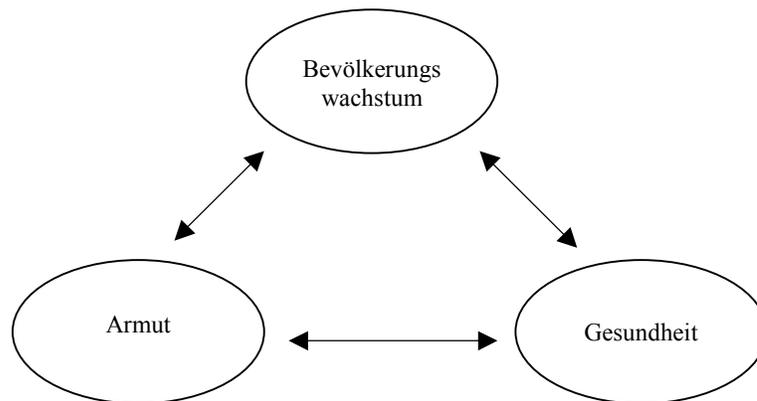


4. Armut und Gesundheit als Determinanten von Bevölkerungswachstum

Im Aktionsplan der Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung wurde die Interdependenz zwischen Bevölkerungsentwicklung, Armut und Umweltgefährdungen hervorgehoben. Die Ursachen- und Folgenanalyse des Bevölkerungswachstums hat verdeutlicht, daß eine Vielzahl von Faktoren das Bevölkerungswachstum beeinflussen. Im folgenden sollen Armut und Gesundheit als Determinanten von Bevölkerungswachstum untersucht werden. Armut und Gesundheitsstatus einer Gesellschaft sind eng miteinander verflochten.

Schaubild 6: Wechselwirkungen zwischen Bevölkerungswachstum, Armut und Gesundheit



Im folgenden sollen an Hand von Armuts- und Gesundheitsindikatoren Zusammenhänge untersucht werden, um anschließend Lösungsansätze diskutieren zu können. Die Interaktion zwischen Armut und Gesundheit sind nur Teilaspekte der vielschichtigen Ursachen- und Wirkungsanalyse des Bevölkerungswachstums, jedoch kommt diesen beiden Faktoren eine Schlüsselrolle bei der Erklärung der hohen Geburtenraten in Entwicklungsländern zu.⁹⁶ Die Einschränkung auf die beiden Faktoren „Armut“ und „Gesundheit“ erschien aus zwei weiteren Gründen

⁹⁶ Vgl. Hemmer/Bohnet a.a.O. S. 146.

notwendig. Zum einen gibt es für beide Faktoren, im Gegensatz zu soziokulturellen Faktoren, verfügbare Indikatoren, die bereits über längere Zeiträume erhoben werden. Soziokulturelle Faktoren sind schwer meßbar und auf Grund ihrer lokalen Besonderheiten international nicht vergleichbar. Der zweite Grund ist die bewußte Wahl des Blickwinkels: Bevölkerungswachstum wird unter dem Gesichtspunkt gesehen, daß das Wachstum nur indirekt beeinflussbar ist. Eine direkte Einflußnahme würde bedeuten, daß staatlich gelenkte Bevölkerungsprogramme durchgeführt werden sollen. Die staatliche Verordnung einer bestimmten Kinderzahl wird auf Grund des Selbstbestimmungsrechts der Frau und der Eltern über die Anzahl ihrer Kinder abgelehnt. Andere Faktoren wie Bildung und Beschäftigung üben indirekt zwar auch Einfluß auf das Bevölkerungswachstum aus, Armut und Gesundheit bilden jedoch auch hierfür eine grundlegende Voraussetzung. Zuerst gilt es die Voraussetzungen für weitere Entwicklung zu schaffen. Einem guten Gesundheitszustand und der Bekämpfung von Armut werden zentrale Bedeutung zugemessen.

Die Determinanten von Gesundheit und Krankheit beeinflussen sich gegenseitig und haben Auswirkungen auf den Gesundheitszustand einer Bevölkerung sowie die Armutssituation eines Landes. Programme und Richtlinien, die eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und eine gerechtere Verteilung zum Ziel haben, sind Schlüsselfaktoren bei Bekämpfung von Armut und Voraussetzungen für wirtschaftliches Wachstum.⁹⁷ Gesundheit ist Voraussetzung und Ziel von Entwicklung.

Der Zusammenhang zwischen Gesundheit, Krankheit und Armut wird durch eine Armutsspirale, wie sie Diesfeld⁹⁸ erstellt, deutlich. Der Begriff Armutsspirale suggeriert einen Abwärtstrend, der nicht stoppen ist. Aus diesem Grunde wird im nachfolgenden versucht, die Armutsspirale von Diesfeld in einem Schaubild darzustellen, aus denen die von Diesfeld aufgestellten Zusammenhänge immer noch deutlich hervortreten, ohne jedoch durch die Begriffswahl eine Einschränkung der Lösungsmöglichkeiten vorzunehmen.

⁹⁷ WHO (1998): The World Health Report 1998. Life in the 21st century. A vision for all. Geneva. S. 8.

⁹⁸ Diesfeld, H. J. (1989): Gesundheitsproblematik der Dritten Welt. Darmstadt. S. 14.

Schaubild 7: Determinanten von Gesundheit und Krankheit



1997 starben weltweit 10 Mio. Kinder vor ihrem fünften Geburtstag (entspricht 1.157,4 pro Stunde oder 19,3 pro Minute); 1955 waren es noch 21 Millionen. In Entwicklungsländern starben 1995 ca. 7,5 Mio. Kinder unter 5 Jahren auf Grund einer oder mehrerer nachfolgend aufgeführter Krankheiten: Malaria, Unterernährung, Masern, akute Erkrankungen der Atemwege und Durchfallerkrankungen. Das Tragische bei den Kindertodesfällen ist die Tatsache, daß viele dieser Krankheiten durch relativ geringe finanzielle Mittel verhindert werden könnten. Oft ist es eine Folge von Infektionskrankheiten, die das Kind jedesmal von neuem schwächen; zum Teil begleitet von Appetitlosigkeit, was sich wiederum negativ auf das Immunsystem auswirkt. Hinzu kommen oftmals schlechte äußere hygienische Bedingungen, die eine Übertragung von Infektionskrankheiten und Malaria begünstigen.⁹⁹ Kleinkinder sind in besonders hohem Maße von Armut und Hunger betroffen und anfälliger für Krankheiten. Armuts-

⁹⁹ WHO (1998): S. 62.

bedingte Erkrankungen sowie Unterernährung können Dauerschäden (z. B. Wachstumsstörungen) verursachen.

