19. Wahlperiode

Deutscher Bundestag
Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Kurzprotokoll
der 22. Sitzung

Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
Berlin, den 12. Dezember 2018, 11:00 Uhr
Berlin, Paul-Löbe-Haus
E.800

Vorsitz: Uwe Kekeritz, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt **Seite 5**

Öffentliche Anhörung zum Thema

„Stärkung der Rechte der Frauen - Freiwillige Familienplanung in Subsahara-Afrika“

Mitglieder des Ausschusses

	Ordentliche Mitglieder	**Stellvertretende Mitglieder**
CDU/CSU	Kauder, Volker Kippels, Dr. Georg Klein, Volkmar Marschall, Matern von Ramsauer, Dr. Peter Sauer, Stefan Selle, Johannes Stefinger, Dr. Wolfgang Stein (Rostock), Peter	Gröhe, Hermann Grübel, Markus Hahn, Florian Heinrich (Chemnitz), Frank Marwitz, Hans-Georg von der Schulze, Dr. Klaus-Peter Staffler, Katrin Stegemann, Albert Throm, Alexander
SPD	Raabe, Dr. Sascha Vogt, Ute Weber, Gabi Ziegler, Dagmar	Baehrens, Heike Heinrich, Gabriela Matschie, Christoph Mützenich, Dr. Rolf Steffen, Sonja Amalie
AfD	Friedhoff, Dietmar Frohnmaier, Markus Oehme, Ulrich	Kestner, Jens Keuter, Stefan Weyel, Dr. Harald
FDP	Hoffmann, Dr. Christoph in der Beek, Olaf Mansmann, Till	Alt, Renata Lambsdorff, Alexander Graf Westig, Nicole
DIE LINKE.	Schreiber, Eva-Maria Sommer, Helin Evrim	Hänsel, Heike Kessler, Dr. Achim
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Holtz, Ottmar von Kekeritz, Uwe	Bause, Margarete Roth (Augsburg), Claudia

Nur zur dienstlichen Verwendung

19. Wahlperiode

Deutscher Bundestag

Sitzung des Ausschusses für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (19. Ausschuss)
Mittwoch, 12. Dezember 2018, 11:00 Uhr

Es gelten die Datenschutzhinweise unter: https://www.bundestag.de/datenschutz

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
CDU/CSU		**CDU/CSU**	
Kauder, Volker		Gröhe, Hermann	
Kippels Dr., Georg		Hahn, Florian	
Klein, Volkmar		Heinrich (Chemnitz), Frank	
Marschall, Matern von		Hennrich, Michael	
Ramsauer Dr., Peter		Marwitz, Hans-Georg von der	
Sauer, Stefan		Schulze Dr., Klaus-Peter	
Selle, Johannes		Staffler, Katrin	
Stefinger Dr., Wolfgang		Stegemann, Albert	
Stein (Rostock), Peter		Throm, Alexander	
SPD		**SPD**	
Bülow, Marco		Baehrens, Heike	
Raabe Dr., Sascha		Heinrich, Gabriela	
Vogt, Ute		Matschie, Christoph	
Weber, Gabi		Mützenich Dr., Rolf	
Ziegler, Dagmar		Steffen, Sonja Amalie	

19. November 2018 **Anwesenheitsliste** Seite 1 von 2
Referat ZT 4 - Zentrale Assistenzdienste, Tagungsbüro
Luisenstr. 32-34, Telefon: +49 30 227-32251, Fax: +49 30 227-36339

Nur zur dienstlichen Verwendung

19. Wahlperiode

Sitzung des Ausschusses für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (19. Ausschuss)
Mittwoch, 12. Dezember 2018, 11:00 Uhr

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
AfD		**AfD**	
Friedhoff, Dietmar		Kestner, Jens	
Frohnmaier, Markus		Keuter, Stefan	
Oehme, Ulrich		Weyel Dr., Harald	
FDP		**FDP**	
Hoffmann Dr., Christoph		Alt, Renata	
In der Beek, Olaf		Lambsdorff, Alexander Graf	
Mansmann, Till		Westig, Nicole	
DIE LINKE.		**DIE LINKE.**	
Schreiber, Eva-Maria		Hänsel, Heike	
Sommer, Helin Evrim		Kessler Dr., Achim	
BÜ90/GR		**BÜ90/GR**	
Holtz, Ottmar von		Bause, Margarete	
Kekeritz, Uwe		Roth (Augsburg), Claudia	

19. November 2018

Anwesenheitsliste
Referat ZT 4 - Zentrale Assistenzdienste, Tagungsbüro
Luisenstr. 32-34, Telefon: +49 30 227-32251, Fax: +49 30 227-36339

Seite 2 von 2

Nur zur dienstlichen Verwendung

Konzept zu einer öffentlichen Anhörung

im Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung des Deutschen Bundestages am 12. Dezember 2018 von 11:00 bis 13:00 Uhr zum Thema: Stärkung der Rechte der Frauen – Freiwillige Familienplanung in Subsahara-Afrika (Stand 08. November 2018)

I. Thema und Ziel:

Die Bevölkerungsdynamik ist eine wesentliche Größe in der Entwicklungszusammenarbeit (EZ). Die erwarteten Bevölkerungsveränderungen bewirken auf globaler, regionaler und lokaler Ebene entscheidende Weichenstellungen. Global steigt die Weltbevölkerung weiter an. Heute leben ca. 7,6 Milliarden Menschen auf der Welt. Bis 2050 wird sich diese Anzahl auf voraussichtlich 9,8 Milliarden erhöhen. Dieses Wachstum verteilt sich ungleichmäßig. Der größte Anstieg wird in Afrika erwartet, wo sich die Anzahl der Menschen bis 2050 auf mehr als 2,4 Milliarden verdoppeln wird. Dieses enorme Wachstum wird vor allem in Subsahara-Afrika stattfinden. Auch hier werden regionale Unterschiede deutlich: In Niger bekommt eine Frau durchschnittlich 7,2 Kinder und in Südafrika 2,4 Kinder.

Ganz im Sinne des Kairoer Weltbevölkerungskongresses im Jahr 1994 wird Bevölkerungspolitik nicht mehr verstanden als das Erreichen einer bestimmten Wachstumsrate, sondern stellt ausdrücklich den Menschen mit seinen individuellen Bedürfnissen in den Vordergrund. Reproduktive Gesundheit lautet gemäß Kapitel 7 des Kairoer Aktionsprogramms, „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 (...) zu haben (...), und das Recht auf Zugang zu angemessenen Gesundheitsdiensten, die es Frauen ermöglichen, eine Schwangerschaft und Entbindung sicher zu überstehen, und die für Paare die bestmöglichen Voraussetzungen schaffen, dass sie ein gesundes Kind bekommen.“ Jeder Mensch hat damit ein Recht auf Aufklärung und auf Zugang zu Familienplanungsmethoden seiner Wahl, die sicher, wirksam und erschwinglich sind. Zentral dabei ist, auch im Sinne der Agenda 2030, vor allem die Selbstbestimmtheit von Frauen und Mädchen in Bezug auf ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR).

