

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. wirtschaftl.
Zusammenarbeit u. Entwicklung

Ausschussdrucksache

19(19)136 a

Öffentliche Anhörung 12.12.2018

5. Dezember 2018

Öffentliche Anhörung

„Stärkung der Rechte der Frauen –

Freiwillige Familienplanung in Subsahara-Afrika“

des Ausschusses für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (AwZ)

am 12. Dezember 2018

Schriftliche Stellungnahme

Sachverständige: Katrin Erlingsen, Leiterin Politische Arbeit Deutschland, Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW)

Kontakt: katrin.erlingsen@dsw.org, 030-2400069-12

Wer ist die Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW)?

Die DSW ist eine international tätige Entwicklungsorganisation. Die Stiftung wurde 1991 mit dem Ziel gegründet, zur Umsetzung des Menschenrechts auf Familienplanung und zu einer zukunftsfähigen Bevölkerungsentwicklung beizutragen. Jugendliche sind daher unsere wichtigste Zielgruppe. Denn ob, wann und wie viele Kinder sie bekommen werden, trägt entscheidend dazu bei, wie viele Menschen in Zukunft auf der Erde leben und wie sie leben werden.

Insbesondere in Afrika südlich der Sahara ist es für die Umsetzung der Sustainable Development Goals (SDGs) von zentraler Bedeutung, der größten Jugendgeneration aller Zeiten ein selbstbestimmtes, gesundes und produktives Leben zu ermöglichen. Die DSW engagiert sich daher besonders für die Belange von Jugendlichen in den Bereichen Gesundheit (SDG 3) und Gleichstellung der Geschlechter (SDG 5). Durch unsere Projekte erhalten sie umfassende Sexualaufklärung, eine bessere Gesundheitsversorgung und Weiterbildungsmöglichkeiten. Gleichzeitig lernen die Jugendlichen, für ihre Rechte einzutreten. Mit unserer politischen Arbeit setzen wir uns für Themen ein, die oft nicht im Zentrum der entwicklungspolitischen Debatte stehen – oder gar tabuisiert werden: der universelle Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten (SRGR) und zu umfassender Sexualaufklärung.

Neben dem Hauptsitz in Hannover ist die DSW mit Länderbüros in Äthiopien, Kenia und Tansania, einem Partnerbüro in Uganda sowie mit Verbindungsbüros in Berlin und Brüssel vertreten.

Warum setzt sich die DSW für den Zugang von Jugendlichen zu Sexualaufklärung und Verhütungsmitteln ein?

Die DSW hat im Februar 2018 die Studie „**Youth Can! Warum sich Deutschland für eine aufgeklärte und gesunde Jugend in Afrika engagieren sollte**“¹ herausgebracht, auf der die folgenden Aussagen beruhen. Die Studie beleuchtet zum einen, warum es sowohl aus menschenrechtlicher als auch aus ökonomischer Sicht so wichtig ist, dass Jugendliche in Afrika Zugang zu Verhütungsmitteln und umfassender Sexualaufklärung haben. Zum anderen untersucht die Studie das Engagement der Bundesregierung in diesem Bereich und leitet Handlungsempfehlungen für die deutsche Entwicklungspolitik ab.

Dass junge Menschen Sex haben, wird von Eltern, Lehrkräften und Gesundheitspersonal häufig ausgeblendet oder gar stigmatisiert. Umfragen in 35 Ländern Afrikas südlich der Sahara zeigen aber: **Etwa ein Drittel der jungen Männer und beinahe die Hälfte der jungen Frauen zwischen 15 und 19 Jahren hatten bereits mindestens einmal Geschlechtsverkehr.**² Die Folgen sind beträchtlich: Von den 172 Millionen Kindern, die zwischen 2010 und 2015 in Afrika südlich der Sahara geboren wurden, kam laut Angaben der Vereinten Nationen beinahe jedes sechste Kind als Sohn oder Tochter einer Mutter zur Welt, die zum Zeitpunkt der Geburt zwischen 15 und 19 Jahre alt war.³ Für jüngere Mädchen liegen keine Daten vor.

Schwangerschaft und Entbindung sind für Mädchen und junge Frauen mit hohen Risiken verbunden: Sie zählen zu den Haupttodesursachen von 15- bis 19-Jährigen in den Ländern mit niedrigem Einkommen.⁴ Dies liegt nicht nur daran, dass ihre Körper auf die Belastungen des Kinderkriegens noch nicht ausreichend vorbereitet sind. Sondern auch daran, dass junge Schwangere vor, während

¹ https://www.dsw.org/wp-content/uploads/2018/02/BI-Studie_Youth-Can_2018_web.pdf

² <https://statcompiler.com/en/>

³ <https://population.un.org/wpp/>

⁴ <https://www.gutmacher.org/sites/default/files/factsheet/aiu-adolescents.pdf>

und nach der Geburt seltener von geschultem Gesundheitspersonal beraten und unterstützt werden als über 20-Jährige.

Schätzungen zufolge ist in den weniger entwickelten Ländern etwa die Hälfte der Schwangerschaften bei 15- bis 19-Jährigen ungeplant und jede zweite davon führt zu einer Abtreibung.⁵ Etwa die Hälfte aller weltweiten Abtreibungen zwischen 2010 und 2014 erfolgte unter unsicheren Umständen – das heißt, sie wurden entweder durch ungeschultes Personal vorgenommen oder ohne die notwendige medizinische Ausstattung oder beides. Insgesamt belief sich in diesem Zeitraum die Zahl der unsicheren Abtreibungen weltweit auf etwa 100 Millionen Fälle, also etwa 25 Millionen pro Jahr. 97 Prozent von ihnen wurden in Entwicklungsländern durchgeführt. In Staaten, in denen Schwangerschaftsabbrüche verboten oder nur unter sehr spezifischen Umständen legal sind, erfolgen drei von vier Abtreibungen unter unsicheren Bedingungen. Doch auch in den Ländern, in denen Abtreibungen erlaubt sind und sich sicher durchführen lassen, erleiden junge Mädchen und Frauen häufiger Komplikationen im Zuge des Schwangerschaftsabbruchs als ältere Frauen – unter anderem weil sie sich erst spät an medizinisches Fachpersonal wenden und häufiger dazu tendieren, ungeschultes Personal zu konsultieren.⁶

Prinzipiell wäre es möglich, Mädchen und junge Frauen in die Lage zu versetzen, sich vor den Gefahren einer frühen Schwangerschaft mit all ihren möglichen Konsequenzen zu schützen: mithilfe moderner Verhütungsmethoden. Doch diese werden von jungen Menschen in den weniger entwickelten Ländern derzeit kaum genutzt. Eine Schätzung des Guttmacher Instituts zeigt: Von den 253 Millionen Mädchen und jungen Frauen zwischen 15 und 19 Jahren in allen Entwicklungsländern bräuchten 36 Millionen moderne Verhütungsmittel, da sie sexuell aktiv sind und in den nächsten zwei Jahren kein Kind bekommen möchten. Allerdings verwenden nur 16 Millionen von ihnen moderne Verhütungsmittel. Die übrigen 20 Millionen hatten einen „unmet need“, einen ungedeckten Bedarf an Verhütungsmitteln. Wenn es gelingen würde, allen 15- bis 19-Jährigen, die gerne verhüten möchten, moderne Verhütungsmittel zur Verfügung zu stellen, würde die Zahl der ungewollten Schwangerschaften in dieser Altersgruppe von heute weltweit jährlich 20 Millionen auf 14 Millionen sinken. Auch die Zahl der unsicheren Abtreibungen würde entsprechend dieser Rechnung um weltweit 2,9 Millionen zurückgehen.⁷

Die Nachfrage nach und Nutzung von modernen Verhütungsmitteln würde steigen, wenn junge Menschen umfassend über die bestehenden Möglichkeiten informiert wären. Ein wichtiges Mittel dazu ist eine umfassende Sexualaufklärung vom Grundschulalter an. Jugendliche, die an Sexualaufklärung teilnehmen, verschieben erfahrungsgemäß ihren ersten Geschlechtsverkehr und nutzen mit höherer Wahrscheinlichkeit Verhütungsmittel. Sexualaufklärung trägt nachweisbar dazu bei, ungewollte und frühe Schwangerschaften zu vermeiden. Zudem steigert sie das Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl und hilft, soziale Normen aufzuweichen und Geschlechterrollen zu wandeln.⁸

Bislang ist es gängig, dass Sexualekundeunterricht erst im Alter zwischen zwölf und 14 Jahren – oft auch noch später – beginnt.⁹ Da vor allem viele Mädchen in diesem Alter bereits aus der Schule ausgeschieden sind, haben sie keine Chance, sich mit den anstehenden Veränderungen während der Pubertät, den gesundheitlichen Risiken von ungeschütztem Geschlechtsverkehr und frühen Schwangerschaften auseinanderzusetzen. Eine von vielen Ursachen dafür, dass Mädchen oft früh aus der Schule

⁵ <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/aiu-adolescents.pdf>

⁶ [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/pIIIS0140-6736\(17\)31794-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/pIIIS0140-6736(17)31794-4.pdf)

⁷ <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/aiu-adolescents.pdf>

⁸ https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/CSE_Global_Review_2015.pdf

⁹ https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/The_State_of_World_Population_2016_-_English.pdf

ausscheiden, ließe sich durch simple Maßnahmen beheben: Viele Mädchen besuchen alleine deshalb nicht mehr den Unterricht, weil sie in der Schule während der Menstruation nicht für ihre Hygiene sorgen können. Es mangelt ihnen nicht nur an Binden und Tampons. Zudem gibt es in vielen Schulen weder Toiletten noch sauberes Wasser oder Seife.¹⁰

Sexualaufklärung vermindert zudem das Risiko, sich mit sexuell übertragbaren Krankheiten anzustecken. Zwar haben in beinahe allen Ländern Afrikas südlich der Sahara, für die zwischen 2006 und 2016 Daten vorliegen, mehr als 90 Prozent der jungen Menschen zwischen 15 und 24 Jahren von HIV und Aids gehört. Doch wissen deshalb längst nicht alle, wie man sich vor einer Ansteckung schützen kann. Am schlechtesten ist die Lage in Tschad. Dort wissen zwei Drittel der weiblichen Bevölkerung zwischen 15 und 24 Jahren nicht, dass sich mithilfe von Kondomen die Übertragung von HIV vermeiden ließe, und auch bei den gleichaltrigen Jungen und Männern hat nur die Hälfte darüber Kenntnis.¹¹

Bis heute entscheiden Mädchen und Frauen in Afrika südlich der Sahara häufig nicht selbst, ob sie Geschlechtsverkehr haben und damit das Risiko einer Schwangerschaft eingehen wollen. Je nach Land gibt bis zu einem Viertel aller Mädchen zwischen 13 und 17 Jahren an, in den vergangenen zwölf Monaten Opfer sexueller Gewalt gewesen zu sein. Von den Mädchen und jungen Frauen, die im Alter von zwölf bis 14 Jahren zum ersten Mal Sex hatten, gaben in Ghana, Malawi und Uganda zwischen 21 und 28 Prozent an, zum ersten Geschlechtsverkehr gezwungen worden zu sein.¹² Diesem Risiko sind Mädchen und junge Frauen besonders dann ausgesetzt, wenn sie – entgegen den Kinder- und Menschenrechten – bereits als Minderjährige verheiratet werden. Gegenüber ihren oft wesentlich älteren Ehemännern haben die Mädchen häufig keinerlei Mitspracherechte, wenn es um Geschlechtsverkehr oder die Nutzung von Verhütungsmitteln geht.

Die wirtschaftlichen Folgekosten früher Schwangerschaften sind enorm. In manchen Ländern Afrikas südlich der Sahara werden sie auf bis zu 30 Prozent des Bruttoinlandsprodukts geschätzt.¹³ Schwangerschaften verringern die Chancen junger Mädchen auf einen Schulbesuch, auf eine Ausbildung und auf einen Beruf und damit auf ein selbstbestimmtes Leben. Wenn junge Menschen Zugang zu Sexualaufklärung und Verhütungsmitteln bekommen, wünschen sie sich oft weniger Kinder und bekommen diese später und in größeren Abständen – alles Faktoren, die sich positiv auf Mütter- und Kindergesundheit auswirken.¹⁴

Solange junge Menschen aber nicht dazu in der Lage sind, sich adäquat zu informieren und ihre familiäre Zukunft zu planen, werden nicht nur die individuellen und volkswirtschaftlichen Folgekosten hoch ausfallen. Die Aussichten ganz Afrikas südlich der Sahara, sozioökonomisch auch nur annähernd zu anderen Weltregionen aufzuschließen, dürften ebenfalls getrübt bleiben. Denn ohne Zugang zu Sexualaufklärung und Verhütungsmitteln wird auch das Bevölkerungswachstum anhalten – und dieses erschwert in beinahe allen Entwicklungsbereichen den Fortschritt: Hält das Wachstum entsprechend heutiger Schätzungen weiter an, wird sich die Einwohnerzahl Afrikas südlich der Sahara

¹⁰ <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002267/226792e.pdf>

¹¹ <https://statcompiler.com/en/>

¹² <https://population.un.org/wpp/>

¹³ <http://www.ghspjournal.org/content/ghsp/early/2016/06/10/GHSp-D-15-00374.full.pdf>

¹⁴ <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255859/WHO-RHR-17.07-eng.pdf;jsessionid=C4BBEF23A48F0B5F82E5B1EDCC2F6D34?sequence=1>

bis 2050 verdoppeln.¹⁵ Den Ländern der Region wird es von Jahr zu Jahr schwerer fallen, ihre Bevölkerungen zu ernähren, sie mit ausreichend Schulplätzen und Lehrkräften sowie Gesundheitsdienstleistungen zu versorgen.

Durch ein verlangsamtes Bevölkerungswachstum ergäbe sich in den Ländern zudem eine einmalige Chance auf einen sozioökonomisch bedingten Entwicklungsschub, die sogenannte **demografische Dividende**. Dieses wirtschaftliche Entwicklungspotenzial kann sich durch eine veränderte Bevölkerungsstruktur ergeben. Eine solche entsteht, wenn in einer zuvor kinderreichen Gesellschaft die Menschen weniger Kinder als die Generation ihrer Eltern bekommen.

Für eine Volkswirtschaft kann diese Bevölkerungszusammensetzung vorteilhaft sein. Denn zum einen wächst dann der Anteil der arbeitsfähigen Menschen überproportional. Sie tragen, sofern sie eine Beschäftigung finden, zum Wirtschaftswachstum und zu staatlichen Steuereinnahmen bei. Zum anderen sinkt der Anteil der Kinder und Jugendlichen, welche zum Beispiel mit Nahrung, Medizin und Schulmaterial versorgt sowie von Gesundheitspersonal und Lehrkräften betreut werden müssen. Pro Kopf stehen der Volkswirtschaft dadurch mehr Mittel zur Verfügung.