Dem Armutsbegriff liegt immer eine relative Bestimmungsgröße zu Grunde. Der Blickwinkel des Betrachters und die unterschiedliche Problemsicht spielen dabei eine bedeutende Rolle. In den 70er Jahren wurde die Diskussion über Armut als Kennzeichen von Unterentwicklung neu belebt. Seither gab es immer wieder neue Versuche, quantitative Daten zum Ausmaß der Armut zu ermitteln. Mit Hilfe von Indikatoren (Pro-Kopf-Einkommen, täglicher Kalorienverbrauch, Lebenserwartung, Kindersterblichkeit, hohe Geburtenrate) wurde versucht, die Armutsgrenze festzulegen. Eine andere Bestimmung der Armut wurde mit dem Physical Quality of Life Index (PQLI) erbracht, der die Indikatoren Lebenserwartung, Säuglingssterblichkeit und Alphabetisierungsrate verband.¹⁰⁰ Die Komplexität der Armut bringt eine Vielzahl von Indikatoren hervor, welche in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung heftig diskutiert wurden.¹⁰¹

Im Weltentwicklungsbericht von 1990 wird Armut als die Unfähigkeit definiert, einen Mindest-Lebensstandard zu erreichen.¹⁰² Hieraus ergeben sich die Fragen: Wie wird Lebensstandard gemessen? Was wird unter Mindest-Lebensstandard verstanden? Wie können Armut und Entwicklungsstand einer Gesellschaft in einer Kennziffer ausgedrückt werden? Der seit 1990 jährlich erscheinende Bericht über die menschliche Entwicklung, durch das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP) herausgegeben, versucht durch Einführung einzelner Indikatoren, die global sehr unterschiedlichen Lebensverhältnisse vergleichbar zu machen. Durch Einführung von immer neuen Indikatoren, wie z.B. Gender-related Development Index, Human Poverty Index (getrennt für Industrie- und Entwicklungsländer) wird versucht, die regionalen Lebensverhältnisse besser wiederzugeben. Nohlen/Nuscheler warnen bereits 1992 davor, daß durch die Schaffung neuer Indikatoren zu große Erwartungen geweckt werden, die nur

¹⁰⁰ Zu dem Physical Quality of Life Index vgl. Morris, M.D. (1979): *Measuring the Condition of the World's Poor: Measuring the Physical Quality of Life Index*. New York. Zum Armutsbegriff vgl. Dieter Nohlen, (Hg.) (1989): *Lexikon Dritte Welt*. Hamburg.

¹⁰¹ Einen Überblick über die Diskussion von Armuts- und Entwicklungsindikatoren und zahlreiche Literaturangaben findet sich bei Nohlen, Dieter u. Nuscheler Franz (Hrsg.) (1992): *Handbuch der Dritten Welt*. Bd.1: *Grundprobleme, Theorien, Strategien*. Bonn. S. 76-108.

¹⁰² Weltbank (1990): *Weltentwicklungsbericht 1990*. Washington D.C.

teilweise eingelöst werden können.¹⁰³ Indikatoren können immer nur Hilfsmittel für eine qualitative Analyse sein.

Nachfolgende Angaben in Tabelle 3 können nur einen Teil der Vielzahl von Indikatoren wiedergeben, die der Komplexität von Armutursachen zu Grunde liegen. Die Beziehung zwischen Armut, Gesundheit und Bevölkerungswachstum wird jedoch deutlich, wenn die Angaben in Tabelle 1 über die Gesamtfruchtbarkeits- und Wachstumsraten herangezogen werden. In den Ländern in Afrika südlich der Sahara liegen nicht nur die ärmsten Staaten dieser Erde, gleichzeitig haben meist 50 % keinen Zugang zu sauberem Trinkwasser, Sanitäreinrichtungen, oder die nächst erreichbare Gesundheitsstation befindet sich mehr als eine Stunde (zu Fuß oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln) vom Wohnort entfernt. Die Sterblichkeit von Säuglingen, Kindern und Müttern ist zum Teil um ein Zehnfaches höher als in anderen Entwicklungsländern. In den Ländern, in denen am wenigsten Familienplanungsmethoden angewandt werden, ist die Müttersterblichkeit erschreckend hoch. Ein weiteres wird ersichtlich: die Unterschiede zwischen einzelnen Regionen und Ländern sind erheblich, was eine differenzierte Problemlösung erfordert. Im nächsten Kapitel wird auf die Faktoren eingegangen, die für die reproduktive Gesundheit von primärer Bedeutung sind.

¹⁰³ Nohlen/Nuscheler (1992) a.a.O: S. 106. Zu der Entwicklung von neuen Indikatoren vgl. auch Thomas Fues: Modetrend oder Kompaß? Neue Indikatoren für Entwicklung und Nachhaltigkeit. in: E+Z Entwicklung und Zusammenarbeit, 39 Jg.1998, Nr. 11, November. Herausgegeben von der Deutschen Stiftung für international Entwicklung. S. 280-281.

Tabelle 3: Armuts- und Gesundheitsindikatoren in verschiedenen Ländern und Regionen

	Life expectancy at birth (years)	Infant mortality rate (per 1,000 live births)	Under-five mortality Rate (per 1,000 live births)	Maternal mortality rate (per 100,000 live births)	Contraceptive prevalence rate, any method (%)	Population without access to health services			Population below income poverty %
	1995	1996	1996	1990	1990-95	safe water (%)	access to sanitation (%)	1990-96	1989-94
Sub-Saharan Africa	50,62	104	169	975	16	48	47	55	..
Ethiopia	48,7	113	177	1400	4	75	54	81	33,8
Namibia	55,8	60	77	370	29	43	41	66	..
Niger	47,5	191	320	1200	4	52	1	83	61,5
Nigeria	51,4	114	191	1000	6	50	49	43	28,9
Rwanda	28,2	105	170	1300	21	..	20	..	45,7
Latin America and the Caribbean	69,17	35	43	191	64	23	20	29	23,8
Argentina	72,6	22	25	100	..	29	29	32	..
Brazil	66,6	44	52	220	77	24	..	30	28,7
Cuba	75,7	10	10	95	70	7	0	34	..
Guatemala	66,1	43	56	200	31	23	43	17	53,3
South-East Asia & Pacific	64,7	48	68	449	53	35	15	45	14,0
South Asia (excl. India)	62,1	76	105	512	40	17	40	47	21,0
East Asia	69,3	37	46	95	82	32	12	73	29,0
East Asia (excl. China)	71,7	15	19	98	74	11
China	69,2	38	47	95	83	33	12	76	29,4
India	61,6	73	111	570	41	19	15	71	52,5
Indonesia	64,0	47	71	650	55	38	7	49	14,5
Philippines	67,4	32	38	280	40	16	29	25	27,5
Thailand	69,5	31	38	200	74	11	10	4	0,1
Yemen	56,7	78	105	1400	7	39	62	76	..
All developing countries	62,2	64,76	95	487,6	55,87	28,93	20,15	57,81	32,2
Industrial countries	74,17	13,03	15,8	29,5	70,16

Quelle: UNDP, Human Development Report Office (1998): Human Development Database. Version 1.1. Statistics from Human Development Report 1998. New York.

4.1. Reproduktive Gesundheit

Reproduktive Gesundheit wurde während der Konferenz in Kairo wie folgt definiert:¹⁰⁴

„Reproduktive Gesundheit (Gesundheit der Fortpflanzung) ist ein Zustand uneingeschränkten körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens - und nicht nur das Nichtvorhandensein von Krankheit oder Gebrechen - bei allen Aspekten, die mit den Fortpflanzungsorganen und ihren Funktionen und Prozessen verbunden sind. Reproduktive Gesundheit bedeutet deshalb, daß Menschen ein befriedigendes und ungefährliches Sexualleben haben können und daß sie die Fähigkeit zur Fortpflanzung und die freie Entscheidung darüber haben, ob, wann und wie oft sie hiervon Gebrauch machen wollen. In diese letzte Bedingung eingeschlossen sind das Recht von Männern und Frauen, informiert zu werden und Zugang zu sicheren, wirksamen, erschwinglichen und akzeptablen Familienplanungsmethoden ihrer Wahl sowie das Recht auf Zugang zu angemessenen Gesundheitsdiensten, die es Frauen ermöglichen, eine Schwangerschaft und Entbindung sicher zu überstehen, und die für Paare die bestmögliche Voraussetzung schaffen, daß sie ein gesundes Kind bekommen.“ Diese Definition zeigt den kleinsten gemeinsamen Nenner aller an der Konferenz teilnehmenden Staaten und bildet die Grundlage für nationale Programme im Bereich der reproduktiven Gesundheit und Familienplanung.

Das Recht der Eltern, frei und eigenverantwortlich über die Anzahl und die Geburtenabstände ihrer Kinder zu entscheiden, wurde erstmals auf der internationalen Menschenrechtskonferenz 1968 in Teheran artikuliert.¹⁰⁵ Die Rechte bezüglich der Fortpflanzung (reproduktive Rechte) basieren auf einzelnen Menschenrechten, die „... sich auf die Anerkennung des Grundrechts aller Paare und Individuen, frei und eigenverantwortlich über die Anzahl, den Geburtenabstand und den Zeitpunkt der Geburt ihrer Kinder zu entscheiden und über die

¹⁰⁴ Zitiert nach DGVN (1994c): Aktionsprogramm der Konferenz der Vereinten Nationen über Bevölkerung und Entwicklung (ICPD). Kairo, 5. - 13. September 1994. Bonn. S. 46.

¹⁰⁵ Parker untersucht dieses grundlegende Menschenrecht auf seine Verankerung in internationalen Menschenrechtsgesetzen auf regionaler wie auf globaler Ebene. Vgl. Packer, Corinne, A. A. (1996): The Right to Reproductive Choice. A Study in International Law. Åbo Akademi University, Institute for Human Rights. Turku/Åbo.

diesbezüglichen Informationen und Mittel zu verfügen, sowie des Rechts auf Erfüllung der zu verwirklichenden höchsten Anforderungen bezüglich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Dies umfaßt auch das Recht von Paaren und Einzelpersonen, frei von Diskriminierung, Zwang und Gewalt Entscheidungen in bezug auf die Fortpflanzung zu treffen, wie es in Menschenrechtsdokumenten niedergelegt ist. Bei der Ausübung dieses Rechts sollten die Menschen die Bedürfnisse ihrer bereits lebenden und ihrer zukünftigen Kinder sowie ihre Verpflichtungen gegenüber der Gemeinschaft berücksichtigen. Die Förderung der verantwortungsbewußten Ausübung dieser Rechte für alle Menschen sollte für vom Staat und von der Gemeinschaft unterstützte grundsatzpolitische Konzeptionen und Programme auf dem Gebiet der reproduktiven Gesundheit, einschließlich Familienplanung, die wesentliche Grundlage sein. Im Rahmen ihrer Verpflichtung sollte der Förderung von auf gegenseitiger Achtung beruhenden und gleichberechtigten Beziehungen zwischen den Geschlechtern und insbesondere der Deckung des Aufklärungs- und Dienstleistungsbedarfs von Heranwachsenden, damit sie positiv und verantwortungsbewußt mit ihrer Sexualität umgehen können, volle Aufmerksamkeit geschenkt werden.¹⁰⁶

Basierend auf den Definitionen von reproduktiver Gesundheit und reproduktiven Rechten werden im Aktionsprogramm von Kairo eine Reihe von Maßnahmen genannt, die allen Staaten die Aufgabe zuteilt, spätestens bis zum Jahr 2015 allen Menschen im geeigneten Alter den Zugang zu Diensten der reproduktiven Gesundheit zu ermöglichen. Neben Aufklärung, Beratung und Information zu sämtlichen Fragen der Familienplanung gehören Betreuung vor, während und nach der Schwangerschaft zur Pflege der reproduktiven Gesundheit im Rahmen der gesundheitlichen Grundversorgung wie auch Krebserkrankungen der Fortpflanzungsorgane, sexuell übertragbare Krankheiten und HIV/AIDS. Die Verhütung von Schwangerschaftsabbrüchen und die Behandlung der Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs sind Bestandteil einer gesundheitlichen Grundversorgung, wie auch die Bekämpfung schädlicher Praktiken wie z.B. die Verstümmelung der weiblichen Genitalien feste Bestandteile der gesundheitlichen Grundversorgung sein sollen.¹⁰⁷

¹⁰⁶ Zitiert nach Kapitel VII, 7.3. im Aktionsprogramm von Kairo in DGVN (1994c): Aktionsprogramm der Konferenz der Vereinten Nationen über Bevölkerung und Entwicklung (ICPD). Kairo, 5. - 13. September 1994. Bonn. S. 46f.

¹⁰⁷ Kap VII, 7.6 im Aktionsprogramm von Kairo in DGVN (1994c). Neben den hier aufgeführten Maßnahmen gibt es noch eine Reihe von Zielsetzungen, die für einzelne Bereiche spezifiziert werden.

Die medizinische Betreuung vor, während und nach einer Schwangerschaft sowie die Aufklärung über eventuell auftretenden Nebenwirkungen von Kontrazeptiva wurden in der Vergangenheit vernachlässigt. In den 70er und 80er Jahren wurde versucht, durch die Bereitstellung von Kontrazeptiva eine erhöhte Anwendung von Familienplanungsmethoden herbeizuführen. Während dieser Zeit kam es zu einer Reihe von Sonderprogrammen, die ausschließlich die Bereitstellung von Familienplanungsleistungen zum Inhalt hatten. Nicht nur, daß Beratung und medizinische Betreuung vernachlässigt wurden, gleichzeitig wurde eine parallele Infrastruktur zu bestehenden Gesundheitsdiensten aufgebaut.¹⁰⁸

Für die betroffenen Frauen haben die Gesundheitsrisiken und das Mißbrauchspotential verschiedener Kontrazeptiva¹⁰⁹ die Konsequenz, daß sie mögliche Gefahren von Verhütungsmitteln gegenüber Risiken und Konsequenzen einer Schwangerschaft und Geburt abwägen müssen. Die hohe Müttersterblichkeit von 585.000 Frauen pro Jahr findet überwiegend in Entwicklungsländern statt. Eine Ursache für die hohe Müttersterblichkeit ist in den häufig vorkommenden Risikoschwangerschaften zu sehen: die erste Schwangerschaft erfolgt zu früh, meist noch im Wachstumsstadium von Mädchen; die zeitlichen Abstände zwischen zwei Geburten sind zu gering; Schwangerschaft erfolgt in zu hohem Alter. Verstärkt werden diese zeitlichen Faktoren einer Risikoschwangerschaft durch einen schlechten Gesundheitszustand, der durch Unterernährung und mangelnde Gesundheitsversorgung hervorgerufen wird. Durch einen verbesserten Zugang zu Familienplanungsmethoden könnten 25 % oder mehr der Müttersterblichkeit verhindert werden.¹¹⁰