Vor diesem Hintergrund wird sich die Anhörung darauf konzentrieren, wie die Rechte der Frauen gestärkt werden können. Auf die drei maßgeblichen Faktoren, nämlich der Zugang von Frauen zu 1.) Bildung, 2.) Arbeit und 3.) Gesundheitsdienstleistungen, soll im Teil IV der Anhörung „Themenblöcke und Fragenkatalog“ eingegangen werden.

Nur zur dienstlichen Verwendung

Die Anhörung wird sich regional auf Subsahara-Afrika konzentrieren, da hier die größte Bevölkerungsdynamik stattfindet. Der Zugang zu Familienberatung und Mittel der Familienplanung sollen erörtert, Widerstände benannt sowie die Rolle traditioneller und moderner Ansichten zur Familie beleuchtet werden. Dazu gehört auch die Einbeziehung der männlichen Vorstellungen in Bezug auf Reproduktion und Familie.

Ziel der Anhörung soll es sein, politische Handlungsempfehlungen aus den Beiträgen der Sachverständigen (SV) direkt zu erhalten bzw. diese aufgrund der Ausführungen der SV formulieren zu können. Herausforderungen sollen verdeutlicht und Wege zu deren Bewältigung aufgezeigt werden.

II. Schriftliche Stellungnahmen

Jeder Sachverständige wird gebeten, zu dem Themenblock, einschließlich der jeweiligen Fragen (siehe unter IV.), zu dem er eingeladen wurde, eine schriftliche Stellungnahme bis zum 5.12.2018 an das Sekretariat des AwZ zu übersenden. Selbstverständlich ist ihm freigestellt, auch zu dem anderen Themenblock Stellung zu nehmen. Das Einreichen von grundsätzlichen Positionen zum Thema ist ebenso möglich. Das Sekretariat wird die eingegangenen Unterlagen als Grundlage für die Anhörung an die Mitglieder des Ausschusses im Vorfeld der Anhörung verteilen.

III. Ablauf der Anhörung

Von einem mündlichen Eingangsstatement wird aus zeitlichen Gründen abgesehen; anstelle dessen erfolgt die Anforderung der schriftlichen Stellungnahme.
Pro Themenblock von 60 Minuten wird es vier Sachverständige geben. Bei den vorgesehenen zwei Fragerunden pro Themenblock haben die Sachverständigen jeweils etwa 5 Minuten Zeit für die Beantwortung.

Nur zur dienstlichen Verwendung

IV. Themenblöcke und Fragenkatalog

Themenblock A
Familienplanung - Internationale und strukturelle Rahmenbedingungen:

Akteure, Finanzierung, Auswirkung der Reaktivierung der Global Gag Rule durch die USA; shrinking spaces - Hindernisse durch Regierungen in den Partnerländern; Zunahme von Konflikten und sexualisierter Gewalt; Notwendigkeit der Verankerung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte in internationalen Abkommen.

Fragen:

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?

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?

b) Wie stellt sich das bisherige deutsche Engagement im Vergleich zu anderen großen Geberländern, insbesondere denjenigen, die vorrangig auf multilaterale Ansätze setzen, dar?
c) Gibt es Geberländer, die sich auf die Wiedereinsetzung der Global Gag Rule berufen und ebenfalls ihr Engagement in der freiwilligen Familienplanung zurückfahren?

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?

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

Nur zur dienstlichen Verwendung

Themenblock B
Stärkung der Frau - der lokale Kontext:

Rolle von externen Einflussfaktoren wie Traditionen, Armut, fehlende Rechte, unzureichende Infrastruktur; inner- und außerschulische Aufklärung; Einbeziehung von Jungen und Männern in die Familienplanungsarbeit; allgemeiner diskriminierungsfreier Zugang zu Gesundheitsversorgung und Dienstleistungen der reproduktiven Gesundheit.

Fragen:

B1.
a) Inwiefern wirkt die Gewährleistung von SRGR auf die Stärkung und Teilhabe von Mädchen und Frauen ein? Welche Rolle spielen Normen und Traditionen in dem Prozess?
b) Warum ist trotz zum Teil erheblicher Entwicklungsfortschritte der traditionelle Wunsch nach einer großen Familie mit bis zu 11 Kindern in den Ländern Subsahara-Afrikas immer noch sehr weit verbreitet?
c) Ist die EZ in der Lage, Kultur und Tradition zu ändern, ohne sich den möglichen Vorwurf der Bevormundung oder des Neo-Kolonialismus auszusetzen?

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

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?

B4.
Welche Rolle kann Jungen und Männer zukommen, wenn es um die Stärkung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte von Mädchen und Frauen und letztendlich ihre gesellschaftliche, politische und ökonomische Teilhabe geht?

B5.
Wodurch ist die Streuung des Kinderwunsches in Subsahara-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)?

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, indem Sie diesen Mechanismus mit den erwähnten oder auch anderen Vorteilsgründen erfolgreich oder nicht erfolgreich anzuwenden versucht haben?

Nur zur dienstlichen Verwendung

19. Wahlperiode

Deutscher Bundestag

Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Liste der Sachverständigen

Öffentliche Anhörung zum Thema:

"Stärkung der Rechte der Frauen – Freiwillige Familienplanung in Subsahara-Afrika"

am Mittwoch, 12. Dezember 2018 (11.00 bis 13.00 Uhr)

Teil A

Katrin Erlingsen

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung

Nadine Krysostan

Programme Coordination and Liaison Specialist UNFPA

Dr. Gisela Schneider

Direktorin Deutsches Institut für Ärztliche Mission e.V. (Difäm)

Dr. Frank Strelow

Vice President Global HealthCare Programs Bayer AG Commercial Operations EMEA, Pharmaceuticals

Teil B

Dr. Sabine Baunach

Save the Children,
Expert on Sexual and Reproductive Health

Sonja Birnbaum

Plan International Deutschland e.V.
Leiterin Repräsentanz Berlin

Dorothee Klüppel

Bischöfliches Hilfswerk MISEREOR e.V.

