlichen Geberstaaten noch von der Erfüllung der in Kairo eingegangenen Verpflichtungen entfernt sind.

Literatur

Bankole, Akinrinola; Charles F. Westoff (1995): *Childbearing Attitudes and Intentions*. Hrsg. v. Demographic and Health Surveys, Macro International Inc. Calverton, Maryland USA: DHS.

Bongaarts, John; Judith Bruce (1995): The Causes of Unmet Need for Contraception and the Social Content of Services. *Studies in Family Planning*, 26 (1995), 2.

Bulatao, Rodolfo O. (1998): *The Value of Family Planning Programs in Developing Countries*. Washington: RAND.

Conly, Shanti R.; James E. Rosen (1996): *International Population Assistance Update: Recent Trends in Donor Contributions*. Hrsg. v. Population Action International. Washington D. C.: Population Action International.

Conly, Shanti R.; Nada Chaya; Karen Helsing (1994): *Financing the Future: meeting the Demand for Family Planning*. Wallchart. Washington: Population Action International.

Conly, Shanti R.; Nada Chaya; Karen Helsing (1995): *Family Planning Expenditures in 79 Countries: A Current Assessment*. Washington: Population Action International.

Conly, Shanti R.; Shyami de Silva (1998): *Paying Their Fair Share? Donor Countries and International Population Assistance*. Washington: Population Action International.

Curtis, Siân L.; Katherine Neitzel (1996): *Contraceptive Knowledge, Use, and Sources*. Hrsg. v. Demographic and Health Surveys, Macro International Inc. Calverton, Maryland USA: DHS.

Dekker, Arij (1997): *Domestic Resource Flows. Report of a Case Study in Senegal*. Amsterdam: NIDI, <http://www.nidi.nl/resflows/reports/senegal.zip>.

Diczfalusy, Egon (1997): Contraceptive Prevalence, Reproductive Health and Our Common Future. In: *The Contraceptive Revolution. An Era of Scientific and Social Development*. New York, London: The Parthenon Publishing Group Inc., S. 133-148.

Eelens, Frank (1998): *Domestic Resource Flows. Report of a Case Study in Tanzania*. Amsterdam: NIDI, <http://www.nidi.nl/resflows/reports/tanzania.zip>.

Eelens, Frank and Exterkate, Marja (1997): *Domestic Resource Flows. Report of a Case Study in Indonesia*. Amsterdam: NIDI, <http://www.nidi.nl/resflows/reports/indonesia.zip>.

Exterkate, Marja (1997): *Domestic Resource Flows. Report of a Case Study in Egypt*. Amsterdam: NIDI, <http://www.nidi.nl/resflows/reports/egypt.zip>.

Frejka, Tomas (1994): Long-range Global Population Projections: Lessons Learned. In: Wolfgang Lutz, Hrsg.: *The Future Population of the World. What Can We Assume Today?* London: Earthscan, S. 3-50.

Hardee, Karen; Kokila Agarwal; Nancy Luke; Ellen Wilson u.a. (1999): Reproductive Health Policies and Programs In Eight Countries: Progress Since Cairo. *Family Planning Perspectives*, 25 (1999), 1, S. 5-9.

Henshaw, Stanley K.; Susheela D. Singh; Taylor Haas (1999): The Incidence of Abortion Worldwide. *Family Planning Perspectives*, 25 (1999), 1, S. 1-19.

Janowitz, Barbara S. (1993): Why Do Projections of the Cost of Family Planning Differ So Widely? *Studies in Family Planning*, 24 (1993), 1, S. 62-65.

Lethbridge, Dona J.; Kathleen M. Hanna, Hrsg. (1997): *Promoting Effective Contraceptive Use*. Berlin, New York: Springer Publishing Company.

Mitchell, Marc D.; Joan Littlefield; Suzanne Gütter (1999): Costing of Reproductive Health Services. *Family Planning Perspectives*, 25 (1999), 1, S. 17-21.

Potts, Malcom; Julia Walsh; Jana McAninch; Nobuko Mizoguchi u.a. (1999): Paying for Reproductive Health Care: What Is Needed, and What Is Available. *Family Planning Perspectives*, 25 (1999), 1, S. 10-16.

Robey, Bryant; John A. Ross; Indu Bushan (1996): Meeting Unmet Need: New Strategies. *Population Reports*, Volume XXIV, Number 1; Series J, Number 43 (1996).

Spicehandler, J. (1997): Issues to Consider in Operationalizing Reproductive Health. *Advances in Contraception*, (1997), 13, S. 345-350.

The Alan Guttmacher Institute (1999): *Sharing Responsibility. Women, Society and Abortion Worldwide*. Hrsg. v. The Alan Guttmacher Institute. New York: The Alan Guttmacher Institute.

Torres, Aida; Jacqueline D. Forrest (1983): The Costs of Contraception. *Family Planning Perspectives*, 15 (1983), 2, S. 70-72.

Ulrich, Ralf E. (1994): *Family Planning in Kenya. Experiences and Challenges*. Berkeley, Berlin: mimeo.

UN (1999). *World Population Prospects: The 1998 Revision*. Hrsg. v. United Nations Population Division. New York: UN, forthcoming.

UNFPA (1994a): *Background Note on the Resource Requirements for Population Programmes in the Years 2000-2015*. Hrsg. v. United Nations Population Fund. New York: UNFPA.

UNFPA (1994b): *Note on the Resource Requirements for Population Programmes in the Years 1995-2015*. Hrsg. v. United Nations Population Fund. New York:

UNFPA (1994c): *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994*. A/CONF.171/13. Hrsg. v. United Nations Population Fund. New York: UNFPA. <http://www.undp.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>.

UNFPA (1996): *Donor Support for Contraceptive Commodities*. Hrsg. v. United Nations Population Fund. New York: UNFPA.

UNFPA (1997): *Consultative Meeting on Expanding Commercial Market for Oral Contraceptives in Developing Countries*. Hrsg. v. United Nations Population Fund. New York: UNFPA.

UNFPA (1999): *A Five-Year Review of Progress towards the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. Hrsg. v. United Nations Population Fund New York: UNPFA.

http://www.unfpa.org/icpd/round&meetings/hague_forum/reports/back_paper.htm/fmdoc.pdf.

UNFPA und NIDI (1999): *Global Population Assistance Report 1996*. Amsterdam; New York: UNFPA; NIDI, <http://www.nidi.nl/resflows/reports/gpar96/gpar96.htm>.

Van Laere-Fischer, Suzy; Vo Van Nhan; Nguyen Thi Van Anh; Ralf E. Ulrich (1995): *Viet Nam Reproductive Health Survey 1995. Promotion of Family Health in 5 Provinces of Viet Nam*. Hanoi: World Publishing House.

Vlassoff, Michael; Marja Exterkate; Frank Eelenes (1998): *Global resource flows for population activities: Post-ICPD experience*. Paper prepared for the 1998 Annual Meeting Population Association of America, Chicago, Illinois, April 2-4, 1998. <http://www.nidi.nl/resflows/reports/icpd.zip>

Westoff, Charles F.; Akinrinola Bankole (1995): *Unmet Need: 1990-1994*. Hrsg. v. Demographic and Health Surveys, Macro International Inc. Calverton, Maryland USA: DHS.

World Bank (1993): *Effective Family Planning Programs*. A World Bank Publication. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank.