

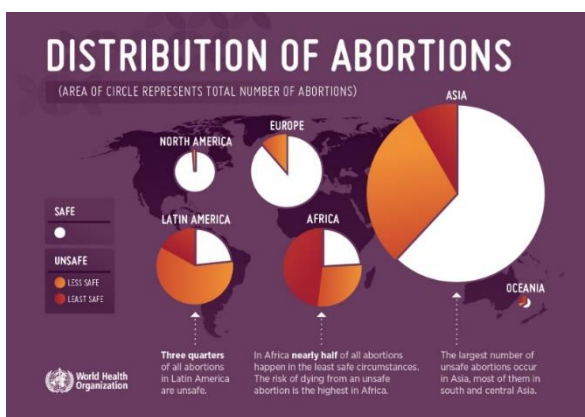
Statement zur Anhörung des AWZ zum Thema: Sexuelle und Reproduktive Gesundheit:

Zusammengestellt von Dr Sonja Weinreich, Dr Gisela Schneider, Frau Mareike Haase

Im Rahmen der Nachhaltigkeitsziele hat sich die Weltgemeinschaft verpflichtet, „die **Menschenrechte** für alle zu verwirklichen und **Geschlechtergleichstellung und die Selbstbestimmung aller Frauen und Mädchen** zu erreichen. Insbesondere die Nachhaltigkeitsziele 3,4,5 zu Gesundheit, Bildung und Geschlechtergerechtigkeit, machen die besondere Rolle von Frauen und Mädchen in einer Gesellschaft deutlich. Ohne Geschlechtergerechtigkeit und Zugang zu Gesundheit und Gesundheitsdiensten wird es keine Entwicklung geben. Dabei spielen Frauen und Mädchen eine zentrale Rolle für die Gesundheit der Einzelnen und der Gesellschaft.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit sind dabei ein wichtiger Aspekt, wobei zu diesem Themenkreis das Recht gehört, individuell und im Rahmen einer Partnerschaft alle Aspekte reproduktiver Gesundheit zu gestalten, selbstbestimmt über den Beginn sexueller Aktivität, geschützten Geschlechtsverkehr, die Anzahl und Zeitabstände von Geburten zu entscheiden und so auch unerwünschte Schwangerschaften vermeiden zu können. Freiwillige Familienplanung, der Zugang zu guter Schwangerenvorsorge, einer sicheren Geburt und Nachsorge, gehören ebenso dazu, wie das Recht auf Vorbeugung und Behandlung sexuell übertragbarer Erkrankungen, sowie der Schutz vor sexueller Gewalt und vieler anderer Themen wie Infertilität, Kinderwunsch, der Umgang mit der Menopause, sowie die Vorbeugung, Früherkennung und Behandlung von chronischen Erkrankungen, wie dem Cervix-Carcinom und anderer Erkrankungen in diesem Bereich.

Jedoch ist der Zugang zu reproduktiver Gesundheit und zu selbstbestimmter Familienplanung in vielen Ländern nicht gegeben. Etwa 25% aller Schwangerschaften sind laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) ungewollt, was Frauen, insbesondere junge Frauen, in Krisensituationen führt, in denen sie alleine gelassen sind. Die Folge davon sind



Schwangerschaftsabbrüche, die unter mangelnden hygienischen Voraussetzung oder mangels der medizinischen Kompetenz der Ausführenden häufig zu Komplikationen wie Krankheit oder sogar Tod der Betroffenen führen.

Da das Recht auf Leben gilt für alle und die Achtung der Würde des Menschen, für Mütter und Kinder, so ist der Zugang zu Familienplanung und einer sicheren reproduktiven Gesundheit eine Grundvoraussetzung für Frauen, Männer und

Kinder und die gesunde Entwicklung einer ganzen Gesellschaft.

Die Weltgesundheitsorganisation geht davon aus, dass 25 Mio. unsicherer Schwangerschaftsabbrüche jährlich durchgeführt werden, die allermeisten davon in Sub-Sahara Afrika¹.

Bei ausreichendem Zugang zu Familienplanung könnten jährlich Millionen nicht geplanter Schwangerschaften verhindert werden; Mütter- und Kindergesundheit würde verbessert werden und Bildungschancen und ökonomischer und sozialer Status von Frauen und Mädchen würden sich verbessern. So verstandene freiwillige Familienplanung kann ebenso dazu beitragen, Bevölkerungswachstum zu begrenzen und Entwicklungschancen armer Länder deutlich zu verbessern.

Nach Schätzungen der Vereinten Nationen haben jedoch immer noch 214 Millionen Frauen in den Entwicklungsländern keinen Zugang zu sicheren und wirksamen Methoden der Familienplanung, obwohl sie sie gern anwenden würden². Diese Zahl hat sich in den letzten Jahren kaum geändert. Sub-Sahara Afrika ist neben Südasien die am schwersten betroffene Region mit dem größten ungedeckten Bedarf.

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

In Sub-Sahara Afrika haben wir es mit einer schnell wachsenden sehr jungen Bevölkerung zu tun. Bis zu 50% der Bevölkerung sind unter 25 Jahre alt und damit am Beginn ihrer „reproductive age period“. Der Zugang zu Familienplanung und bewusster Entscheidung zu einem verantwortlichen Umgang mit Sexualität sind von äußerst großer Bedeutung für diese junge Generation.

In vielen Ländern werden Mädchen immer noch sehr früh verheiratet, der Zugang zu Bildung für Jungen und Mädchen ist oft noch ungleich verteilt und die Bildungs- und Gesundheitssysteme wachsen nicht in dem Maße wie die Bevölkerung. Das führt zu überfüllten Klassen, vielen „school drop outs“ und immer noch vielen jungen Menschen, die wenig Perspektiven für ihr Leben haben.

Daneben gibt es immer noch die traditionellen Wege der Aufklärung. Initiationsriten für Jungen und Mädchen spielen nach wie vor eine wichtige Rolle und viel Wissen und Erfahrung wird hier weitergegeben.

Daher ist es notwendig, „Gate Keepers“ mitzunehmen auf dem Weg, reproduktive Gesundheit für die junge Generation zu verbessern.

Im formalen Sektor, in den Schulen gibt es gute Möglichkeiten für gute Sexualerziehen, allerdings sind sehr große Klassen, und wenig individuelle Betreuung von jungen Menschen sowie Tabuisierungen Hindernisse, um das Wissen in sogenannter „Family Life Education“, so zu vermitteln, dass junge Menschen auch in der Lage sind selbstbestimmt zu handeln.

¹ Calvert C, Owolabi OO, Yeung F, *et al.* The magnitude, and severity of abortion-related morbidity in settings with limited access to abortion services: a systematic review and metaregression. *BMJ Glob Health* 2018;3:e000692. doi:10.1136/bmjgh-2017-000692

² UNFPA 2018: Family planning overview, <https://www.unfpa.org/family-planning>

Allerdings ändert sich diese Situation vor allem im urbanen Sektor sehr schnell. Viele junge Menschen, die auf Sekundar- und Hochschulen sind, sind gut informiert und wollen Präventionsmaßnahmen auch wahrnehmen. Mit steigendem Bildungsstand nimmt die Nachfrage insbesondere auch von Frauen zu Themen der Familienplanung und den Schutz vor HIV und Sexuell übertragbaren Krankheiten (STIs) zu. Allerdings gibt es oft eine Diskrepanz zwischen dem Wissen und der Entscheidungsmacht in Bezug auf Sexualität, insbesondere bei Frauen. Aber es ist klar festzuhalten, dass die Zahl der Kinder pro Familie bei steigender Bildung von Frauen sinkt. Außerdem verzögert längere Schulbildung den Zeitpunkt der ersten Schwangerschaft für Mädchen.

Durch die Förderung von Programmen der Partnerorganisationen in schulischer und außerschulischer Bildung, die häufig einen Fokus auf die Bildung von Mädchen legen, leisten Brot für die Welt und deren Partnerorganisationen einen wichtigen Beitrag dazu, die Bildungschancen von Mädchen und ihre Aussichten auf eine höhere soziale Stellung und größere Selbstbestimmung zu steigern und den Zeitpunkt der ersten Schwangerschaft zu verzögern. Mit Hilfe von Bewusstseinsbildungsmaßnahmen kann verhindert werden, dass Mädchen im Falle einer Schwangerschaft von der Schule verwiesen werden; zudem kann Diskriminierung aufgrund eines nicht-ehelichen Kindes verringert werden.

Daneben ist es wichtig, mit lokalen Partnerorganisationen zusammenzuarbeiten, die sozio-kulturelle Zusammenhänge sehr gut kennen und damit auch die Hintergründe verstehen und somit Verständnis auf einer tieferen Ebene erreichen können. Das ist kein schneller Prozess, aber ein nachhaltiger, der Verhalten und Verständnis ändert. Dazu gehören das Angebot von guter Beratung, der Zugang zu allen Methoden der freiwilligen Familienplanung, „Youth Friendly Services“ im Gesundheitswesen und den freien Zugang zu Kondomen und trägt so dazu bei, dass reproduktive Gesundheit verbessert wird.

Auch die Kirchen spielen hier eine sehr wichtige Rolle. In vielen Ländern sind Kirchen und Kirchenleitende, wie beispielsweise Pfarrer und Bischöfe, „Gate Keepers“ – und somit ist es von entscheidender Bedeutung, hier Bewusstsein zu schaffen, dass die Türen für Familienplanung und den Schutz vor Infektionskrankheiten fördert. Hier haben Brot für die Welt und DifaM sehr viele Verbesserungen in den letzten 15 Jahren erlebt. Gemeinden vor Ort kennen die Probleme und sind auch bereit, pragmatische Lösungen zu finden.

In den letzten 18 Jahren, seit dem Beginn der Millenniumentwicklungsziele, wurde in sehr vielen Ländern in Sub-Sahara Afrika, „Family Life Education“ Programme unterschiedlicher Prägung in die schulischen Curricula aufgenommen. Grund dafür war die sich schnell ausbreitende HIV Epidemie. Allerdings beobachten wir heute, dass diese Bemühungen wieder rückläufig sind aufgrund der inzwischen viel besseren Situation rund um HIV und Aids.

Es ist also von hoher Bedeutung, dass die Bundesregierung schulische, aber noch viel mehr außerschulische Bildungs- und Sensibilisierungsprogramme für junge Menschen finanziert, die sowohl Familienplanung als auch den Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten im Blick haben. Dabei geht es um viel mehr, als um Information und Wissensvermittlung, sondern es geht um Bewusstseinsbildung und die Ermächtigung von Mädchen und jungen Männern, verantwortliche Entscheidungen im Blick auf ihre reproduktive Gesundheit zu treffen. Dabei ist der Zugang zu angemessener Familienplanung ebenso wichtig, wie der Zugang zu Kondomen und der Schutz vor sexuell übertragbaren Erkrankungen. Kirchen können dabei auch als Multiplikatoren einer guten reproduktiven Gesundheit agieren.

In dem sensiblen Bereich der reproduktiven Gesundheit spielt die Zivilgesellschaft eine sehr wesentliche Rolle. Hier werden Orte geschaffen, wo diese Themen angesprochen werden können. Staaten und Regierungen sollten dazu ermutigt werden, restriktive Politiken, wie die Stigmatisierung und Kriminalisierung von Teenageschwangerschaften oder nicht-hetero- sexueller Prägungen zu unterlassen und einen Rahmen zu schaffen, indem diese Themen offen angesprochen werden können und Betroffene mit ihren Rechten anerkannt werden und bei Bedarf Zugang zu entsprechender Hilfestellung bekommen.

Umsetzung solcher Programme ist in den Händen der Zivilgesellschaft sehr viel besser verortet als in den Händen des Staates. Individualität, die sich dem lokalen sozio-kulturellen oder auch religiösen Umfeld anpasst, wird sehr viel nachhaltiger agieren können als eine standardisierte oder gar von außen verordnete Herangehensweise.

A2) Wie hoch ist die Finanzierungslücke durch die Aktivierung der Global Gag rule bisher, und welche konkreten Maßnahmen müssen von deutscher Seite ergriffen werden, um diese zu schließen?

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

Gibt es Geberländer, die sich auf die Wiedereinsetzung der Global Gag rule berufen, und ebenfalls ihr Engagement in der Freiwilligen Familienplanung zurückfahren?

Wir gehen davon aus, dass durch die Anwendung der Mexico City Policy (Global Gag rule) der US-Regierung und auch der restriktiven Politik anderer Geber die Zahl der Frauen und Paare, die Methoden der freiwilligen Familienplanung anwenden, weiter zurückgehen wird.

Die Mexiko City Policy verhindert, dass Nichtregierungsorganisationen Finanzierung aus den USA erhalten, wenn sie Informationen über Abtreibungen anbieten. Dies greift, auch wenn sie diese Services aus eigenen Mitteln finanzieren. Die sog. extended Policy ist gegenüber früheren derartigen Policies noch verschärft, da sie sich nicht nur auf Services der sexuellen Gesundheit bezieht, sondern auf Gesundheitsdienste allgemein. Als die Global Gag rule das letzte Mal implementiert wurde, unter Präsident Bush, hatte dies verheerende Auswirkungen auf Sexuelle und reproduktive Rechte und Gesundheit (SRGR), einschließlich der Schließung von Gesundheitseinrichtungen, Verlust von Familienplanungsservices, geschwächte HIV Services, einen Anstieg der Müttersterblichkeit und einen Anstieg der Abtreibungen, viele von ihnen dann nicht mehr medizinisch korrekt, sondern nicht nach medizinischen Qualitätskriterien durchgeführt und damit mit einem hohen Risiko für die Frauen verbunden. Organisationen wie IPPF haben durch die Policy substanziell Funding verloren. Sie schätzen, dass durch die erweiterte Version der Global Gag rule, die jetzt in Kraft ist, mehr als 20.000 Schwangere im Zusammenhang mit der Schwangerschaft sterben und mehr als 4,8 Mio. unerwünschte Schwangerschaften auftreten werden.³

Was uns Partnerorganisationen in Afrika berichten, ist die Tatsache, dass es eine Rücknahme von Programmen auf diesem Gebiet gibt. Die Stiftung Weltbevölkerung hat das im speziellen dokumentiert und wird hier sicher darauf eingehen.

³ <https://unfoundation.org/blog/post/the-global-gag-rule-one-year-later/>

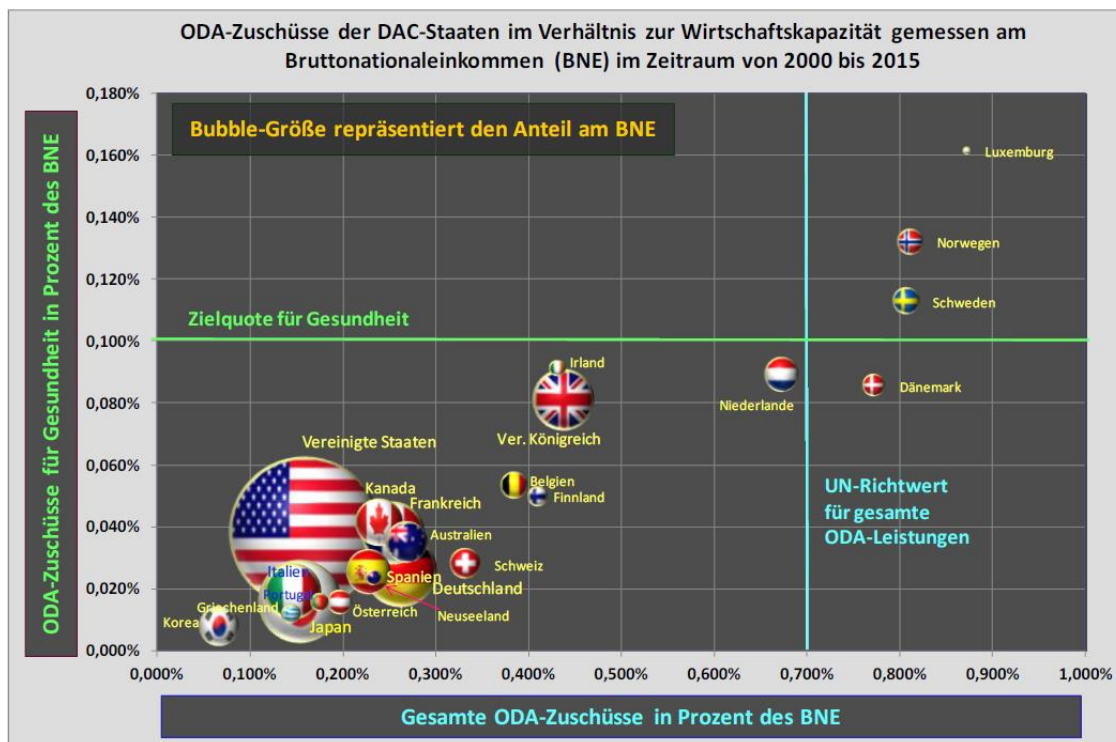
Diese Finanzierungsausfälle stellen alle Organisationen, die die Global Gag Rule nicht unterschrieben haben, vor finanzielle Engpässe im SRGR und FP Bereich. Letztlich wird damit vor allem marginalisierten und benachteiligten Frauen der Zugang zu freiwilliger Familienplanung verwehrt, mit gravierenden Folgen für ihre Gesundheit und ihr Überleben.

Was Brot für die Welt und Difäm erleben, sind Programme, die bisher z.B. über PEPFAR oder ähnliche Quellen finanziert wurden, dass hier die Mittel insbesondere für gemeindebasierte Aktivitäten und die Umsetzung von Sensibilisierungs- und Nachverfolgungsprogrammen erschweren.

Unsere Partnerorganisationen sind vor allem betroffen davon, dass sie Mittel von anderen Gebern erhalten, die ihrerseits Finanzierung aus den USA erhalten, und für die also die Global Gag rule gilt. Sie mussten dadurch Services einschränken, bzw. versuchen, durch Finanzierung aus anderen Programmen die Verluste aufzufangen. Dies zeigt sich aus Rückmeldungen von BfdW Partnerorganisationen in Afrika. Bei kirchlichen Partnern springen auch die Kirchengemeinden ein, die durch Spenden versuchen, den Rückgang der Mittel aufzufangen. Dies macht auch die Verankerung der HIV und SRGR Services in den Kirchen deutlich.

Deutschland hat in den letzten Jahren die Finanzierung globaler Geber erhöht, was wir als Zivilgesellschaft sehr begrüßen. Allerdings ist der Beitrag der Bundesregierung zu globaler Gesundheit - und dazu gehört auch die reproduktive Gesundheit - immer noch deutlich unter dem seit langem geforderten 0,1% Ziel, das 2001 von den Vereinten Nationen beschlossen wurde.

Das Missionsärztliche Institut in Würzburg hat dazu ausgiebiges Zahlenmaterial erstellt.⁴ Die folgende Abbildung zeigt, wo Deutschland im Blick auf die Ausgaben für Gesundheit im Vergleich zu anderen Staaten liegt.



⁴ Deutschlands Beiträge für die globale Gesundheit und HIV-Bewältigung im Kontext der Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele, Rüppel J., 2016

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

Wie auf der Sitzung der AG SRGR im November im BMZ mitgeteilt wurde (mündliche Mitteilung), wird Deutschland die Beiträge für IPPF, UNFPA, UN Women und UNICEF erhöhen. Dies ist begrüßenswert. Gleichzeitig sollte sich die Bundesregierung auf internationaler Ebene (UN, WHO, G20) für eine Rücknahme der Mexiko City Policy einsetzen. Eine weitere Anforderung ist die Stärkung der bilateralen Finanzierung und die Finanzierung der kirchlichen und NGO Zusammenarbeit in diesem Bereich. Eine Möglichkeit ist auch die Stärkung der BMZ Initiative "Selbstbestimmte Familienplanung und Müttergesundheit", die von 2015 bis 2019 je 100 Mio. Euro für SRGR zur Verfügung stellt, und ihre Fortführung über 2019 hinaus.⁵

Dabei wird sich auch die Finanzierung der Stärkung der lokalen Gesundheitssysteme, positiv auf die reproduktive Gesundheit auswirken. Die Förderung von „Youth Friendly Services“, Ausbildung, Verbesserung der Infrastruktur etc. sind alles Maßnahmen, die am Ende auch die Qualität der „Reproductive Health Services“ erhöhen und damit Akzeptanz der Maßnahmen verbessern. Es ist zu bedauern, dass Gesundheit bisher keinen so hohen Stellenwert hat, wie ihr eigentlich zusteht.

Brot für die Welt und Difäm unterstützen, dass Staaten den Zugang zu freiwilliger Familienplanung sicherstellen können, und dass besonders auf die Bedürfnisse der Frauen, der marginalisierten und benachteiligten, der nicht-verheirateten und der jungen Menschen und der Menschen mit Behinderungen geachtet werden sollte.

Wir unterstützen Partnerorganisationen in ihrer Lobbyarbeit, sodass nationale Regierungen SRGR Programme ausreichend finanzieren und dabei auch kirchliche und zivilgesellschaftliche Gesundheitsdienste unterstützen. Kirchen stellen allein in Afrika 40 Prozent der Gesundheitsversorgung zur Verfügung und sind somit wichtige Akteure in diesem Bereich.

Darüber hinaus nehmen Difäm und Brot für die Welt, teils auch im Verband mit anderen NROs, Einfluss auf deutsche Politik (BMZ, BMG) über verschiedene Dialog-Instrumente, um den Zugang zu Familienplanung und Stärkung der Frauen zu erreichen.

A4) besteht von Seiten der Regierungen der über 30 Sub-Sahara-Staaten überhaupt Bedarf, Familienplanungsprogramme durchzuführen? Gibt es Vorreiter? Gibt es Verweigerer?

Seit mehr als 20 Jahren gibt es unterschiedliche Programme im Bereich von SRGR. Dabei ist es wichtig, Familienplanungsprogramme nicht singulär zu betreiben, sondern diese Programme in ein „Reproductive Health Programm“ zu integrieren. Das bedeutet, dass alle Fragen in diesem Gebiet, für Männer und Frauen, insbesondere für junge Menschen an einer Stelle und aus einer Hand beantwortet werden.

Wer Familienplanung will oder braucht, hat auch ein Risiko mit Infektionen in Kontakt zu kommen und möchte vielleicht auch noch ganz andere Fragen, wie die des unerfüllten Kinderwunsches, anbringen können. Daher ist es wichtig, im jeweiligen sozio-kulturellen Kontext solche Services anzubieten. Der Staat sollte solche Services finanzieren und zwar umfänglich, im Sinne des

⁵ https://health.bmz.de/what_we_do/Reproductive-maternal-and-child-health/policies_and_concepts/BMZ_Initiative_FP_MH/BMZ-Initiative-FP-MH-GER_.pdf

Subsidiaritätsprinzips die Umsetzung aber maßgeblich in die Hände von zivilgesellschaftlichen Organisationen legen, die entsprechende Angebote machen können.

Zum Teil wird das in einigen Afrikanischen Staaten auch gemacht. Es gibt aber immer noch viele, wo der Zugang zu den öffentlichen Geldern für NRO eher schwierig ist. Während zB in Ruanda das Thema einen größeren Stellenwert hat, wie auch durch die vollständige Verhinderung der Mutter-zu-Kind-Übertragung von HIV gezeigt wird, sind andere Länder zurückhaltender. Insgesamt gibt es jedoch eine größere Offenheit.

B1) Inwiefern wirkt die Gewährleistung von SRGR auf die Stärkung und Teilhabe von Mädchen und Frauen ein? Welche Rollen spielen Normen und Traditionen in dem Prozess?

Die Stärkung der Selbstbestimmung von Mädchen und Frauen ist eine wichtige Voraussetzung für ein erfolgreiches Programm von Familienplanung und SRGR. Hier ist es wichtig, an lokale sozio-kulturelle Grundlagen anzuknüpfen und gemeinsam mit den Menschen vor Ort Strategien zu entwickeln, wie man diese sensiblen Themen in einer Gesellschaft diskutieren kann, und es dann auch zu einer höheren Bereitschaft kommt, solche Services anzunehmen.

Die Einwilligung des männlichen Partners ist bei den meisten Methoden der Familienplanung vonnöten, jedoch für Frauen häufig kaum umzusetzen, wenn sie in ihren Familien und Gemeinden nicht gleichberechtigt sind. Brot für die Welt und Difäm unterstützen daher Programme, die das Selbstbestimmungsrecht der Frauen in sexueller Gesundheit fördern. Sie gründen Positionen und Förderpraxis auf einem menschenrechtsbasierten und Geschlechtergerechtigkeits-Ansatz. Wesentlich sind das „Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau“ der Vereinten Nationen von 1979, in dem das Recht auf Familienplanung erstmals verbindlich verbrieft wurde.

Die Weltgesundheitsorganisation hat Leitlinien für den Umgang mit Kontrazeptiva herausgegeben. Darin wird gefordert, dass jede/r, der/die Kontrazeptiva nutzen möchte, in der Lage sein muss, akkurate Information, Beratung und eine ganze Bandbreite der zur Verfügung stehenden Produkte zu erhalten.

Warum ist trotz zum Teil erheblicher Entwicklungsfortschritte der traditionelle Wunsch nach einer großen Familie mit bis zu 11 Kindern in den Ländern Sub-Sahara Afrikas immer noch weit verbreitet?

Kinderwunsch und die tatsächliche Zahl der Kinder werden von sozio-kulturellen, politischen, psychologischen und ökonomischen Faktoren bestimmt. Dazu zählen persönliche Ziele, Wertvorstellungen, Zugang zu Bildung und Gesundheitsdiensten und Zugang zu Empfängnisverhütung. Da in vielen Entwicklungsländern Kinder auch ein wichtiger Teil der „Altersversorgung“ sind, spielt dieser Faktor eine große Rolle. Im weltweiten Maßstab sinkt die Zahl der Kinder, die sich Frauen wünschen. Dies trifft auch auf Entwicklungsländer zu.

Länder mit hohen Fertilitätsraten sind typischerweise ärmer und haben höhere Geschlechterungerechtigkeit. Länder mit niedrigeren Fertilitätsraten haben höhere Raten von Schulbildung der Frauen.

Der Wunsch nach einer kinderreichen Familie steht bei vielen Frauen und Paaren im Zusammenhang mit dem Fehlen leistungsfähiger sozialer Sicherungssysteme, die Absicherung im Alter und bei

Krankheit ermöglichen. Die Förderung von Instrumenten der sozialen Sicherung wie Krankenversicherungen und Altersversorgung tragen zu größerer Selbstbestimmung bei und erweitern die Vielfalt von Lebensentwürfen und Wahlmöglichkeiten.

Allerdings gibt es große Veränderungen in den heutigen afrikanischen Gesellschaften. Immer mehr junge Menschen möchten Kinder, aber nicht mehr viele Kinder, weil sie merken, dass sie ihnen keine Zukunft garantieren können. So erleben wir es bei Brot für die Welt und im Difäm, dass die jungen Menschen 2-3 Kinder wollen, diese sollen dann nicht nur „überleben“, sondern Zukunft und Perspektive haben. Das ist wohl eine der größten Herausforderungen, die wir heute haben, dieser so unglaublich schnell wachsenden Generation, diese Möglichkeit zu bieten.

Ist die EZ in der Lage, Kultur und Traditionen zu ändern, ohne sich dem möglichen Vorwurf der Bevormundung oder des neo-Kolonialismus auszusetzen?

Brot für die Welt und Difäm und ihre Partnerorganisationen behandeln die Themen SRGR und Familienplanung in den vielfältigen sozio-kulturellen und gesundheitlichen Dimensionen. Zentral ist der Zusammenhang mit Bildung und Empowerment von Frauen wie auch die Einbeziehung von Männern, um Geschlechtergerechtigkeit zu realisieren.

Kirchliche Gesundheitsdienste hatten und haben ein sehr spezifisches und vielschichtiges Potential: Sie sind weltweit vertreten und meist lokal, regional und international gut vernetzt; gleichzeitig genießen sie Vertrauen und Respekt der Menschen vor Ort. Ihr Anspruch ist es, dass kranke Menschen und ihre Familien bei ihnen konkrete diakonische Hilfe ebenso wie spirituellen Beistand und politische Unterstützung ihrer Anliegen finden. Zivilgesellschaftliche und insbesondere glaubensbasierte Gesundheitsdienste waren seit jeher auch dort vertreten, wo staatliche Gesundheitsdienste nicht hinreichten. Sie bleiben auch heute häufig die einzigen Anbieter - gerade in ländlichen Gebieten, in Krisenregionen und für die Menschen, die sonst keinen Zugang zu Gesundheitsversorgung hätten. So stellen Kirchen in Afrika noch immer 20 bis 40 Prozent der Gesundheitsdienste.

Difäm und Brot für die Welt fördern auf mehrere Weise SRGR und FP:

- Geschlechtergerechtigkeit, Frauenrechte und Basisgesundheitsdienste werden insbesondere in und durch christliche Gesundheitsorganisationen (Christian Health Associations) in verschiedenen Ländern vorangetrieben, beispielsweise engagiert sich die christliche Gesundheitsorganisation Kenia (Christian Health Association Kenya CHAK) in integrierten Gesundheitsprogrammen, die Familienplanung, reproduktive Gesundheit und Neugeborenenengesundheit beinhalten, indem sie Kapazitäten der Mitglieds-Krankenhäuser stärkt und das Engagement und Verantwortungsübernahme von Leitenden Geistlichen und Gemeindeführern fördert.
- Gerade Primary Health Care (Basisgesundheitsprogramme) sind sehr gut aufgestellt, um SRGR und FP zu integrieren. Primary Health Care bedeutet eine wohnortnahe und qualitativ gute Gesundheitsversorgung, die verfügbar, zugänglich, erschwinglich, angemessen und akzeptierbar ist und auf lokaler Partizipation und Eigenverantwortung (ownership) basiert.
- Erhebliche Ressourcen und Debatten haben sich im Umkreis des Themas HIV und Aids entwickelt, insbesondere die Rolle des Kondomgebrauchs in der Prävention, die sexuelle Selbstbestimmung von Frauen und Mädchen und die Rolle von sexueller Gewalt in der Übertragung.

B2) Auf die gesellschaftliche Akzeptanz von Familienplanung haben in Sub-Sahara Afrika unter anderem die Kirchen und religiöse Autoritäten einen großen Einfluss. Welchen Beitrag können kirchliche Akteure dort leisten, um den Zugang zu Aufklärungsarbeit, zu sexueller Gesundheit, Familienplanung und Rechtsberatung zu verbessern?

Sexualität ist nach evangelischem Verständnis nicht nur auf Fortpflanzung ausgerichtet. Sie ist ein möglicher Ausdruck von Liebe, engster körperlicher Zuneigung und Nähe. Künstliche Verhütung wird ausdrücklich bejaht. Dennoch gibt es im protestantischen Bereich in den Einzelfragen der Sexualethik in den Landeskirchen, Freikirchen und sogar innerhalb von Ortsgemeinden ggfls. eine große Spannweite unterschiedlicher Auffassungen, und die Achtung vor der Gewissensentscheidung des Paares oder eines einzelnen Menschen bleibt vorrangig. Brot für die Welt und Difäm achten die theologischen und kirchlichen Traditionen, die bei den kirchlichen Partnern eine Rolle spielen und bemüht sich um einen kreativen Dialog, in dem eigene Positionen weder verschwiegen, noch Partnern aufoktroiert werden.⁶

Fehlende oder qualitativ schlechte Gesundheitsversorgung und krankmachende Lebensbedingungen tragen zu hoher Kindersterblichkeit bei. Dies bedingt wiederum hohe Geburtenzahlen, weil Frauen wissen, dass nicht alle ihre Kinder überleben werden. Daher wird Zugang zu freiwilliger Familienplanung als Bestandteil von Basisgesundheitsversorgung (Primary Health Care) gefördert⁷, wie sie von der Weltgesundheitsorganisation unterstützt wird. Im Gesundheitsbereich tätige Partnerorganisationen richten ihre Arbeit meist in diesem Rahmen aus und integrieren Familienplanung als eine Komponente ihrer Arbeit. Partner bieten in ihren Gesundheitseinrichtungen und Basisgesundheitsprogrammen Informationen rund um Familienplanung an und stellen Empfängnisverhütungsmittel zur Verfügung. Beispiele sind: Die Partnerorganisation Indonesian Christian Association of Health Services (PELKESI) hat Familienplanung als Bestandteil der Gesundheitsförderungsprogramme. Sie integriert außerdem Genderfragen in Trainingsmodule im Basisgesundheitsbereich und erreicht so, dass in einigen Gemeinden traditionelle Geschlechterrollen aufgebrochen werden konnten und Männer sich mit Familienplanung auseinandersetzen. Auch die von PELKESI als Dachorganisation der christlichen Gesundheitsdienste unterstützten Basisgesundheitsprogramme haben Familienplanung in ihre Aktivitäten integriert.

B3) Welche Bedeutung hat Aufklärung und umfassende Sexualerziehung für die sexuelle und reproduktive Gesundheit und Selbstbestimmung von Mädchen und Frauen neben anderen Maßnahmen im SRGR Bereich?

In vielen Gemeinschaften definieren sich (Selbst-) Wert und Ansehen von Frauen über ihre Rolle als Mutter. Die Folge hiervon ist u.a., dass Frauen in einem jüngeren Alter Kinder und eine größere Anzahl von Kindern haben, als dies bei veränderten Rollenmodellen der Fall wäre. In Entwicklungsländern sind 9 von 10 Mädchen unter 18 Jahren verheiratet, wenn sie schwanger werden – meist mit sehr viel älteren Männern, so dass Verhandlungen über Kondomgebrauch und Geburtenabstand für die jungen Frauen schwierig sind. Auch gehört in Afrika durch die Zahlung des Brautpreises die Frau mit der Heirat zur Familie des Mannes, so dass Entscheidungen über Kinder und Verhütung sehr stark von der Familie des Mannes geprägt werden.

⁶ Orientierung Familienplanung Brot für die Welt, 2014

⁷ Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2014: Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf

B4) Welche Rolle kann Jungen und Männern zukommen, wenn es um die Stärkung der reproduktiven Gesundheit und Rechte von Mädchen und Frauen und letztlich und letztlich ihre gesellschaftliche, politische und ökonomische Teilhabe geht?

Das in vielen Gesellschaften herrschende Modell von dominanter Maskulinität erlaubt Männern, ihre Sexualität auch in unverantwortlicher Weise auszuleben, da Virilität meist mit Männlichkeit gleichgesetzt wird. Männer bestimmen darüber, wann und wie Sex stattfindet. Viele sehen sich nicht für Verhütung von Schwangerschaften verantwortlich und bei (unverheirateten) Frauen müssen Männer auch die sozialen und gesundheitlichen Folgen von ungewollten Schwangerschaften nicht tragen. Ohne Entscheidungsmacht und die Ressourcen zur Verfügung zu haben, können Frauen kaum Entscheidungen über Verhütung zu ihrem eigenen Wohl und das ihrer Familien treffen. Sie können daher meist nicht auf Kondombenutzung bestehen. Auch wenn sie die Zahl der Schwangerschaften reduzieren möchten, können sie sich gegen den Willen der Männer und oft auch der Familie nicht durchsetzen, falls diese den eigenen Wünschen nicht entsprechen.

Um Familienplanung realisieren zu können, ist daher die Arbeit mit Männern und mit lokalen Entscheidungsträgern von großer Bedeutung. Wir fördern Projekte, in denen der Diskurs über sexuelle Einstellungen und Lebensformen von Männern (Transformation hin zu einer verantwortlichen männlichen Sexualität) adressiert wird. Dies ist in Afrika u.a. das theologische Frauennetzwerk (Circle of Concerned Women Theologians), kirchliche und religiöse HIV-Projekte und Organisationen wie Ecumenical HIV Initiative in Action (EHAIA) und International Network of Religious Leaders Living With or Personally Affected by HIV and AIDS (INERELA).

Es werden auch Programme gefördert, die sich an Männer richten. Männer werden dabei aber nicht als die ‚Täter‘ gesehen, die zu reformieren sind, sondern als Menschen, die ebenfalls einem hohen gesellschaftlichen Druck ausgesetzt sind. Vielen Männern ist heute auch bewusst, dass es schwierig sein kann, eine große Familie zu ernähren. Transformative Maskulinitätsansätze, wie von EHAIA, Padare und anderen Partnerorganisationen praktiziert, geben Männern Raum, um sich über ihre Sozialisierung und Situation auszutauschen und Rollenmodelle zu hinterfragen. Viele Männer wollen auch eine andere Maskulinität leben, als die, die ihre Gesellschaft vorgibt, benötigen dabei aber Unterstützung. Ansätze, bei denen mit Frauen und Männern gearbeitet wird, tragen zu nachhaltigen positiven Veränderungen und mehr Gendergerechtigkeit in den familiären Entscheidungen bei.

B5) Wodurch ist die Streuung des Kinderwunsches in Sub-Sahara Afrika von 3,6 in Ruanda bis hin zu 9,5 in Niger zu erklären? Wenn es eine Vielzahl von Gründen gibt, gibt es eine Rangfolge der Tragweite dieser Gründe (generell oder auch regional)?

Eine generelle Rangfolge aufzustellen, ist aufgrund der Komplexität nicht möglich.

Sicher spielen traditionelle kulturelle Einstellungsmuster eine Rolle, wie die Hochschätzung von Fruchtbarkeit (als Zeichen des irdischen Segens Gottes und auch des gesellschaftlichen Status), sowohl als internalisierte Erwartung von Frauen an sich selbst, als Erwartung von Männern an Frauen wie auch als Erwartung der Dorfgemeinschaft insgesamt.

B6) Eine Voraussetzung zu geringerer Fertilität kann sein, dass die Menschen einen Vorteil ökonomischer oder gesundheitlicher Art in einer kleineren Familie erkennen. Gibt es Beispiele in

Ihrem Wirken, in dem Sie diesen Mechanismus mit den erwähnten oder auch anderen Vorteilsgründen erfolgreich oder auch nicht erfolgreich anzuwenden versucht haben?

Difäm und Brot für die Welt setzen sich für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) als wichtige Voraussetzung für Gesundheit und Wohlbefinden von Frauen und Männern ein. Dazu müssen sich Menschen vor Gesundheitsproblemen im Zusammenhang mit dem Sexualleben – also beispielsweise sexuell übertragbaren Krankheiten - schützen können, Zugang zu freiwilliger Familienplanung und Zugang zu medizinischer Behandlung erhalten, und vor sexueller Gewalt und Zwang bewahrt sein.⁸

Menschen sollten freiwillig entscheiden können, ob, wann und wie viele Kinder sie bekommen möchten. Dazu muss der Zugang zu freiwilliger Familienplanung, der besonders für arme und marginalisierte Frauen, junge und unverheiratete Menschen und Menschen mit Behinderung eingeschränkt ist, erhöht werden. Dadurch können nicht-geplante Schwangerschaften und die daraus häufig folgenden Schwangerschaftsabbrüche verhindert und damit Bildungs- und Lebenschancen von Mädchen und Frauen erhöht werden. Ungewollt schwangere Frauen sollten alle Unterstützung erhalten, derer sie bedürfen.

Mit ihrem Handeln im Bereich Gesundheit treten Brot für die Welt und Difäm sexualisierter, psychischer oder physischer Gewalt mit ihren schwerwiegenden Auswirkungen auf sexuelle und reproduktive Gesundheit entgegen. Wir arbeiten daran, dass die durch Gewalt und ungeschützten Sexualverkehr übertragenen Krankheiten nicht mehr Hauptrisikofaktoren für Behinderung und Tod bei Frauen und Mädchen sind.

Ein nachhaltiger Weg, den Teufelskreis aus Armut und Krankheit zu durchbrechen und die Fertilitätsraten zu senken, ist der Aufbau von sozialen Sicherungssystemen zum Schutz der Bevölkerung vor Risiken durch Krankheit. Dazu werden spezielle Programme gefördert.

Um dem Mangel an Gesundheitspersonal in Entwicklungs- und Schwellenländern entgegenzuwirken, der einen erheblichen Beitrag zum mangelnden Zugang zu Familienplanung leistet, sind grundsätzlich mehr Investitionen in die Ausbildung und Weiterbildung von Ärzt*innen, Pflegepersonal, Hebammen, Apotheker*innen, Gemeindegesundheitsshelfer*innen und Gesundheitsmanagement-Personal notwendig.

⁸ Policy Gesundheit , April 2018, noch unveröffentlicht