Abteilungsleitung Afrika / Naher Osten

Nur zur dienstlichen Verwendung

Tagesordnungspunkt

Öffentliche Anhörung zum Thema

„Stärkung der Rechte der Frauen - Freiwillige Familienplanung in Subsahara-Afrika“

Der **Vorsitzende**: Ich möchte Sie ganz herzlich zu dieser Anhörung im AwZ begrüßen. Begrüßen möchte ich auch die Experten, die hier eingeladen worden sind. Ihre Lebensläufe haben unsere Berichterstatter bekommen. Die wissen Bescheid. Deshalb verzichte ich auf die Vorstellung, da wir nur zwei Stunden Zeit haben und uns dann lieber auf das Wesentliche konzentrieren wollen. Es haben sich zwei Änderungen bei den Sachverständigen ergeben. Anstelle von Frau Mareike Haase von Brot für die Welt hat sich Frau Dr. Gisela Schneider bereiterklärt, hier einzuspringen. Ganz kurzfristig ist Frau Sabine Baunach von Save the Children eingesprungen. Sie haben Positionspapiere eingereicht, für die ich mich recht herzlich bedanke. Ich begrüße auch die Zuschauer auf der Tribüne. Wir haben zwei Stunden Zeit für diese Anhörung. Ich habe selber nicht am Konzept mitgearbeitet, aber diejenigen, die daran gebastelt haben, haben sich entschieden, dass wir zwei Blöcke mit je zwei Fragerunden machen. Die erste Fragerunde hat jeweils zwei Minuten Fragezeit und die zweite Runde eine Minute. Das ganze zweimal. Dann haben die Experten die Möglichkeit, zu antworten. Ihnen werden rechnerisch fünf Minuten zugestanden. Ich bitte Sie also, sich an die Zeit zu halten, denn um 13:00 Uhr sitzt hier nämlich niemand mehr. An die Fragesteller, die Kolleginnen und Kollegen, wenn Sie Ihre Fragen stellen, können Sie selbst entscheiden, wer aus Ihrer Fraktion die Frage stellt, da mische ich mich nicht ein. Sie können auch die Fragen teilen. Dann geben Sie das Wort kommentarlos an Ihren Kollegen weiter. Aber achten Sie darauf, dass die Redezeit dadurch nicht erhöht wird. Bitte sagen Sie auch – wenn möglich – an wen die Frage gerichtet ist, und bitte richten Sie die Frage nicht an alle Experten. Damit kommen wir zum Themenblock A.: „Familienplanung - Internationale und strukturelle Rahmenbedingungen. Wir beginnen mit dem Kollegen Dr. Georg Kippels von der CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Vielen herzlichen Dank. Meine Frage richtet sich an die Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW) und auch an UNFPA. In der Vorberichterstattung haben wir festgestellt, dass es in Afrika regional signifikante Unterschiede gibt, von einem durchschnittlichen Kindersegen von 2,4 Kindern in Südafrika bis hin zu 7,2 Kindern in Niger. In diesem Kontext meinerseits die Fragestellung: Sind diese Unterschiede bereits die Ergebnisse von teilweise erfolgreichen Entwicklungshilfemaßnahmen und wenn ja, was hat sich da als besonders effektvoll erwiesen? Oder sind das andere Gründe, beispielsweise religiöse, wirtschaftliche oder ähnliche, und sind diese Gründe dahingehend überprüft worden, inwieweit man sie im Austausch der afrikanischen Staaten untereinander übertragen kann? Die zweite strukturelle Frage in diesem Kontext ist: Gibt es im Hinblick auf die verschiedenen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Einflussnahme Maßnahmen, die sich im Rahmen der Regierungsverhandlungen und der Einflussnahme auf die lokalen Regierungen mit einer großen Akzeptanz darstellen, so dass sie also deutlich leichter durchzusetzen sind. Gibt es insbesondere auch Maßnahmen bzw. Vorgehensweisen, bei denen im besonderen Maße Widerstände zu überwinden sind oder nach den jetzigen Erkenntnissen überhaupt keine Akzeptanz bei den lokalen Regierungen hergestellt werden kann, so dass man auch sinnvollerweise davon Abstand nehmen sollte, diese Schritte weiter zu verfolgen, weil sie nicht umsetzbar sind?

Abg. **Gabi Weber** (SPD): Vielen Dank an alle Sachverständigen für Ihre schriftlichen Stellungnahmen. Ich muss sagen, die waren sehr übersichtlich gestaltet und haben mir das Lesen sehr erleichtert, aber auch den Erkenntnisgewinn. Trotzdem bleiben ein paar Fragen, insbesondere an Frau Dr. Schneider. In Ihrer Stellungnahme wird ausgeführt, dass die Programme für sexuelle reproduktive Rechte und Gesundheit am besten von der Zivilgesellschaft umgesetzt werden. Mir ist nicht ganz klar, warum die Zivilgesellschaft unbedingt den Vorrang vor der Regierung haben soll. Aus meiner

Nur zur dienstlichen Verwendung

Sicht sind die Regierungen dafür verantwortlich, was in ihren Ländern passiert. Meine zweite Frage richtet sich im Prinzip an alle. Wir haben in den Statements gelesen, dass es sehr wichtig ist, die Jugendlichen nicht erst ab einem Alter von 12 Jahren zu erreichen, sondern wesentlich früher. Da ist für mich durchaus die Verknüpfung zum Regierungstun, nämlich bei der Bildungsgestaltung. Wie sollte das gemacht werden, und wo können wir da Unterstützung leisten? Meine dritte Frage geht an die Bundesregierung und bezieht sich auf die Global Gag Rule. Wir haben in allen Stellungnahmen gelesen, dass sich sehr viel Leid daraus entwickelt. Was wird von Seiten der Bundesregierung unternommen, um die USA zur Rücknahme dieser Direktive zu bewegen? Und noch eine Frage an die Bundesregierung bezüglich des EU-Finanzrahmens von 2021 bis 2027, inwieweit das Instrument für Nachbarschaft, EZ und internationale Zusammenarbeit ebenfalls mit dem Themenkomplex sexuelle reproduktive Gesundheit noch einmal stärker in den Blick genommen wird?

Abg. **Markus Frohnmaier** (AfD): Ich hätte insbesondere Fragen an die UNFPA. Ich würde mich dafür interessieren, welche Art der Aufklärungsarbeit Ihrer Meinung nach am effektivsten ist. Sollten dabei nicht gerade Jungen und Männer im Fokus der Aufklärungsarbeit stehen? Wie erklären Sie sich die Erfolge der Familienplanungen in Äthiopien, welche Hindernisse erleben Sie in anderen Staaten, sei es von staatlicher oder zivilgesellschaftlicher Seite? Welche Staaten sind nach Ihrer Erfahrung am wenigsten kooperativ? Welche Gründe werden Ihrer Organisation hier angeführt? Zum Thema „Schwangerschaftsabbrüche“ haben Sie ausgeführt, und da würde mich interessieren, ob auch Schwangerschaftsabbrüche im Rahmen des Engagements der UNFPA durchgeführt oder die Möglichkeit hierzu vermittelt wurden? Hierzu führen Sie in Ihrer Stellungnahme aus, dass 295.000 unsichere Abtreibungen verhindert werden konnten. Was ist damit konkret gemeint? Welche Auffassung bezüglich Schwangerschaftsabbrüche vertritt UNFPA? Unter welchen Voraussetzungen werden Abtreibungen unter der Federführung des UNFPA durchgeführt, vermittelt oder gefördert? Bis zu welchem Schwangerschaftsmonat hält die UNFPA eine Abtreibung für vertretbar? Findet dabei die regional geltende Gesetzeslage ausreichend Berücksichtigung? Könnten die angebotenen Programme von Ihnen vielleicht missbräuchlich zu sogenannter selektiver Geburtenkontrolle genutzt werden? Was machen Sie dagegen, um so einen potentiellen Missbrauch zu verhindern?

Abg. **Till Mansmann** (FDP): Meine erste Frage geht an Herrn Dr. Strelow. Sie kooperieren als Unternehmen mit verschiedenen Institutionen, mit NGOs und internationalen Regierungsstellen. Mich würde interessieren, wie sich diese verschiedenen Zusammenarbeiten gestalten. Wo sehen Sie Projekte, die besonders gut laufen, wie könnte man diese ggfs. auch ausbauen, und wo sehen Sie besonders große Probleme in der Zusammenarbeit? Meine zweite Frage geht an Frau Dr. Krysostan. Wenn man bilaterale Projekte mit multilateralen Projekten vergleicht, was sind da Ihre Erfahrungen. Wo läuft es gut oder schlecht, und wie könnte man die wichtigsten Punkte verbessern? Frau Dr. Krysostan, Sie beschreiben die Zusammenarbeit in Ihrem Bericht als ziemlich schwierig. Welche größten Baustellen sehen Sie da und welche Maßnahmen könnte man einleiten, um an die Zusammenarbeit zu verbessern?

Abg**. Helin Erim Sommer** (DIE LINKE.): Auch meinen Dank an die heutigen Anzuhörenden für die sehr guten informativen Stellungnahmen. Ich habe drei Fragen. Meine ersten beiden Fragen richten sich an UNFPA. Gibt es aus Ihrer Sicht einen Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein eines öffentlichen Gesundheitssystems mit Basisdiensten in den Entwicklungsländern und der Situation bei der Mutter-Kind-Gesundheit, und wie sieht dieser aus? In welchen Maßnahmen kann nach Ihrer Einschätzung die deutsche EZ am wirkungsvollsten die Bereitstellung von gesundheitsrelevanten Basisdiensten in den Subsahara-Staaten unterstützen, um den Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu fördern? Meine letzte Frage geht an die DSW. Mit welchen Mitteln kann die deut-

sche EZ am besten dazu beitragen, die Auswirkungen der Global Gag Rule der USA-Regierung zu kompensieren? Ich habe der Stellungnahme von Save the Children entnommen, dass es bereits jetzt eine Finanzierungslücke in Höhe von 33 Mrd. US-Dollar gibt.

Abg. **Ottmar von Holtz** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich fange mal mit der Frage nach der Partizipation von Jugendlichen an. Wer sich davon angesprochen fühlt, möge etwas dazu sagen. Wenn Programme auf Jugendliche abzielen, würde ich ganz gerne wissen, wie weit auch Jugendliche bei der Konzeption von Programmen einbezogen werden? Das ist etwas, wo man sozusagen eine ganz andere Brille bei der Konzeption der Programme aufhat. Inwiefern ist es vor Ort möglich, die Jugendlichen nach ihren Bedürfnissen und Wünschen zu befragen? Wie sieht das enge Zusammenspiel mit den Jugendlichen aus? Herr Dr. Strelow, in Ihrer Stellungnahme gehen Sie auf den Zugang und die Verfügbarkeit von Kontrazeptiva ein. Sie sagen, dass Sie eigens für die Familienplanungsprogramme hergestellte Produkte vertreiben und liefern, laut Vertrag zu Preisen auf dem Niveau der Herstellungskosten. Die Frage ist, ist das insgesamt von der Menge her ausreichend? Das ist das generelle Problem bei der Einsetzung von medizinischen Produkten in den entsprechenden Ländern, diese zu erschwinglichen Kosten zu vertreiben. Da hätte ich ganz gerne Ihre Einschätzung. Eine Frage an alle: Gehen Sie auch auf die Gates Foundation zu? Die nimmt stetig zu. Wie schätzen Sie den privaten Einfluss der Geldgeber in dem Bereich der SRGR ein?

Der **Vorsitzende**: Die Frage an „alle“, konnte ich nicht verhindern. Sie haben trotzdem nur fünf Minuten Zeit. Es beginnt Frau Krysostan von UNFPA.

Nadine Krysostan (Programmkoordinatorin, Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (United Nations Population Fund, UNFPA): Herzlichen Dank für die sehr guten Fragen. Ich werde mich bemühen, meine fünf Minuten einzuhalten. Herr Dr. Kippels fragte nach den signifikanten Unterschieden bei der Geburtenrate von 2,4 und 7,2 Kindern. In unserer Arbeit sehen wir, dass es innerhalb der Länder Afrikas signifikante Unterschiede zwischen ländlichen und urbanen, also städtischem Raum, gibt. Das hat damit zu tun, dass die Angebote und das Wissen um Verhütungsmittel signifikant auseinander gehen. Sie sehen gerade in dem neuesten Weltbevölkerungsbericht, den UNFPA 2018 herausgegeben hat, dass in den ländlichen Gebieten und mit Abnahme der Bildung ein höherer Bedarf an Verhütungsmitteln besteht. Wo Frauen und Mädchen keinen Zugang zur Bildung haben und wo sie in ruralen Gegenden wohnen, die nicht durch Gesundheitsdienstleistungen erreicht werden, ist dieser Bedarf einfach höher als in städtischen Gebieten. Das heißt nicht, dass es einen Automatismus gibt, dass in städtischen Gebieten automatisch die Gesundheitsvorsorge und die Verfügbarkeit von Kontrazeptiva da sind. Was sind effektvolle Gründe? Es ist die Einbeziehung von Jugendlichen in die Ausgestaltung von umfassender Sexualerziehung schon angesprochen worden, und das soll schon sehr früh, aber altersgerecht, in einem kulturellen Kontext verankert sein. Sie können das wirklich nur effektiv machen, wenn Sie diese Programme unter Einbeziehung von Eltern, Ehepartnern, Dorfältesten, sogenannten Gatekeepern oder Key-Stakeholdern zusammen entwickeln, und damit auch die gesellschaftliche Akzeptanz dieser Programme fördern. Das ist in unserer Arbeit ein Ansatz, der am effektivsten und wirkungsvollsten gesehen wurde. Ihre Frage zu Maßnahmen und Akzeptanz von Seiten der Regierungen in Subsahara-Afrika: Viele Regierungen haben, und das fing an mit dem Family Planning Summit in London 2005, eigene commitments aufgestellt, weil sie gesehen haben, dass die Bevölkerungsentwicklung in Bahnen geleitet wird, die für sie auch nicht mehr machbar sind, um Gesundheitsdienstleistungen zur Verfügung zu stellen. 2017 hatten wir einen Gipfel der Afrikanischen Union, den „Harnessing the Demographic Dividend“, um gezielt in Familienplanungsprogramme zu investieren, Verhütungsmittel zur Verfügung zu stellen, und das auch unter Einbeziehung von Jungen und Männern. Das sind in unserer Arbeit die Bausteine, wo wir feststellen müssen, dass diese eigentlich am erfolgreichsten sind. Frau Weber, die Einbeziehung von Jugendlichen ist zentral,

wenn es um die Ausgestaltung von Sexualunterricht geht. Es ist einfach das Wissen um die reproduktive Gesundheit, die in vielen Gesellschaften, gerade wenn sie in die ländlichen Gebiete gehen, nicht vorhanden ist. Wir haben gezielte Jugendprogramme, die die Ausgestaltung mit den Jugendlichen selber vorantreiben, aber eben auch unter Einbeziehung der anderen Stakeholder, wie Eltern oder Ehepartnern, wenn es um Frühverheiratungen geht, was eine große Barriere in dem Bereich ist. Wir haben beispielsweise im Niger sogenannte Husband Schools, also Schulen für Männer, die sich mit reproduktiver Gesundheit und Rechten zusammen mit ihren Frauen engagieren. Diese Einrichtungen sind seit 2008 vorhanden, und sie gibt es in Burkina Faso und anderen Ländern und haben Fortschritte gebracht, wie Männer mithelfen können, den Zugang der Frauen zu Gesundheitsdienstleistungen zu fördern. Wir sehen konkrete Verbesserungen, dass Frauen einfach öffentliche Gesundheitsdienstleistungen wahrnehmen, sie zur Vorsorgeuntersuchung in Krankenhäuser gehen, die Geburt nicht zu Hause stattfindet, Verhütungsmittel benutzt und das auch gesellschaftlich akzeptiert wird. Diese Akzeptanz steigt auch mit der Einbeziehung von Männern und Jungen.

Dr. Gisela Schneider (Direktorin, Deutsches Institut für Ärztliche Mission, DIfÄM): Herzlichen Dank, dass Sie sich dieses wichtigen Themas annehmen. Ich glaube, das ist ein ganz essentielles Thema, das uns sehr wichtig ist. Ich arbeite viel an der Basis in Subsahara-Afrika, und es ist extrem wichtig, weil wir erlebt haben, und ich übersehe einige oder fast Jahrzehnte der EZ auf dem afrikanischen Kontinent. Ich möchte sagen, es hat sich unglaublich vieles verbessert, was an Zugang zur Familienplanung da ist. Aber zur umfangreichen sexuellen und reproduktiven Gesundheit darf man es nicht auf Familienplanung fokussieren, sondern es geht um eine gesunde Familie, es geht um die Planung des Einzelnen und der Familie, ihre Kinder dann zu haben, wenn es ihnen in die Planung passt, wenn es gut ist, wenn sie ein Kind auch ernähren können, wenn sie es in die Schule schicken können, etc. Da entwickeln sich sehr viele positive Dinge. Das sehen wir vor allem in der jungen Generation. Aber wir sehen auch ein riesiges Problem, weil Afrika explodiert, weil 50 Prozent der jungen Menschen unter 25 Jahre alt sind. In dem Moment, wo junge Menschen Bildung haben, wo sie die Möglichkeit haben, selber zu reflektieren, nehmen sie diese Möglichkeiten auch wahr. Aber wir haben immer noch einen riesengroßen Unterschied zwischen ländlichem und städtischem Raum. Sie haben den Niger und Südafrika mehrfach erwähnt. Da gibt es soziokulturelle Unterschiede in einem ganz anderen, nämlich religiösen Kontext, der zur frühen Verheiratung von 12- und 13-jährigen führt. Dann hat man mehr Kinder, weil man eine viel längere reproduktive Zeit hat, und dann gibt es mehr Kinder, die das überleben. Wenn wir reproduktive Gesundheit gestalten wollen, ist es zentral, dass es von der Basis gestaltet wird. Ich brauche also eine gute Basis-Gesundheitsversorgung, ich brauche gut ausgebildete Community Health Workers, die ganz nah an der Bevölkerung sind. Sie haben mich gefragt, warum wir sagen, Zivilgesellschaft ist wichtig. Zivilgesellschaft ist halt da, wo die Menschen sind. Sie spricht die gleiche Sprache, versteht den kulturellen Kontext, kennt Initiationsriten, weiß, was passiert und kann in ganz besonderer Weise Einfluss nehmen. Deshalb glaube ich, dass da viele Chancen sind in der Basis Gesundheitsversorgung, wirklich Menschen da abzuholen, wo sie sind und sie dort auch zu beeinflussen. Sie haben natürlich Recht, die Schule spielt eine wichtige Rolle, aber nur einen Teil, denn es gehen nicht alle Kinder in die Schule. Was sie dort in den Klassen lernen, und wo 60 bis 70 Kinder in Englisch unterrichtet werden, wo sie eigentlich Mandinka, Wolof oder Fula sprechen, das erreiche ihre Herzen nicht. Sie erreichen den jungen Menschen nicht so, dass er tatsächlich „empowered“ ist und eine andere Entscheidung treffen kann, als er vielleicht treffen muss, weil die lokale Situation so ist. Ich glaube, die Zivilgesellschaft spielt eine wichtige Rolle. Der Staat spielt auch eine wichtige Rolle, beispielsweise in der Zurverfügungstellung von Möglichkeiten zur Familienplanung. Da ist es wichtig, dass wir gemeinsam sowohl das eigentliche „Family Planning“, also die Pille, hormonale Methoden haben, aber auch die Barriere-Methoden da sind,

weil es den Schutz vor sexuell übertragbare Erkrankungen gewährleistet. Die spielen eine ganz wichtige Rolle. Den Zugang zu Impfungen, dazu haben Sie GAVI, ist ein wichtiger Beitrag, den die Bundesregierung leistet. Wichtiger Beitrag auch über den Globalen Fond. All das wirkt auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit aus und spielt eine ganz wesentliche Rolle. Man muss das im Gesamtkontext von globaler Gesundheit sehen. Deshalb ist es wichtig, dass die Bundesregierung hier ihren Beitrag leistet, nicht nur SRGR spezifisch, sondern bei der globalen Gesundheit. Ich habe Ihnen die Darstellung gezeigt, wo wir im Vergleich zu anderen Ländern stehen, welchen Beitrag Deutschland zu globaler Gesundheit leistet. Da haben wir noch viel Raum nach oben. Ich glaube, wenn wir die Instrumente, die wir haben, wie der Globale Fonds gegen Aids, Tuberkulose und Maliria, GFATM), GAVI, bilaterale Hilfe, Stärkung der WHO, richtig einsetzen und die Zivilgesellschaft zudem in den Ländern Zugang bekommt, dann können wir noch deutlich mehr verändern. Wir müssen aber den lokalen sozio-kulturellen Kontext immer ins Auge fassen, denn ich muss in einem islamischen Staat, wie im Niger, ganz anders vorgehen, als im Herzen Afrikas, wenn ich im Kongo unterwegs bin oder in Südafrika. Da sind völlig unterschiedliche Voraussetzungen. Da muss ich unterschiedlich vorgehen, aber immer in der Partizipation. Wichtig sind auch die „Youth Friendly Services“, dass wir Maßnahmen im Gesundheitssystem so anbieten, dass es jugendgerecht ankommt.

Katrin Erlingsen (Referentin SRGR, Deutsche Stiftung Weltbevölkerung, DSW): Vielen Dank auch von meiner Seite, dass Sie sich dieses Themas annehmen, das ein sehr zentrales Thema in der Arbeit der DSW ist. Ich kann an Gisela Schneider nahtlos anschließen. Unser Fokus liegt auf jungen Menschen. Frau Weber und Herr Kippels, Sie fragten, welche Maßnahmen besonders wirkungsvoll sind. Unserer Meinung nach ist die frühe umfassende Sexualaufklärung ein ganz zentraler Baustein. Wir denken, dass da auf verschiedenen Ebenen angesetzt werden kann. Beispielsweise hat die Bundesregierung die sogenannte ESA-Initiative unterstützt. Das ist ein regionaler Prozess im östlichen und südlichen Afrika, wo Deutschland mit dazu beigetragen hat, dass sich 2013 über 20 Staaten dieser Region zusammengeschlossen hatten. Die Bildungs- und Gesundheitsminister haben gemeinsam beschlossen, sich dafür einzusetzen, dass umfassende Sexualerziehung in den Schulcurricula verankert wird. Durch die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) wurde sowohl auf dieser regionalen Ebene die Umsetzung der Initiative begleitet, und da wurde der Austausch gefördert zwischen den verschiedenen Akteuren. Aber auch auf Länderebene wurden Maßnahmen ergriffen. Leider läuft dieses Projekt im Januar aus. Ich denke, das ist etwas, was durchaus Sinn machen würde, weiterzumachen. Die ESA-Initiative bezieht sich vor allen Dingen auf Aufklärung innerhalb von Schulen. Wir machen die Erfahrungen, dass es wichtig ist, auch außerhalb von Schulen zu arbeiten und das aus verschiedenen Gründen. Zum einen, weil viele Kinder nicht lange zur Schule gehen oder nicht so lange zur Schule gehen, wie sie das gerne würden. Zum anderen, weil Ansätze, die außerhalb der Schule sind, andere Akteure mit einbeziehen können. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass das von immenser Wichtigkeit ist, dass die Eltern mit eingebunden sind, die Lehrerinnen und Lehrer, religiöse Würdenträger und auch politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger auf lokaler Ebene. Wir haben einen Zwei-Seiter mitgebracht, der draußen liegt, der vom Guttmacher Institut erstellt wurde und den wir ins Deutsche übersetzt haben. Das sind die Ergebnisse einer Studie, wo in Bezirken in Kenia untersucht wurde, wo es mit der Sexualaufklärung in Schulen hapert. Da kommen sehr interessante Ergebnisse heraus. Ein Ergebnis ist zum Beispiel, dass in Schulen zum Teil zwar Sexualkundeunterricht stattfindet, aber falsche Informationen weitergegeben werden. Deshalb ist auch die außerschulische Aufklärung so wichtig. In Uganda sehen wir zum Beispiel, dass von der Regierung umfassende Sexualerziehung verboten wurde. Es gibt dafür ein neues Curriculum, in dem das Wort „Kondom“ einmal vorkommt, nämlich da, wo es darum geht, wie viele Jugendliche beim letzten Sexualkontakt Kondome benutzt haben. Wenn man aber nicht

über Kondome spricht, hat das zur Folge, dass Jugendliche auch nicht wissen, wie sie sie verwenden und wo sie sie bekommen können. Frau Weber, Sie fragten, warum es so wichtig ist, mit der Zivilgesellschaft zusammenzuarbeiten. Ich glaube, dass ist im Kontext der Global Gag Rules sehr wichtig. Es gibt den Ansatz der nachhaltigen Entwicklungsziele, dass man diejenigen, die am schwersten zu erreichen sind, zuerst erreichen möchte. Das sind im Bereich der SRGR Jugendliche und Verheiratete, aber auch Sexarbeiterinnen, HIV-Positive und Menschen, die nicht heterosexuell sind. Viele dieser Gruppen wenden sich lieber an zivilgesellschaftliche Organisationen, weil sie dort weniger stigmatisiert werden und einen besseren Zugang bekommen können. Genau diese Organisationen werden von der Global Gag Rule getroffen. Deshalb ist es umso wichtiger, dass mit diesen Organisationen zusammengearbeitet wird. Frau Sommer, nun komme ich zu Ihrer Frage. Dieser Herbst hat viele gute Signale aus Deutschland gesendet in der Reaktion auf die Global Gag Rule. Deutschland hat sich zur „She Decides"-Initiative bekannt. Dafür haben wir eineinhalb Jahre recht intensiv geworben, und darüber freuen wir uns sehr. Ich glaube, die Haushaltsverhandlungen waren auch sehr erfreulich für unseren Bereich. Die großzügigen Erhöhungen für UNFPA, die Verdopplung der Mittel für IPPF. Nichtsdestotrotz sind das die großen Organisationen, wie auch Marie Stopes International, die in der Lage sind, die entstandenen Lücken ganz gut zu füllen, weil sie über internationale Netzwerke verfügen und Kontakte zu vielen Geberregierungen haben. Die kleineren Organisationen, die in der Fläche in vielen Ländern arbeiten, haben diesen Zugang nicht unbedingt. Ich denke, das könnte ein Schwerpunkt für die weitere Politik der Bundesregierung sein. Ein wichtiger Aspekt ist die Fortführung der Familienplanungsinitiative, die seit mehreren Jahren läuft und im Jahr 2019 endet. Da hat Deutschland sich verpflichtet, jedes Jahr 100 Mio. Euro für Familienplanung und reproduktive Gesundheit zur Verfügung zu stellen. Wir würden uns wünschen, dass diese Initiative weitergeht und ausgebaut wird und finanziell aufgestockt wird und dass es einen stärkeren Fokus auf Jugendliche gibt. Sehr viele Projekte, die in dem Bereich laufen, zielen auf Frauen, die bereits das erste Kind bekommen haben und dann in der Betreuung während und nach der Geburt über Familienplanung informiert werden. Es ist wichtig, dass diese Initiative nach 2019 weiter geht.

Dr. Frank Strelow (Vizepräsident Global HealthCare Programs, Bayer AG): Vielen Dank für die Einladung und die Gelegenheit, auch unsere Stimme einzubringen. Bayer und seine Vorgängerorganisation in Berlin, Schering, sind bei dem Thema nicht neu dabei. Seit Ende der 1960er Jahre unterstützen wir die Aktivitäten von UNFPA und USAID im internationalen Familienplanungsprogramm. Zu der Frage von Herrn Mansmann: Das sind die Prozesse, die mittlerweile über viele Jahrzehnte eingespielt sind. Da geht es um die Bereitstellung von Kontrazeptiva. Das ist eine technische Zusammenarbeit, aber mittlerweile geht sie auch über diesen hinaus. Mit der USAID haben wir vor einigen Jahren eine Initiative gestartet, wie man aus den reinen Geberprogrammen auch sich selbst erhaltende Programme in einem sich entwickelnden Markt gestalten könnte. Das war eine bilaterale Zusammenarbeit. Insgesamt muss man sagen, dass eine bilaterale Zusammenarbeit im Sinne von Public Private Partnership (PPP) mit den Geberländern gut funktioniert. Die haben im Bereich Familienplanung als wesentlichen Bestandteil auch das Entwicklungshilfebudget. Deutschland spielt da eher eine geringere Rolle. Wenn man das Engagement Deutschlands in dem Teilengagement Familienplanung und reproduktive Gesundheit vergleicht, rutscht Deutschland in der Tabelle weiter nach hinten. Das mag sich auch dadurch ausdrücken, dass wir mit dem BMZ keine direkte Zusammenarbeit haben. Wir arbeiten mit der GIZ in anderen Bereichen zusammen, unsere Corporate Social Responsibility (CSR) bei den vernachlässigten Tropenkrankheiten zum Beispiel, aber nicht bei der Familienplanung. Ich bin kürzlich vom norwegischen Umweltministerium aktiv angesprochen worden, ob wir nicht im Bereich Familienplanung bei einem Projekt der Central Africa Forest Initiative (CAFI) im Kongo zusammenarbeiten wollen. Die Interaktion mit Industriepart-

nern ist bei denen, bei denen das Thema insgesamt größer ist, dann auch leichter. Die Frage von Herrn von Holtz passt gut dazu. Die Gates Foundation ist überall dabei. So muss man eigentlich sagen. Insbesondere dort, wo Multilateralismus Brücken braucht, um zu funktionieren. Ein gutes Beispiel war die Volumengarantie für Hormonimplantate. Das ist eine Methode, die in vielen Ländern der entwickelnden Welt sehr beliebt ist, weil es eine einmalige Intervention ist, die eine langfristige Verhütung gibt. Das ist auch bei den Geberländern beliebt, weil es so relativ kostengünstig über viele Jahre Verhütung gibt. Um hier aber die ausreichenden Mengen zur Verfügung zu stellen, war es nötig, eine Abgabegarantie für die Hersteller zu haben. Die Firma Merck in den USA und Bayer haben auf Basis dieser Volumengarantie von der Gates Foundation ihre Produktionskapazitäten erhöht und dafür gesorgt, dass die Mittel im halbwegs ausreichenden Maße zur Verfügung stehen. Insgesamt ist uns aber sehr wichtig, dass der Methodenmix eingehalten wird, dass also die Frauen tatsächlich eine freie Entscheidung haben und nicht von der jeweiligen Mission oder dem Health Center zu einer bestimmten Methode gedrängt werden. Deshalb versuchen wir, alle Methoden, die wir als Unternehmen herstellen, in diese Programme einzubringen, von der Spirale über orale Kontrazeptiva. Wichtig ist, zu sehen, dass wir es, ganz unabhängig von der Global Gag Rule, in Zukunft mit einem „funding gap“ zu tun haben werden. Die Mengen reichen in der Tat nicht aus. Es ist einfach auch der Fluch der guten Tat, weil mit den Erfolgen, die die Programme der Zivilgesellschaft, der bilateralen und multilateralen Zusammenarbeit erzielen, der Bedarf steigt. Wenn die Anzahl der Frauen, die mit modernen Methoden verhüten, ansteigt, dann braucht man eben auch mehr. Das wird uns in den nächsten Jahren treffen. Das kann bedeuten, dass mehr Geld in die Non-Core-Aktivitäten, zum Beispiel von UNFPA, fließen müssen, oder in der Zusammenarbeit des BMZ mit den einzelnen Empfängerländern müssen die jeweiligen Gesundheitsministerien mehr Verantwortung für Familienplanung übernehmen und dort Budgets zur Verfügung stellen. Da gibt es verschiedene Möglichkeiten, dem zu begegnen. Da stehen wir auch als Gesprächspartner gerne zur Verfügung. Zur Global Gag Rule vielleicht noch: In der Tat sind die großen Organisationen, insbesondere vom United Kingdom (UK) und Schweden, mit neuen Mitteln ausgestattet worden. Es sind dann eher die kleinen Organisationen, die von den zivilgesellschaftlichen Organisationen unterstützt werden, da sie ihnen bekannt sind, die Probleme haben und Unterstützung brauchen.

Der **Vorsitzende**: Herzlichen Dank. Es war eine imposante Antwortrunde. Sie haben sich alle an die Zeiten gehalten. Jetzt werden Sie sehen, wie diszipliniert auch die Bundestagsabgeordneten sein können. In der zweiten Runde haben sie jeweils eine Minute Zeit. Wir werden das Antwortspiel in umgekehrter Reihenfolge machen, und das gilt auch für die Fragen.