Demografen bezeichnen diese Bevölkerungsstruktur als demografischen Bonus. Wenn die richtigen politischen Weichen gestellt werden, lässt sich dieser Bonus in eine demografische Dividende verwandeln. Wie dies funktionieren kann, haben die sogenannten asiatischen Tigerstaaten vorgemacht. Expert*innen zufolge lässt sich etwa ein Drittel des sogenannten Asian Miracle, also des hohen Wirtschaftswachstums der ostasiatischen Staaten China, Hongkong, Japan, Südkorea, Singapur und Taiwan zwischen 1965 und 1990 auf deren demografische Veränderungen zurückführen.¹⁶

Diese Länder haben auf ihrem Entwicklungsweg durch Investitionen in Familienplanungsprogramme, Bildung und Arbeitsplätze ihr Bevölkerungswachstum deutlich reduziert und die vorübergehend zahlenmäßig großen Jahrgänge der jungen Erwachsenen optimal in die Wirtschaftskreisläufe eingebunden. Hochrechnungen der Vereinten Nationen zufolge könnten auch die Länder Afrikas südlich der Sahara durch ähnliche Investitionen von einer demografischen Dividende profitieren. Nach Berechnungen ließe sich das Bruttoinlandsprodukt der Region um ein Drittel steigern, respektive um jährlich 500 Milliarden US\$ über mindestens 30 Jahre.¹⁷

¹⁵ https://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Afrika/Afrikas_demografische_Herausforderung.pdf

¹⁶ <http://documents.worldbank.org/curated/en/934291468206034843/pdf/772740JRNOWBER0Box0377301B00PUBLIC0.pdf>

¹⁷ https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP14-Report_FINAL-web.pdf

Themenblock A: Familienplanung - Internationale und strukturelle Rahmenbedingungen

A1: Inwiefern spielt sexuelle Aufklärung, sowohl von Jungen als auch von Mädchen, eine Rolle im Rahmen der von Deutschland finanzierten Bildungsprojekte in der EZ, und wie kann dies, insbesondere in sozial und religiös kritischen Kontexten in Bezug auf Verhütung effektiv und nachhaltig ausgebaut werden?

Untersuchungen zum Beispiel in Kenia zeigen, dass sowohl Kinder, Jugendliche, ihre Eltern und Schulen an mehr und besserer Sexuaufklärung interessiert sind. Hierfür bedarf es aber unter anderem mehr Fortbildungsangebote für Lehrkräfte.¹⁸ Aus unseren Projekten wissen wir zudem, wie wichtig es ist, neben Schüler*innen und Lehrkräften auch politische, religiöse und traditionelle Entscheidungsträger*innen sowie Gesundheitsfachkräfte einzubinden, um Verständnis und Akzeptanz für Sexuaufklärung zu schaffen. Dieser Ansatz wird auch in der 2018 von den Vereinten Nationen herausgegebenen technischen Handreichung zu Sexuaufklärung unterstützt.¹⁹

Investitionen in Sexuaufklärung zahlen sich aus. Unser Young Adolescents Project in Uganda und Kenia, das mit zehn- bis 14-jährigen Schüler*innen arbeitet, haben unter anderem dazu beigetragen, dass weniger Mädchen die Schule wegen mangelnder Menstruationshygiene oder Schwangerschaften abbrechen, Lehrkräfte, Eltern und Entscheidungsträger*innen offener mit den Schüler*innen über reproduktive Gesundheit und Verhütung sprechen und das Gesundheitspersonal besser geschult ist und enger mit den Schulen kooperiert.²⁰

Für zivilgesellschaftliche Akteure ist es nicht leicht, ein umfassendes Bild von Projekten und Programmen der staatlichen deutschen Entwicklungszusammenarbeit in einem bestimmten Themenfeld zu bekommen. Dies ist besonders dann der Fall, wenn das Themenfeld (wie Sexuaufklärung) nicht klar einem der von der OECD DAC definierten Sektoren der Zusammenarbeit zugeordnet werden kann.

Mögliche Quellen sind das Creditor Reporting System der OECD DAC²¹ und Datenbanken der Durchführungsorganisationen GIZ und KfW. In allen Datenbanken variiert Detailgrad bei den Projektbeschreibungen jedoch von Projekt zu Projekt. Daten der OECD DAC werden zudem mit einer erheblichen zeitlichen Lücke veröffentlicht. So sind im November 2018 noch keine aufgeschlüsselten Daten für 2017 verfügbar. **Es scheint daher sinnvoll, dass sich der Ausschuss regelmäßig vom BMZ über geförderte Projekte im Bereich Sexuaufklärung, aber auch sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte und die Zielgruppe Jugendliche unterrichten lässt.**

Ein oft genanntes Projekt der staatlichen Zusammenarbeit in diesem Bereich ist das **GIZ-Regionalvorhaben zur Umsetzung der ESA-Initiative**. Während der Internationalen Aids-Konferenz im Jahr 2013 haben sich 20 Regierungen der süd- und ostafrikanischen Länder (Eastern and Southern African States – ESA) verpflichtet, die sexuelle und reproduktive Gesundheit ihrer Bevölkerung zwischen zehn und 24 Jahren zu verbessern und sich über erfolgreiche Methoden hierfür regelmäßig auszutauschen. Das BMZ unterstützt die Initiative bis Januar 2019 durch das GIZ-Regionalvorhaben. Auf regionaler, nationaler und Projektebene unterstützt die GIZ den Austausch zwischen den Akteuren, also der ESA High-Level Group, den nationalen ESA-Kommissionen, den Gesundheitsministerien sowie lokalen öffentlichen und zivilgesellschaftlichen Organisationen. Zum anderen betreut sie in vier Partnerländern

¹⁸ https://www.dsw.org/wp-content/uploads/2017/06/Infoblatt_Gutmacher_Sexuaufklaerung_Kenia_financial_web_A4.pdf

¹⁹ http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ITGSE_en.pdf

²⁰ http://www.dsw.org/en/wp-content/uploads/2017/03/DSW_Young-Adolescents-Project_Feb2017.pdf

²¹ <https://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=CRS1>

(Mosambik, Namibia, Südafrika, Sambia) konkrete Projekte und teilt die Erfahrungen aus dieser Arbeit über das regionale Netzwerk mit den übrigen Ländern. Sambia zum Beispiel erprobt mithilfe der GIZ einen sogenannten Mitmachparcours. Damit klären geschulte Moderator*innen bei Besuchen an sambischen Schulen spielerisch über ein gesundes Sexualleben auf. Bei dieser Gelegenheit können die Schüler*innen zudem konkrete Gesundheitsdienstleistungen wie freiwillige HIV-Tests oder Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen.²² Dieses Projekt endet jedoch im Januar 2019.

In der Studie „Youth Can! Warum sich Deutschland für eine aufgeklärte und gesunde Jugend in Afrika engagieren sollte“²³ fordert die DSW, innovative Ansätze im Bereich umfassender Sexualaufklärung – wie das Regionalvorhaben zur Umsetzung der ESA-Initiative – weiterzuführen und auf weitere Regionen auszuweiten.

A2 a: Wie hoch ist die Finanzierungslücke durch die Reaktivierung der Global Gag Rule bisher, und welche konkreten Maßnahmen müssen von deutscher Seite ergriffen werden, um diese zu schließen?

Die Global Gag Rule - auch bekannt als Mexico City Policy - wurde erstmals 1984 von dem damaligen US-Präsidenten Ronald Reagan eingeführt. Seither wurde sie von demokratischen Präsidenten jeweils ausgesetzt und von republikanischen stets wieder eingeführt, so auch von US-Präsident Donald Trump am 23. Januar 2017. Der Richtlinie zufolge werden allen ausländischen Nichtregierungsorganisationen (NGOs), die zum Thema Schwangerschaftsabbruch beraten, Abtreibungen anbieten oder sich für deren Legalisierung einsetzen, US-amerikanische Entwicklungsgelder komplett gestrichen. Dies gilt auch für die Finanzierung von Angeboten, die nichts mit Abtreibungen zu tun haben und auch dann, wenn die Arbeit zu Abtreibungen von anderen Gebern finanziert wird. Die Global Gag Rule gilt auch für NGOs, die ihre Mittel nicht direkt von der US-Regierung bekommen, sondern indirekt über US-amerikanische NGOs. An Organisationen, die die Global Gag Rule nicht unterschreiben, werden seit Mai 2017 keine US-Mittel mehr ausgezahlt und keine neuen Projekte vereinbart.²⁴

Vor diesem Hintergrund hat die DSW im Herbst 2017 entschieden, Projektverträge, die eine Anerkennung der Global Gag Rule verlangten, nicht zu unterschreiben. Dies wirkt sich spürbar auf unsere Arbeit in Kenia aus. Allein für das Jahr 2018 fielen dort Fördermittel aus dem US-Gesundheitsprogramm in Höhe von 600.000 US\$ weg. – unter anderem für ein Projekt zur Unterstützung von Aids-Waisen und ein Projekt zur Verbesserung der Gesundheitssituation von Frauen und Jugendlichen. Die Ausfälle für 2018 entsprechen 35 Prozent des Budgets der DSW in Kenia. Mit den Mitteln hätten unter anderem mehr als 13.000 Aids-Waisen gesundheitlich betreut werden sollen und 5.000 betroffene Haushalte erreicht werden sollen. Außerdem konnte die DSW neun engagierte und qualifizierte Mitarbeiter*innen nicht wie vorgesehen beschäftigen.

Wie hoch die Finanzierungslücke ist, die durch die Global Gag Rule entsteht, ist schwer zu sagen. Dies liegt unter anderem daran, dass die Regelung zwar im Januar 2017 verkündet wurde, aber erst nach und nach greift, wenn neue Projekte vereinbart oder Projekttranchen ausgezahlt werden sollen.

Was wir allerdings wissen, ist, dass die Global Gag Rule unter Donald Trump auf einen sehr viel größeren Bereich der US-amerikanischen Entwicklungszusammenarbeit angewendet wird als unter seinen republikanischen Vorgängern. Sie wird nun nicht mehr „nur“ auf ausländische NGOs angewendet, die Mittel aus den Familienplanungsprogrammen von USAID bekommen, sondern auf die gesamte Förderung ausländischer NGOs im Gesundheitsbereich durch USAID, das State Department

²² https://www.dsw.org/wp-content/uploads/2018/02/BI-Studie_Youth-Can_2018_web.pdf

²³ https://www.dsw.org/wp-content/uploads/2018/02/BI-Studie_Youth-Can_2018_web.pdf

²⁴ <https://pai.org/wp-content/uploads/2017/10/WYN2K-10.5.pdf>

und Health and Human Services. Dieser Bereich umfasste im Finanzjahr 2016 9,5 Milliarden US\$. Neben Familienplanungsprogrammen sind nun auch die Bereiche Gesundheitssystemstärkung, Mütter- und Kindergesundheit, HIV und Aids (inklusive des PEPFAR-Programms), Malaria, Tuberkulose, Infektionskrankheiten, vernachlässigte Tropenkrankheiten, Ernährung und WASH betroffen.²⁵

Und wir wissen, dass die USA 2016 mit 6,28 Milliarden US\$ der mit Abstand größte Geber für die RMNCH (reproductive, maternal, newborn and child health) war. Damit war der US-Beitrag mehr sechs Mal so hoch wie der des nächstgrößten Gebers, dem Vereinigten Königreich. Deutschlands Beitrag lag 2016 bei 584 Millionen Euro.²⁶

Die britische Organisation Marie Stopes International (MSI) berichtete im Januar 2018, dass sie durch die Global Gag Rule 17 Prozent des Gesamtbudgets verloren habe. Obwohl andere Geber eingesprungen seien, drohe Mitte 2018 eine Finanzierungslücke von 80 Millionen US\$.²⁷ Hätte diese Lücke nicht geschlossen werden können, hätten zwei Millionen Frauen keine Verhütungsmittel mehr über MSI beziehen könnten, was wiederum zu

- 2,5 Millionen ungewollten Schwangerschaften,
- 870.000 unsicheren Abtreibungen,
- 6.900 vermeidbaren Fällen von Müttersterblichkeit und
- mehr als 140 Millionen US\$ zusätzlichen Gesundheitskosten geführt hätte.²⁸

Auch wenn noch nicht abschließend gesagt werden kann, wie groß die Finanzierungslücke ist, gibt es erste Studien zu den Auswirkungen. So hat die Organisation PAI erste Konsequenzen der Global Gag Rule in **Uganda** dokumentiert. Die USA haben 2016 mehr als 227 Millionen US\$ in Gesundheitsprojekte in Uganda investiert, wovon knapp 92 Millionen US\$ an NGOs gingen.²⁹

In Uganda hat fast die Hälfte der sexuell aktiven Frauen einen ungedeckten Bedarf an Verhütungsmitteln, was zum starken Bevölkerungswachstum beiträgt. Die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau liegt mit 5,7 Kindern deutlich über dem regionalen Schnitt. Die Müttersterblichkeit ist mit 343 pro 100.000 Lebendgeburten sehr hoch (zum Vergleich: Laut SDG 3.1 soll sie auf 70 pro 100.000 Lebendgeburten gesenkt werden. In Deutschland liegt sie bei drei.).³⁰ Ein Viertel der Müttersterblichkeit geht auf unsichere Schwangerschaftsabbrüche zurück. An Schulen hat die Regierung 2016 umfassende Sexualaufklärung untersagt. Viele Mädchen werden schon als Teenager schwanger: Ein Viertel aller Schwangerschaften entfällt auf Mädchen und Frauen unter 20 Jahre.³¹

Seit der Einführung der Global Gag Rule hat sich in Uganda der Zugang zu Verhütungsmitteln verschlechtert, da die beiden größten Anbieter von modernen Verhütungsmitteln, MSI und Reproductive Health Uganda (RHU), von US-Mitteln abgeschnitten wurden. Allein MSI hat 2016 die Hälfte aller Familienplanungsangebote in Uganda bereitgestellt und fast alle Distrikte abgedeckt.

Sowohl MSI als auch RHU konnten inzwischen Mittel von anderen Gebern gewinnen. Allerdings mussten sie ihre Strukturen anpassen und ihre Angebote einschränken. Das Budget von RHU für 2017

²⁵ http://trumpglobalgagrule.pai.org/wp-content/uploads/2017/05/Wash-Memo_2.3.17_side-by-side-comparison.pdf

²⁶ <https://euromapping.org/wp-content/uploads/2018/08/Euromapping-2018-web-version-1.pdf>

²⁷ <https://www.mariestopes.org/what-we-do/our-approach/policy-and-advocacy/the-mexico-city-policy-a-world-without-choice/>

²⁸ <https://www.mariestopes.org/news/2018/1/global-gag-rule-anniversary>

²⁹ <http://trumpglobalgagrule.pai.org/access-denied-uganda/>

³⁰ https://data.unicef.org/wp-content/uploads/country_profiles/Uganda/country%20profile_UGA.pdf

³¹ <http://trumpglobalgagrule.pai.org/access-denied-uganda/>

wurde zum Beispiel um 30 Prozent gekürzt, was unter anderem dazu führte, dass die Arbeit in Flüchtlingslagern reduziert wurde. MSI musste die Zahl mobiler Gesundheitsteams reduzieren, mit denen Bevölkerungsgruppen in abgelegenen Gebieten und vulnerable Gruppen erreicht wurden.³²

MSI und RHU (das Mitglied der International Planned Parenthood Federation (IPPF) ist) haben über ihre internationalen Netzwerke und ihren direkten Kontakt zu Gebern die Möglichkeit, die wegfallenden US-Mittel zumindest mittelfristig zu kompensieren. Die Global Gag Rule trifft aber auch kleinere NGOs. Für sie ist es viel schwieriger, die Ausfälle zu kompensieren, da sie nicht über die gleichen internationalen Netzwerke verfügen.

Vor diesem Hintergrund begrüßt die DSW es sehr, dass im Haushalt 2019 der deutsche Beitrag an UNFPA (um elf Millionen Euro auf 33 Millionen Euro) und IPPF (um sechs Millionen Euro auf zwölf Millionen Euro) signifikant steigt. Diese Mittel müssen in den kommenden Jahren verstetigt werden. Zudem sollte die BMZ-Initiative „Selbstbestimmte Familienplanung und Müttergesundheit“ auch über das Jahr 2019 hinaus fortgeführt und von 100 Millionen auf 150 Millionen Euro jährlich erhöht werden. In Zukunft sollte ein stärkerer Fokus auf junge Menschen und den Zugang zu Verhütungsmitteln gelegt werden. Die Initiative leistet einen wichtigen Beitrag zu einem selbstbestimmten Leben und zur Senkung ungewollter Schwangerschaften, von Schwangerschaftsabbrüchen und der Müttersterblichkeit. Über sie können auch zivilgesellschaftliche Organisationen gefördert werden, die von der Global Gag Rule betroffen sind.

A2 b: Wie stellt sich das bisherige deutsche Engagement im Vergleich zu anderen großen Geberländern, insbesondere denjenigen, die vorrangig auf multilaterale Ansätze setzen, dar?

In Reaktion auf die Wiedereinführung der Global Gag Rule riefen im März 2017 Belgien, Dänemark, die Niederlande und Schweden die SheDecides-Initiative³³ ins Leben. Ziel der Initiative ist es, die durch die Global Gag Rule entstehende Finanzierungslücke zu füllen und auf die bedrohte Gesundheit und Rechte von Frauen aufmerksam zu machen. An der Initiative beteiligen sich inzwischen Regierungen, internationale Organisationen, private Stiftungen und NGOs aus über 50 Ländern. Die SheDecides-Initiative ist kein neues Finanzierungsinstrument. Die Unterstützer*innen nutzen bestehende Finanzierungsinstrumente, um ihre Investitionen in sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte zu erhöhen. Bis Mitte 2017 wurden so über 450 Millionen US\$ zugesagt.³⁴

Zudem haben mehr als 390 Parlamentsabgeordnete aus Europa, Lateinamerika und Afrika ein Statement unterschrieben, in dem sie sich gegen die Global Gag Rule und für die Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte aussprechen. Auch 23 Mitglieder des Deutschen Bundestages und drei deutsche Mitglieder des Europäischen Parlaments haben das Statement unterzeichnet.³⁵

Die DSW begrüßt es sehr, dass die Bundesregierung sich im Oktober 2018 der SheDecides-Initiative angeschlossen hat, zumal wir seit März 2017 hierfür geworben haben. Die erhöhten Mittel für UNFPA und IPPF können als Deutschlands finanzieller Beitrag für SheDecides gesehen werden. Diesen Beitrag gilt es in den kommenden Jahren zu verstetigen. Auch eine Fortführung der BMZ-Initiative „Selbstbestimmte Familienplanung und Müttergesundheit“ über das Jahr 2019 hinaus könnte Teil des deutschen Beitrags werden.

³² <http://trumpglobalgagrule.pai.org/access-denied-uganda/>

³³ <https://www.shedecides.com/>

³⁴ <https://www.shedecides.com/how-much-money-was-raised>

³⁵ https://www.epfweb.org/sites/epfweb.org/files/high_level_statement_in_opposition_to_the_global_gag_rule_-_parliamentary_signatories_-_20.03.2017.pdf

A2 c: Gibt es Geberländer, die sich auf die Wiedereinsetzung der Global Gag Rule berufen und ebenfalls ihr Engagement in der freiwilligen Familienplanung zurückfahren?

Nein. Allerdings gibt es Mitglieder der Europäischen Union (EU), die sehr konservative Positionen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten beziehen, etwa Polen und Ungarn. Diese gehören zwar nicht zu den klassischen Geberländern, nehmen aber Einfluss auf die Entwicklungszusammenarbeit der EU und auf die Verhandlungsposition der EU in Gremien der Vereinten Nationen. Sowohl innerhalb der EU als auch auf Ebene der Vereinten Nationen ist es in den vergangenen Jahren sehr schwierig geworden Fortschritte zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten zu vereinbaren. Auch den Verhandlungen der Agenda 2030 wurden die entsprechenden SDGs 3.7 und 5.6 bis zum letzten Moment kontrovers diskutiert.

Vor diesem Hintergrund ist es besonders wichtig, dass die Bundesregierung innerhalb der EU, den Vereinten Nationen und anderen internationalen Gremien weiterhin mit Nachdruck für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte eintritt.

A3: Welche Rolle spielt die Arbeit der Organisationen der Vereinten Nationen (z.B. IPPF, UNFPA, UN-Women) auf diesem Gebiet, und arbeiten Sie mit ihnen vor Ort zusammen?

Gerade dort, wo staatliche Gesundheitssysteme schwach sind und Menschen von humanitären Krisen und Konflikten betroffen sind, spielen Organisationen wie UNFPA und Nichtregierungsorganisationen wie IPPF eine zentrale Rolle, um einen menschenrechtsbasierten Zugang zu Verhütungsmitteln und anderen Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte zu gewährleisten. Zur Arbeit von UNFPA wird auf die Stellungnahme UNFPAs zu dieser Anhörung verwiesen.

IPPF hat 141 Mitgliedsorganisationen, die in 152 Ländern arbeiten. Das deutsche Mitglied von IPPF ist pro familia. 2017 hat IPPF 208 Millionen Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit erbracht, mehr als 177 Millionen davon in Entwicklungsländern und 89 Millionen davon für Menschen unter 25 Jahren. Etwa 80 Prozent der Nutzer*innen waren arm oder gehörten zu vulnerablen Gruppen. Hierzu zählten auch mehr als drei Millionen Menschen, die von humanitären Krisen betroffen sind. Durch die Arbeit von IPPF konnten 2017 mehr als sechs Millionen ungewollte Schwangerschaften und 1,7 Millionen unsichere Abtreibungen verhindert werden.³⁶

Die DSW arbeitet seit vielen Jahren und auf verschiedenen Ebenen sowohl mit UNFPA als auch mit IPPF und seinen Mitgliedsorganisationen zusammen. Dabei greifen unsere Angebote gerade in Ostafrika oft Hand in Hand, zumal die DSW einen klaren Schwerpunkt auf Aufklärung legt und selbst keine medizinischen Dienstleistungen anbietet. In seiner politischen Arbeit setzt sich die DSW gemeinsam mit IPPF und seinen Mitgliedsorganisationen zudem in Deutschland, der EU, Ostafrika und bei den Vereinten Nationen dafür ein, dass alle Menschen Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten haben und frei über ihre eigenen Sexualität bestimmen können.

A4: Besteht von Seiten der Regierungen der über 30 Subsahara-Staaten überhaupt Bedarf, Familienplanungsprogramme durchzuführen? Gibt es „Vorreiter“, gibt es „Verweigerer“?

Wie wichtig Investitionen in sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte für nachhaltige Entwicklung und die Erreichung der SDGs sind, legt der 2018 erschienene Bericht der Gutmacher-Lancet Kommission „Fortschritt beschleunigen: Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte für alle“

³⁶ https://www.ippf.org/sites/default/files/2018-07/APR2017_WEB.pdf

dar.³⁷ Er zeigt die engen Verbindungen des Bereichs zur Geschlechtergerechtigkeit, der Gesundheit von Frauen und Mädchen sowie zur Senkung der Kinder- und Müttersterblichkeit auf. Laut dem Bericht wären in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen jährliche Ausgaben von knapp neun US\$ pro Person notwendig, um den Bedarf aller Frauen an modernen Verhütungsmitteln, Mütter- und Kindergesundheit zu decken. In Afrika südlich der Sahara lägen die Kosten wegen der schwachen Gesundheitssysteme allerdings doppelt so hoch (18 US\$ pro Person). Derzeit werden in dieser Region lediglich fünf US\$ pro Frau hierfür ausgegeben.³⁸ Ein Großteil dieses Geldes wird dabei von den Frauen selbst gezahlt: Laut der Reproductive Health Supplies Coalition werden 82 Prozent der Kosten für Verhütungsmittel in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen von den Nutzer*innen selbst getragen. Dies ist ein Grund dafür, dass viele Frauen und Mädchen nicht verhüten, obwohl sie es gerne möchten.

Es besteht also ein klarer Bedarf an Familienplanungsprogrammen. Ein Indikator dafür, dass das auch Regierungen in Afrika so sehen ist, dass 28 Staaten der Region Zusagen im Rahmen der FP2020 Initiative gemacht haben. Ziel der Initiative ist es, bis zum Jahr 2020 120 Millionen Frauen, die bisher keinen Zugang hatten, Verhütungsmittel verwenden können.³⁹

Auch im Rahmen der Agenda 2030 haben Staaten der Region zugesagt, dass bis 2030 alle Menschen Zugang zu Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit inklusive Familienplanung haben sollen (SDG 3.7 und 5.6). Dieses Ziel spiegelt sich auch in der Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health⁴⁰ wider, deren Umsetzung über die Global Financing Facility (GFF)⁴¹ unterstützt wird.

Trotz dieser Zusagen und Bekenntnisse sind viele Aspekte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte – wie auch in Deutschland – Gegenstand von öffentlichen Debatten. Hierzu gehören unter anderem die Fragen, ab wann Kinder und Jugendliche aufgeklärt werden sollten und ab wann sie sexuell aktiv werden und verhüten dürfen. Auch darüber, ob Frauen ohne Zustimmung Dritter verhüten dürfen und in welchen Fällen Schwangerschaftsabbrüche legal sein sollten, wird in vielen Gesellschaften diskutiert. Ebenso wird darüber gestritten, ob alle Menschen unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität frei über ihre Sexualität entscheiden und diese ausleben dürfen.

Gerade weil diese Themen oft umstritten sind, sollte die deutsche Entwicklungspolitik nicht davor zurückscheuen, sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte im Dialog mit den Partnerländern anzusprechen, sei es bei Regierungsverhandlungen, Delegationsreisen des AwZ oder Botschaftsempfängen. Deutschland sollte mit seinen Partnerländern weiter in diesem Bereich kooperieren, zum Beispiel im Rahmen der BMZ-Initiative „Selbstbestimmte Familienplanung und Müttergesundheit“. Zudem sollte Deutschland lokale Organisationen stützen und schützen, die sich zum Teil mit erheblichem Risiko dafür einsetzen, dass Menschen selbst über ihre Sexualität und Kinderzahl entscheiden können.

³⁷ https://www.rhsupplies.org/uploads/tx_rhscpublications/Commodity_Gap_Analysis-2018.pdf

³⁸ <https://www.gutmacher.org/de/gutmacher-lancet-commission/fortschritt-beschleunigen-kurzfassung>, [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)30293-9.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)30293-9.pdf)

³⁹ <http://www.familyplanning2020.org/>

⁴⁰ <http://www.everywomaneverychild.org/global-strategy/>

⁴¹ <https://www.globalfinancingfacility.org/>