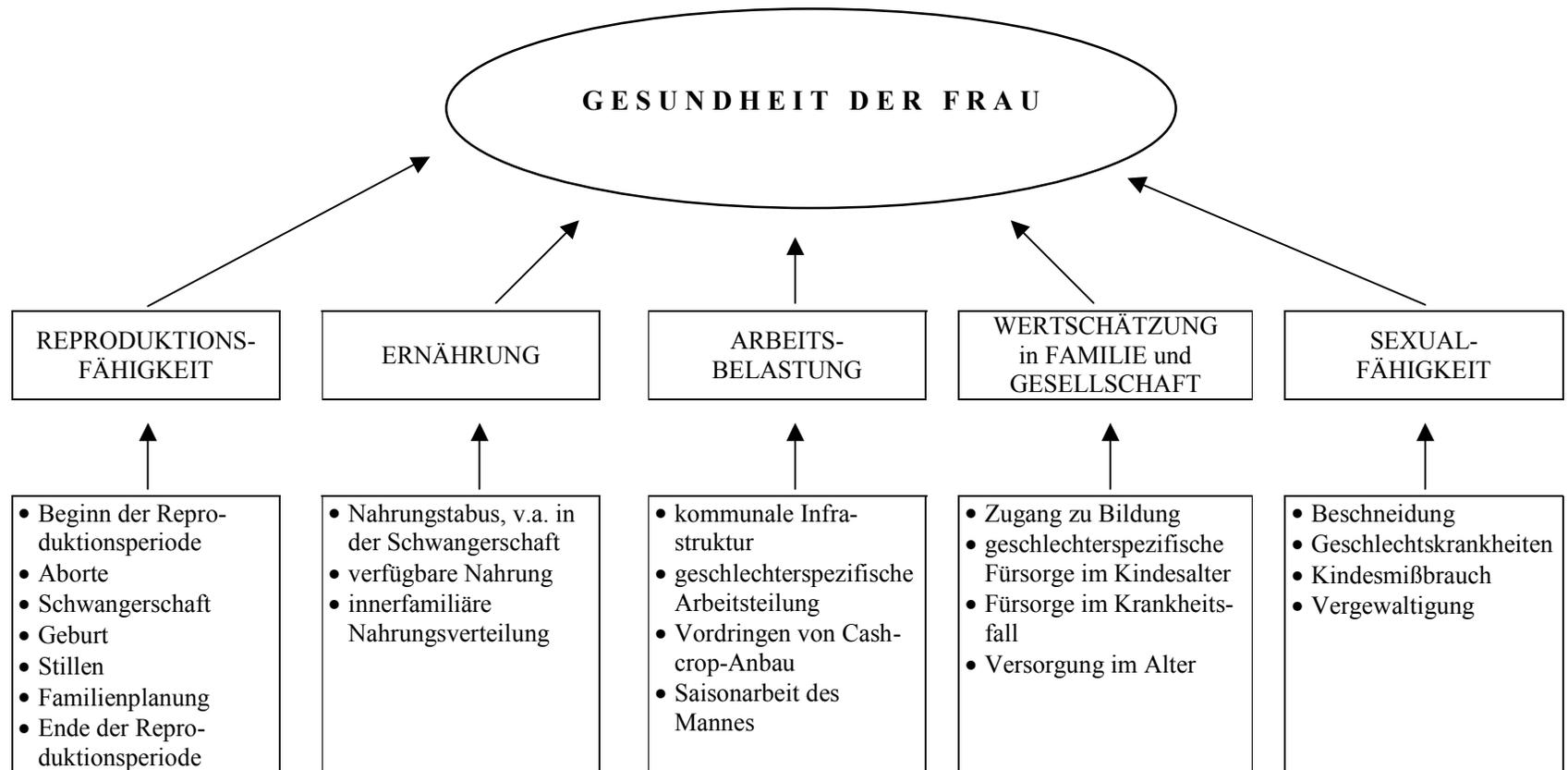
¹⁰⁸ Zu den Problemen des Aufbaus paralleler Infrastrukturen wird in Kapitel 6.1 u. 6.2 näher eingegangen. Die begangenen Fehler werden mittlerweile auch von Geberorganisationen eingestanden, so beziehen sich diese Aussagen über die Erfahrungen in den 70er und 80er Jahren auf einen Vortrag von Ministerialdirektor Prof. Dr. Bohnet, zuständig im BMZ u.a. für Programme der Reproduktiven Gesundheit, den er auf einer Fachtagung mit dem Thema „Chancen und Hindernisse einer erfolgreichen Bevölkerungspolitik“, veranstaltet von der Konrad Adenauer Stiftung in Zusammenarbeit mit der Deutschen Stiftung Weltbevölkerung, am 13.11.1998 in Sankt Augustin gehalten hat. Thema des Vortrags von Prof. Bohnet: Möglichkeiten und Grenzen der bevölkerungspolitischen Zusammenarbeit.

¹⁰⁹ Auf Gesundheitsrisiken und Mißbrauchspotential einzelner Verhütungsmittel wird in Kapitel 4.2. näher eingegangen.

¹¹⁰ Vgl. DGVN (1991): Weltbevölkerungsbericht 1991. Freie Entscheidung oder Schicksal? Bonn. S. 15.

Die reproduktive Gesundheit, auch die Gesundheit der Fortpflanzung genannt, ist nur ein Teil der Gesundheit von Frauen. Sollen Frauen nicht nur auf diese eine biologische Funktion hin betrachtet werden, so ist es angebracht, das Gesamtbild der Einflußfaktoren, welche ausschlaggebend für die Gesundheit von Frauen und Mädchen sind, zu betrachten (Schaubild 8). Solch eine Betrachtungsweise verhindert gleichzeitig eine Reduzierung der Frauen auf ihre biologische Andersartigkeit gegenüber Männern. Weiterhin wird deutlich, daß eine rein medizinische Betrachtungs- und Vorgehensweise nicht ausreichen wird, um die Gesundheit der Frau langfristig zu verbessern.

Schaubild 8 - Einflußfaktoren auf die Gesundheit von Frauen und Mädchen¹¹¹



¹¹¹ Schaubild wurde übernommen und in der Darstellung leicht verändert aus: R. Görden: Frauen und Gesundheit, S. 148-163, in Diesfeld et al (1996): a.a.O. S. 157.

Neben den Gesundheitsbedürfnissen von Frauen wird im Aktionsprogramm der Bevölkerungskonferenz von Kairo erneut auf die „Gleichberechtigung der Geschlechter, Gleichstellung und Ermächtigung der Frau“ eingegangen.¹¹² Die Forderung reiht sich nahtlos ein in die Empfehlungsliste vergangener Konferenzen und Resolutionen. Im Bericht der Südkommission wurde der politische Wille zur Umsetzung solcher Programme angemahnt: „Entwicklungspolitik, die Gleichberechtigung und volle Partizipation in der Gesellschaft gewährleisten soll, muß der Verbesserung des sozialen und wirtschaftlichen Status von Frauen Vorrang geben. [...] Die Mobilisierung der Frauen als gleichberechtigte Partner in allen Entwicklungsprozessen muß deshalb für Politiker Vorrang haben. Wie sie zu erreichen ist, haben die UN-Konferenzen¹¹³ in Mexico-City (1975), Kopenhagen (1980) und Nairobi (1985) in ihren Empfehlungen formuliert. Dort wurden im internationalen Konsens gezielte Maßnahmen vorgeschlagen, insbesondere in der 1985 in Nairobi verabschiedeten „Forward Looking Strategy“ und in vielen nationalen Dokumenten. Jetzt ist es allerdings zwingend notwendig, diesen Konsens in Taten umzusetzen.“¹¹⁴

Die Erfahrungen zurückliegender Entwicklungsdekaden belegen, daß es nicht ausreicht, „... Mittel bereitzustellen und Programmziele zu formulieren. Man braucht auch Instrumente und Mechanismen, die auf die Geschlechterdimension der Entwicklungsarbeit reagieren können.“¹¹⁵ Im Bereich der Familienplanung bedeutet dies vor allem auch Kenntnisse über die Einstellung und das Verhalten von Männern gegenüber Familienplanung. Bisher erfolgte eine einseitige Ausrichtung von Familienplanungsprogrammen auf Frauen als Zielgruppe. In der Entwicklungszusammenarbeit fand bisher eine Vernachlässigung von Männern als Zielgruppe für Familienplanungsprojekte statt.¹¹⁶

Riedlberger belegt in ihrer Studie, daß Familienplanungsprogramme dann erfolgreich sind, wenn Männer in Maßnahmen integriert werden, die zu einer wirtschaftlichen, sozialen und rechtlichen Gleichstellung der Frau beitragen. Im

¹¹² Vgl. DGVN (1994c), S. 24 ff.

¹¹³ Es handelt sich hier jeweils um Weltfrauenkonferenzen.

¹¹⁴ Stiftung Entwicklung und Frieden (1991), S. 195 f.

¹¹⁵ Ebd. S. 197.

¹¹⁶ Vgl. Riedlberger, I. (1993): Einstellung von Männern zur Familienplanung und Möglichkeiten ihrer stärkeren Einbeziehung in Familienplanungsprogramme. Forschungsberichte des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit. Band 108. Köln. S. 11.

Gegensatz zu den Frauen scheint der Einfluß von Bildung bei Männern keine entscheidende Rolle auf das Fruchtbarkeitsverhalten zu haben.¹¹⁷ Die Beziehung zwischen Bildung und sinkender Fruchtbarkeit bei Frauen ist mittlerweile gut dokumentiert und belegt eindeutig: je höher die Bildung der Frau, desto niedriger die Kinderanzahl in der Familie.¹¹⁸ Der Gesundheitszustand von Frauen ist durch die Mehrfachbelastung im Haushalt und durch die Erziehung der Kinder sowie durch ihre niedrige Stellung in der Gesellschaft in vielen Entwicklungsländern schlechter als die der Männer. Der schlechte Gesundheitszustand erhöht die Gefahr einer Risikoschwangerschaft und trägt zur hohen Müttersterblichkeit bei. Durch die Einbindung von Familienplanungsprogrammen in den Gesundheitsdienst kann die Gesundheitsversorgung der Frauen verbessert werden.

Die Herausforderung für das Konzept der reproduktiven Gesundheit besteht in der Gesamtheit und Komplexität der Maßnahmen und Zielsetzungen. Genau diese Komplexität impliziert bereits, daß auf eine bestehende Infrastruktur zurückgegriffen werden muß. Das Konzept der primären Gesundheitsfürsorge bietet hierfür die entsprechenden Rahmenbedingungen. Es ist eine gesundheitsorientierte Entwicklungsstrategie mit der Möglichkeit, vom Gesundheitssektor aus weiterreichende Maßnahmen einzuleiten.¹¹⁹ Bevor näher auf mögliche Entwicklungsstrategien eingegangen wird, soll zunächst die Bedeutung von Verhütungsmethoden auf die reproduktive Gesundheit und das Bevölkerungswachstum hervorgehoben werden. Was sind die Vorteile einzelner Kontrazeptiva und welche Risiken bestehen bei der Anwendung?

¹¹⁷ Vgl. Riedlberger, I. (1993), S. 33-37.

¹¹⁸ Vgl. DGVN (1991) a.a.O., S. 18 ff.

¹¹⁹ Auf die Einbindung des Konzeptes der reproduktiven Gesundheit in eine Strategie der primären Gesundheitspflege wird in Kapitel 6.2 eingegangen.

4.2 Reproduktive Gesundheit und Verhütungsmethoden

Ein Blick zurück in die Geschichte der Menschheit zeigt, daß Methoden der Empfängnisverhütung schon immer angewendet wurden. Eine der ältesten Aufzeichnungen über Verhütungsmittel wurde auf einer ägyptischen Papyrusrolle entdeckt und auf das Jahr 1850 vor Christus datiert. Es handelt sich um eine Beschreibung der Herstellung verschiedener Vaginalpasten.¹²⁰ Erste Formen von Kondomen wurden von den Römern entwickelt - als Material verwendeten sie Ziegenblasen.¹²¹ Das Wissen über Verhütungsmittel war zwar schon recht früh verbreitet, die Kenntnis und den Zugang zu Verhütungsmethoden hatten jedoch überwiegend nur die Privilegierten und Reichen der damaligen Gesellschaften. Nach Europa gelangte das Wissen über Verhütungsmethoden u.a. durch die Ausbreitung des Islams.¹²² Es ist davon auszugehen, daß im Mittelalter und in der Renaissance das Wissen über Verhütungsmethoden durch Überlieferungen von Griechen, Römern und Arabern auch „europäischen“ Ärzten bekannt war. Zu dieser Zeit waren die Wissenschaften, einschließlich der Medizin, jedoch durch die katholische Kirche und ihre Wertvorstellungen geprägt und dominiert.¹²³ Die Diskussion in der Neuzeit ist durch die *'democratization of birth control'* gekennzeichnet. Hierunter ist der Zugang größerer Bevölkerungsteile (Arme und Reiche, des Lesens und Schreibens Kundige wie auch Analphabeten) zu Verhütungsmethoden zu verstehen. Die Forderung, für einen verbesserten Zugang zu Familienplanungsmethoden zu sorgen, basiert auf

- der Gesundheit und dem Wohlergehen des Individuums und auf
- den Folgen des hohen Bevölkerungswachstums.¹²⁴

Die erhöhte Verfügbarkeit von wirksamen Verhütungsmethoden hat in den letzten zwei Jahrzehnten erheblich dazu beigetragen, daß Frauen weniger Kinder gebären und es so zu einem Rückgang des Bevölkerungswachstums kam.¹²⁵

¹²⁰ Vgl. A. Rosenfield et al, Hrsg. (1989): The FIGO manual of human reproduction. Vol. 2. Family planning. New York. S.11 ff. An gleicher Stelle wird eine Übersicht über die Benutzung von Kontrazeptiva in verschiedenen Zeitepochen gegeben.

¹²¹ Ebd.

¹²² Ebd.

¹²³ Vgl. Rosenfield et al (1990), S. 13.

¹²⁴ Ebd., S. 14.

Der Zusammenhang zwischen der Verfügbarkeit von Kontrazeptiva und der Verhütungsmittelbenutzerquote wurde in zahlreichen Studien dargestellt. Je höher die Anzahl der zur Verfügung stehenden Kontrazeptiva, desto höher ist die Anzahl der Frauen, die eine Methode anwenden.¹²⁶

Die Vorteile einer erhöhter Nutzung von Kontrazeptiva wirken sich auf verschiedenen Ebenen aus.¹²⁷ Für die Frau wird die Möglichkeit einer ungewollten Schwangerschaft vermindert und die Nachfrage nach einer Schwangerschaftsunterbrechung verringert. Erfahrungen aus Industrieländern belegen, daß eine weite Verbreitung von Verhütungsmitteln und deren Anwendung mit einhergehender Aufklärung der Bevölkerung zu einem starken Rückgang von Schwangerschaftsabbrüchen geführt hat.¹²⁸ Verhütung bedeutet für Frauen, die gesundheitlichen Risiken einer Schwangerschaft und der Geburt zu vermindern. Der Schutz einiger Verhütungsmethoden vor sexuell übertragbaren Krankheiten ist ein weiterer Vorteil auf individueller Ebene. Auf der Ebene der Familie ergeben sich zwei wesentliche Vorteile. Zum einem kann die Gesundheit von Kindern verbessert werden, wenn die Mütter die Möglichkeit haben, die Zeitabstände zwischen zwei Schwangerschaften zu vergrößern. Die Kindersterblichkeit ist geringer, wenn mindesten zwei Jahre zwischen zwei Geburten liegen.¹²⁹ Der zweite Vorteil für die Familie besteht darin, daß Frauen durch weniger Schwangerschaften eher die Möglichkeit haben, auch außerhalb des Haushaltes zu arbeiten und damit zu einem höheren Familieneinkommen beitragen können. Letztendlich trägt eine erhöhte Anwendung von Verhütungsmitteln dazu bei, daß sich das Bevölkerungswachstum einer Gesellschaft verringert, was positive Auswirkungen auf die soziale und ökonomische Situation eines Landes haben kann.

In dem Weltbevölkerungsbericht von 1998 wird die Verhütungsmittelbenutzerquote für sämtliche Verhütungsmittel (traditionelle und moderne Methoden) in Entwicklungsländern mit 53 Prozent angegeben. Diese Angaben

¹²⁵ Vgl. u.a. DGVN (1998a), Münz/Ulrich (1994).

¹²⁶ Vgl. WHO, Division of Family Health (1995) und Münz/Ulrich (1994).

¹²⁷ Zu den Vorteilen s. L. Mastroianni, Jr. et al (1990): Developing new contraceptives. obstacles and opportunities. Washington. S. 12 ff.

¹²⁸ Vgl. G. Benagiano u. A. Pera: Decreasing Abortion: The Potential and the Constraints, in Rabe/Runnebaum (1999): Fertility Control – Updates and Trends. Berlin, Heidelberg, New York. S. 15-27.

¹²⁹ Vgl. L. Mastroianni, Jr. et al (1990) a.a.O., S. 24

beziehen sich auf Frauen zwischen 15 und 49 Jahren.¹³⁰ In Industrieländern beträgt die Rate 70 Prozent. Die regionalen Unterschiede sind jedoch erheblich. Für den afrikanischen Kontinent beträgt die Verhütungsmittelbenutzerquote nur 19 Prozent für sämtliche Methoden. In Asien sind es hingegen 59 Prozent, in Lateinamerika und der Karibik 60 Prozent. Sterilisation ist mit 40 % nach wie vor die weltweit am häufigsten angewandte Verhütungsmethode.¹³¹ Etwa 20 % benutzen Intrauterinpressare, um eine Schwangerschaft zu verhindern. Weitere Verhütungsmethoden sind die Pille, Kondome, Diaphragmen, Spermizide, injizierbare Kontrazeptiva, Implantate, periodische Abstinenz und der Coitus interruptus.¹³²

Im Aktionsprogramm der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung wurde die Anzahl der Paare ohne Zugang zu dem gesamten Spektrum moderner Verhütungsmethoden auf 350 Millionen geschätzt. Diese Zahl schließt noch nicht die Anzahl sexuell aktiver Unverheirateter mit ein.¹³³ Jährlich sterben mehr als 585.000 Frauen an den Folgen einer Schwangerschaft. 200.000 Fälle von Müttersterblichkeit sind auf fehlende Familienplanungsdienste oder auf deren Versagen zurückzuführen.¹³⁴

Bei der Bewertung der Zuverlässigkeit verschiedener Kontrazeptiva und der damit verbundenen gesundheitlichen Risiken ist zu beachten, daß in verschiedenen Gesellschaften und auch für jede(n) Einzelne(n) die Auswirkungen und das Risiko-Nutzen-Verhältnis der Methoden unterschiedlich sein können.¹³⁵ Dem Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten durch bestimmte Verhütungsmittel kommt seit dem Auftauchen von AIDS (acquired immune deficiency syndrome) verstärkte Bedeutung zu.

¹³⁰ Die Daten beziehen sich auf verheiratete und in einer dauerhaft nicht-ehelichen Gemeinschaft lebenden Frauen. Die Zahlen sind laut Weltbevölkerungsbericht 1998 nicht vollständig unter den einzelnen Ländern vergleichbar. Der Grund liegt in zum Teil abweichenden Altersgruppen. Vgl. DGVN (1998a), S. 76.

¹³¹ DGVN (1998a) a.a.O. Statistischer Anhang.

¹³² DGVN (1997) a.a.O. S. 35.

¹³³ Kap. VII, B, Art. 7.13. in: DGVN (1994c) a.a.O. S. 50.

¹³⁴ DGVN (1997) a.a.O. S.35

¹³⁵ Vgl. A. Rosenfield et al, Hrsg. (1989): The FIGO manual of human reproduction. Vol. 3. Reproductive Health. Global issues. New York. S. 44-63. Zu den gesundheitlichen Risiken vgl. auch: A.E. Pollack: Male and Female Sterilization: long-term health consequences, in: PATH, Hrsg. (1993): Outlook. Vol. 11. No. 1. S. 1-8. Graham, W.J. / Campbell, O.M.R. (1991): Partnership for safe motherhood. Measuring maternal health: defining the issues. Maternal and Child Epidemiology Unit publication. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Die unsachgemäße Weitergabe von Verhütungsmitteln bzw. fehlende Aufklärung über die Nebenwirkungen einzelner Verhütungsmittel ist oft Gegenstand von Kritik in bezug auf moderne Verhütungsmethoden. Die Kritik an Verhütungsmethoden richtet sich im wesentlichen auf die neuen hormonellen Kontrazeptiva.¹³⁶ Der Verlust der Kontrolle über die eigene Fruchtbarkeit wird besonders von feministischen Gruppen immer wieder als Nachteil der Hormonpräparate genannt. Die Möglichkeit für Frauen, die Wirkung der einzelnen Mittel selbständig zu beenden, ist bei folgenden Mitteln nicht gegeben: bei Intra-Uterin-Pessaren (z. B. Kupfer-T, mit Hormonen gefüllte Pessare) werden neben ausgebildetem Personal sterile Handschuhe und Instrumente für eine gynäkologische Untersuchung benötigt, um das Pessar wieder zu entfernen. Bei implantierbaren Hormondepots (z.B. Norplant) sind neben ärztlichem Personal zusätzlich Lokalanaesthetika und Operationsbesteck erforderlich, um die mit dem Hormon Levonogestrel gefüllten Kapseln aus dem Oberarm wieder zu entfernen. Die injizierbaren Verhütungsmittel wie NET-EN und DEPO PROVERA bieten überhaupt keine Möglichkeit, ihre Wirksamkeit frühzeitig zu beenden. Die Frauen müssen bei diesen Mitteln warten, bis die Wirkung nachläßt.¹³⁷

Seit Beginn der 70er Jahre wird verstärkt im Bereich immunologischer Kontrazeptiva geforscht.¹³⁸ Es wird nach einem „Impfstoff gegen Schwangerschaft“ gesucht. Die neuen immunologischen Verhütungsmittel, von denen 1993 zwei Prototypen in klinischen Versuchen an Frauen getestet wurden, werden als Durchbruch in der Verhütungsmittelforschung betrachtet. Mittlerweile gibt es eine internationale Kampagne, die sich gegen die Forschung im Bereich immunologischer Verhütungsmitteln wendet. Koordiniert wird diese Kampagne von der niederländischen Nichtregierungsorganisation „Women’s Global Network

¹³⁶ Auf die Kritik der katholischen Kirche bzw. des Vatikans, die noch weitgehender ist, wird hier nicht eingegangen. Die Einstellung der katholischen Kirche gegenüber Verhütungsmethoden wird in Kap. 5.2. am Beispiel der Philippinen untersucht.

¹³⁷ Vgl. Helga Satzinger: Kontrolle der Fruchtbarkeit der Frau - Neues für die 90er Jahre? In: BUKO Pharma-Kampagne / medico international, Hrsg. (1990): Pillen heilen keine Armut. Gesundheit und Arzneimittel in der Dritten Welt. Bielefeld/Frankfurt. S. 35-38.

¹³⁸ 1993 wurde an fünf großen Instituten an der Entwicklung immunologischer Verhütungsmittel geforscht. Die Bundesregierung ist als Geldgeber an dem Programm der WHO-HRP (Human Reproduction Programme) beteiligt. Innerhalb des HRP wurde ein Sonderforschungsprogramm „Impfstoffe zur Regulierung der Fruchtbarkeit“ eingerichtet. Vgl. BUKO Pharma-Kampagne / HAI Hrsg. (1993): Judith Richter: Impfung gegen Schwangerschaft: Traum der Forscher - Alptraum für Frauen? Bielefeld. S. 14. An dieser Stelle sind auch die Namen anderer Institute aufgeführt, die an der Entwicklung immunologischer Verhütungsmittel arbeiten.

for Reproductive Rights“ in Amsterdam. Bislang ist es ihr gelungen, mehr als 475 Gruppen und Organisationen aus 41 Ländern in ihrem Kampf gegen die Erforschung immunologischer Kontrazeptiva zu unterstützen. Die kanadische Regierung hat 1998 beschlossen, die Forschung an dieser Form von Kontrazeptiva in Indien nicht mehr zu unterstützen.¹³⁹

Auf die moralischen und ethischen Probleme, die immunologische Verhütungsmittel mit sich bringen, wird an dieser Stelle nicht näher eingegangen. Vielmehr sollen vor dem Hintergrund bereits durchgeführter Zwangsmaßnahmen im Rahmen von Familienplanungsprogrammen in Indien und China die politischen und sozialen Aspekte sowie das Mißbrauchspotential verschiedener Kontrazeptiva kurz diskutiert werden.

Der chinesischen Regierung ist es auf Grund seiner 1-Kind-Familienpolitik gelungen, die Fruchtbarkeitsrate der Bevölkerung zu senken. Das Recht des Individuums auf eigene freie Entscheidung wurde dabei jedoch aufs Sträflichste gebrochen. Die Folgen dieser Politik werden jetzt allmählich sichtbar. Eine Generation von Einzelkindern und Egoisten wird großgezogen.¹⁴⁰

In Indien wurde in den 70er Jahren ca. 8 Mio. Männer zwangssterilisiert, was zu Aufruhr und letztendlich auch zum Sturz der Regierung von Indira Gandhi führte. In den 80er Jahren wurden Frauen wieder verstärkt Zielgruppe von Sterilisationskampagnen. Zwischen 1980 und 1985 wurden in Indien 17 Mio. Frauen sterilisiert.¹⁴¹

Eine Übersicht über das Mißbrauchspotential verschiedener Kontrazeptiva gibt folgende Tabelle.

¹³⁹ Women's Global Network for Reproductive Rights (1998): International Campaign Update June 1998. Amsterdam. Einen Überblick über die Kampagne bietet: International Campaign against Population Control and Abusive, Hazardous Contraceptives (1996): Resistance on the Rice. Report on International Action Meeting on Anti-Fertility-, Vaccines“, June 1-5, 1995. Ottawa. Canada.

¹⁴⁰ Vgl. B. Böcker / I. Simson (1989): Chinas kleine Sonnen. Ein-Kind-Familienpolitik. Münster. S. 90-93. An gleicher Stelle wird auch ausgeführt, warum die Ein-Kind-Familienpolitik auf dem Land nicht funktioniert. R. Whelan (1992): Choices in childbearing. When does family planning become population control? London. S. 30-35.

¹⁴¹ Vgl. Whelan (1992): Choices in childbearing. When does family planning become population control. London. S. 28 f. ASW (1989), S. 8 f.

Tabelle 4: Das Mißbrauchspotential verschiedener Kontrazeptiva¹⁴²

Verhütungsmittel	Dauer der Wirkung	Kann es jederzeit abgesetzt werden?	Darreichungsform/ Verabreichung	Mißbrauchspotential
Barriere- methoden	während des Geschlechts- verkehrs	können jederzeit abgesetzt werden	Kondom, Diaphragma, Portiokappe (incl. Spermizide)	keines
Orale hormo- nelle Kontra- zeptiva	ein Tag	können jederzeit abgesetzt werden	oral	gering
Injizierbare hormonelle Kontrazeptiva	1, 2 oder 3 Monate ^a	das Abklingen der Wirkung muß abgewartet werden	oral	mittelhoch
Vaginalringe mit Hormonen ^b	3 oder 6 Monate	können jederzeit selbst entfernt werden	vaginale Freisetzung von Hormonen	gering
Hormonelle Implantate ^c	5 Jahre	können jederzeit entfernt werden, aber nur von entsprechend ausgeb. medizinischem Personal	sechs Stäbchen unter der Haut. Kleiner chirurgischer Eingriff für Einpflanzen und Entfernen	hoch
Spiralen	1 bis 8 Jahre	Kann jederzeit entfernt werden, aber nur von entsprechend ausge- bildetem med. Personal ^d	intra-uterine Vorrichtung, wird durch den Muttermund eingeführt und entfernt	hoch
Immuno- logische Ver- hütungsmittel ^b	möglicher- weise 1 Jahr bis lebenslang	Absinken der Wirkung unter den Schwellenwert muß abgewartet werden	Injektion, evtl. oral	sehr hoch

^a Fruchtbarkeit kann sich erst verzögert wieder einstellen

^b Befinden sich in der Entwicklung

^c In Deutschland nicht zugelassen

^d Im Notfall kann eine Frau sie selbst entfernen

Das Mißbrauchspotential verschiedener Kontrazeptiva wird bestimmt durch:

- a) die Dauer der Wirkung
- b) die Möglichkeit / Unmöglichkeit, die Verhütungsmittel selbst abzusetzen
- c) die Art der Verabreichung oder die Darreichungsform

Aus der Tabelle wird ersichtlich, daß jedes langwirkende Verhütungsmittel, das nicht selbst durch die Frau abgesetzt werden kann, die Möglichkeit zu Mißbrauch bietet,¹⁴³ und zwar Mißbrauch in dem Sinne, daß Frauen, haben sie sich erst einmal für ein solches Kontrazeptivum entschieden, die Kontrolle über ihre Fruchtbarkeit genommen wird. So lange sich die Frau frei bzw. zusammen mit ihrem Partner und ohne äußeren Zwang für eines der Kontrazeptiva entschieden hat, ist die Gefahr des Mißbrauchs gering und liegt in der Verantwortung der Frau bzw. des Paares.

¹⁴² Tabelle ist entnommen aus BUKO Pharma-Kampagne / HAI (1993), S. 44.

¹⁴³ Vgl. ebd. S. 43-50.

Die freie Entscheidung einer Frau für ein bestimmtes Kontrazeptivum kann dadurch beeinflusst werden, daß keine ausreichende Auswahl an Verhütungsmitteln besteht. Die Auswahl an Verhütungsmitteln beinhaltet neben der Aufklärung über Wirkung, Dauer und Nebenwirkungen der jeweiligen Mittel auch die Gewährleistung einer medizinischen Betreuung bei Auftreten von gesundheitlichen Problemen. Die medizinische Betreuung stellt sich besonders in Entwicklungsländern als äußerst schwierig dar, da eine ausreichende Gesundheitsversorgung, besonders in ländlichen Gebieten, oft nicht gewährleistet ist und die Bezahlung einer ärztlichen Untersuchung vom Großteil der armen Bevölkerung nicht erbracht werden kann. Zwangsmaßnahmen, wie sie in Indien und China durchgeführt wurden, oder auch das Erkaufen der Zustimmung zur Benutzung einer Verhütungsmethode haben in der Vergangenheit zur Kritik an Familienplanungsprogrammen und an Verhütungsmitteln beigetragen.¹⁴⁴

Gegen immunologische Verhütungsmittel (Impfstoff gegen Schwangerschaft) gibt es bereits in der Forschungsphase erhebliche Bedenken. Die Gefahr des Mißbrauchs ist bei diesem Mittel besonders groß.

„We must now act decisively and bring down the birth rate speedily. We should not hesitate to take steps which might be described as drastic. Some personal rights have to be kept in abeyance for the human rights of the nation.“ Dieses Zitat stammt von der indischen Regierungschefin Indira Gandhi aus dem Jahr 1976 und zeigt die Entschlossenheit der indischen Regierung, die Geburtenrate um beinahe jeden Preis zu senken.¹⁴⁵ Zu diesem Zeitpunkt war die Forschung noch nicht so weit, daß erste Versuchsreihen mit dem neuen „Impfstoff gegen Schwangerschaft“ an Frauen durchgeführt werden konnte. Man stelle sich die Situation vor, die indische Regierung hätte bereits 1976 über ein immunologisches Verhütungsmittel verfügt. Die damalige Entschlossenheit, die Geburtenzahl - auch unter Verletzung der Menschenrechte - zu senken, hätte dazu führen können, daß die Benutzung immunologischer Verhütungsmittel den gleichen Stellenwert erhalten hätte wie z. B. eine Impfung gegen Tetanus oder Pocken. Eine strikte Trennung zwischen einer Impfung gegen eine Krankheit und der Auto-Immunsierung gegen körpereigene Stoffe (immunologische Verhütungsmittel) ist

¹⁴⁴ Vgl. Jürgen Heinrichs (1991): Die Zustimmung erkaufen: Prämien, Anreize, Strafen, in ders. Hrsg. (1991): Familienplanung international. Braunschweig. S. 92 f.

¹⁴⁵ Das Zitat ist aufgeführt in: Whelan (1992), S. 28.

von großer Bedeutung, da es sonst sehr leicht zu Verwechslungen und zu Mißtrauen in der Bevölkerung gegenüber Impfungen kommen kann. Dies hätte verheerende Konsequenzen, und die Ausbreitung von neuen Epidemien könnte die Folge sein.¹⁴⁶

Die Entscheidungsfreiheit von Frauen in bezug auf die Wahl der Verhütungsmittel ist nicht nur durch medizinische (Verträglichkeit und Risiken verschiedener Kontrazeptiva), ökonomische (z.B. Bezahlbarkeit der Kontrazeptiva), kulturelle und soziale Faktoren („Pflicht einer Frau, einen Sohn zu gebären“ – besonders in Indien verbreitet) beeinflusst. Die Beispiele aus Indien und China zeigen, daß der Konflikt auch zwischen den Interessen des Staates (Verminderung der Gesamtfruchtbarkeitsraten) und den reproduktiven Gesundheitsrechten der Frauen ausgetragen wird.¹⁴⁷ Die hier aufgeführten Faktoren über Risiken und Mißbrauchspotential von Verhütungsmittel konkurrieren bei der Entscheidung von Paaren für eine Verhütungsmethode mit den zu Beginn dieses Kapitels genannten Vorteile von Verhütungsmethoden (Verminderung von gesundheitlichen Risiken einer Schwangerschaft sowie Schwangerschaftsabbrüchen und ungewollten Schwangerschaften, teilweiser Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten, Verringerung der Kindersterblichkeit durch größere zeitliche Abstände zwischen zwei Geburten, Rolle der Frau ist nicht auf die der Mutter begrenzt, Verringerung des Bevölkerungswachstums)

Die Diskussion um das Mißbrauchspotential von Kontrazeptiva und die Erforschung neuer immunologischer Verhütungsmittel wird bei Schilderungen von Ursachen und Folgen des Bevölkerungswachstums oft vernachlässigt. Für Frauen stehen Fragen nach Darreichungsform, Dauer der Wirkung, „Anwendungsfreundlichkeit“ und Nebenwirkungen von Kontrazeptiva jedoch am Beginn ihrer Entscheidung, ein Verhütungsmittel anzuwenden. Eine radikale Kritik an der Erforschung neuer Verhütungsmethoden scheint ebenso unangebracht wie die Verneinung bestehender Gefahren und Risiken von einzelnen

¹⁴⁶ Vgl. BUKO Pharma-Kampagne / HAI (1993), S. 46. In Indien finden heute bereits klinische Versuche mit einem immunologischen Verhütungsmittel statt. Durch Gerüchte von „sterilisierenden Impfungen“ ist es bereits in manchen Teilen Indiens dazu gekommen, daß Menschen Impfungen gegen Krankheiten verweigert haben. Ebd.

¹⁴⁷ Vgl. Freedman, L.P. / Isaacs, S.L. (1993): Human Rights and Reproductive Choice, in: *Studies in Family Planning* (1993), Vol. 24, no. 1. S. 18-30. Ein guter Überblick über die Situation in weiteren Ländern findet sich bei: Ginsburg, F.D. / Rapp, R. Hrsg. (1995): *Conceiving the new world order. The global politics of reproduction*. Berkeley and Los Angeles.

Verhütungsmitteln. Die Risiken und Vorteile von Kontrazeptiva müssen von Frauen und Männern jeweils individuell bewertet werden. Neue Kontrazeptiva sollten dazu dienen, die reproduktive Gesundheit von Frauen und Männern zu verbessern. Besonders in Entwicklungsländern ist es auf Grund mangelnder medizinischer Versorgung wichtig, neue Verhütungsmethoden zu entwickeln, die weniger Nebenwirkungen aufweisen und benutzerfreundlicher sind als bestehende Methoden. Dies kann dazu führen, daß Frauen und Männer, die bislang nicht verhüten, zu Anwendern neuer Kontrazeptiva werden, wenn diese nicht mehr die vorherigen Einschränkungen und Nebenwirkungen der derzeit gängigen Kontrazeptiva haben. Weiterhin sollten existierende Kontrazeptiva fortentwickelt werden. Die Pille, deren Konsistenz mittlerweile mehrfach angepasst und verbessert wurde, ist hierfür ein gutes Beispiel. Die Weiterentwicklung hat nicht nur die Zuverlässigkeit erhöht und Nebenwirkungen gemindert sondern auch zur erhöhten Anwendung beigetragen.¹⁴⁸

Die Diskussion über Vorteile und Risiken von Verhütungsmitteln darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß die tiefer liegenden Ursachen von Bevölkerungswachstum, wie sie in den vorhergehenden Kapiteln geschildert wurden, auch durch neue Kontrazeptiva nicht beseitigt werden können. Das Bevölkerungswachstum in Entwicklungsländern ist durch ein komplexes Geflecht aus sozialen, ökonomischen und kulturellen Faktoren geprägt. Soll das Bevölkerungswachstum eingegrenzt werden, so müssen sowohl auf individueller Ebene Veränderungen stattfinden, wie auch die ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen gegeben sein müssen. In den folgenden zwei Kapiteln werden Entwicklungsstrategien aufgezeigt, die eine starke Partizipation der Bevölkerung an der Verbesserung ihrer Lebenssituation beinhalten und dadurch die nötigen Rahmenbedingungen schaffen, um das Bevölkerungswachstum langfristig vermindern zu können.

¹⁴⁸ Über die Zuverlässigkeit und Weiterentwicklung von Kontrazeptiva gibt es zahlreiche Publikationen. Es sei hier nur auf zwei verwiesen: Hatcher, R.A. et al (1997): *The Essentials of Contraceptive Technology*. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program. Hatcher, R.A. et al (1998): *Contraceptive Technology*. Seventeenth Revised Edition. New York City, NY, USA.