Abg. **Claudia Roth** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank Herr Vorsitzender. Sie haben jetzt aus unterschiedlichen Perspektiven die Rolle der Zivilgesellschaften hervorgehoben. Jetzt erleben wir einen Trend; Regierungen auf der ganzen Welt, auf allen Kontinenten, fangen verstärkt mit einer NGO-Gesetzgebung an, die die Rolle der Zivilgesellschaft einschränkt. Shrinking Spaces treffen Menschenrechtsverteidiger/innen, Frauenrechtler/innen und Aktivist/innen aus den unterschiedlichsten Bereichen. Wie erleben Sie diese Tendenz der sogenannten Shrinking Spaces? Wie wirkt sich das auf Ihre Arbeit aus, auf die Zusammenarbeit mit zivilgesellschaftlichen Organisationen? Es gibt zurecht Organisationen, die sagen, wir wollen mehr für die Selbstbestimmungsrechte der Frauen, für die Antidiskriminierung von Frauen, für den Aufbruch patriarchaler Gesellschaftsverhältnisse tun. Wie wirken sich diese Shrinking Spaces und die NGO-Einschränkungstendenz auf deren Arbeit aus?

Abg. **Eva-Maria Schreiber** (DIE LINKE.): Danke Herr Vorsitzender. Ich möchte ein bisschen über das Geld wissen, eigentlich von allen, aber ich suche mir für meine erste Frage die Frau Schneider aus. Die Vereinten Nationen (VN) fordern 0,1 Prozent, nicht nur für reproduktive Gesundheit, sondern für globale Gesundheit als

Nur zur dienstlichen Verwendung

Beitrag; wir geben aber nur 0,03 Prozent. Was sollte man Ihrer Meinung nach für Maßnahmen ergreifen, um dieses Ziel zu erreichen? Was halten Sie in diesem Zusammenhang von den Mitteln der Budgethilfe für den Aufbau öffentlicher Bildungs- und Gesundheitsstrukturen, die der reproduktiven Gesundheit sehr zugute kommen würden. Meine zweite Frage geht an Frau Krysostan. Welche Auswirkungen hat es, dass sich die Bundesregierung in ihrer EZ hauptsächlich auf Reformpartner konzentriert und die ärmeren Länder bei ihrer Arbeit hinten herunterfallen?

Abg. **Olaf in der Beek** (FDP): Eine Frage zur Bildung und Familienplanung an Frau Erlingsen und Frau Krysostan. Wie bewerten Sie den Zusammenhang zwischen der normalen Familienplanung und dem Bildungsniveaus der Mädchen? Wo setzt der genau ein? Unsere Fraktion setzt sich sehr stark für multilaterale Bildungsprogramme, gerade in der Grundbildung, ein. Wie würden Sie das einschätzen, wie lange müssen wir das tun, um selbstbestimmte Mädchen zu haben, die das viel besser einschätzen können? Der zweite Punkt ist, wenn wir das erfüllen würden, was gerade Frau Schneider gesagt hat, inwieweit würden wir die finanziellen Forderungen erfüllen, die Sie vor Augen haben? Inwieweit könnten wir das für 2050 gesteckte Ziel, ein Plus von 1,1 Mrd. Euro, rückführen, um das Bevölkerungswachstum wirklich erfolgreich zu stoppen?

Abg. **Markus Frohnmaier** (AfD): Ich würde gerne einfach noch einmal die Frage wiederholen, weil sie mich interessiert. Wurden auch Schwangerschaftsabbrüche im Rahmen des Engagements der UNFPA durchgeführt oder die Möglichkeit hierzu vermittelt? Sie haben dazu ausgeführt, dass 295.000 unsichere Abtreibungen verhindert werden konnten. Was ist damit konkret gemeint? Bis zu welchem Schwangerschaftsmonat hält Ihre Organisation eine Abtreibung für vertretbar? Findet dabei die regional geltende Gesetzeslage ausreichend Berücksichtigung? In Deutschland haben jüngst die Jusos bis zum neunten Monat gefordert. Dazu würde mich Ihre Auskunft interessieren.

Abg. **Gabi Weber** (SPD): Ich bin dankbar, Herr in der Beek, dass Sie nach dem Verhältnis Grundbildung und dem Einfluss gefragt haben. Das ist ein Punkt, der uns auch umtreibt. Bei Bildung müssen wir weiter denken als Sexualerziehung. Wenn Bildung eine generelle Grundlage ist, bleibt die Frage, wie man das besser organisieren kann. Ich habe noch eine Frage zu den „religiösen Führern“ innerhalb der Zivilgesellschaft. Wir wissen, dass 20 bis 40 Prozent aller Gesundheitsdienstleistungen in Subsahara-Afrika in kirchlicher Trägerschaft sind. Kirchliche Trägerschaft kann sehr unterschiedlich sein. Wir haben im Südwesten Deutschlands durchaus Diskussionen um Sexualerziehung in Schulen. Die Frage ist, wie gehen Sie mit unterschiedlichen Grundeinstellungen von „religiösen Führern“ zur Familienplanung um, und was ist zu tun, um da Veränderungen herbeizuführen?

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Vielen Dank. Meinerseits noch einmal eine Frage an Herrn Dr. Strelow. Wir haben sicherlich ein Finanzierungs- und Ressourcenproblem, auch was die Produktion von Kontrazeptiva in ausreichendem Maße und die Anwenderfreundlichkeit anbelangt. Wir haben gehört, wie viele verschiedene Bereiche in der Gesundheit, Familienplanung, Impfungen, parallel zueinander unterwegs sind. Sehen Sie die Möglichkeit, durch das sinnvolle Zusammenführen verschiedener Bereiche für die Frauen, Mädchen und Kinder Synergien zu heben, damit nicht zwei oder drei Themen auf die zukommen, sondern durch eine vertrauensvolle Kontaktperson, die Community Health Workers, die Möglichkeit besteht, diese Themen zu bündeln und dadurch eine bessere Ressourcenausnutzung herbeizuführen?

Dr. Frank Strelow (Vizepräsident Global HealthCare Programs, Bayer AG): Vielen Dank für die Frage. In der Tat, Synergien sind etwas, die auf der Hand liegen und die man nutzen sollte. In der Praxis scheint man eher darum zu streiten. Aber vor Ort ist auch nicht immer eine Vernetzung gegeben. Ich kann mir vorstellen, auch wenn ich vor Ort nicht so aktiv bin wie andere am Tisch, dass man viele andere Dinge zu tun hat, als sich um die Themen der Nachbarn

zu kümmern. Es ist uns schon gut gelungen, zwischen HIV und Familienplanung eine Synergie herzustellen. Wir schauen uns gerade in Unternehmen auch andere Synergien an. Es gibt vernachlässigte Tropenkrankheiten, zu denen es Aktivitäten gibt, die durchaus sinnvoll mit Familienplanungsaktivitäten zu koppeln sind. Bei der Chagas-Krankheit gibt es kongenitale Effekte, dass man die Keime und Parasiten auch an die Kinder weitergeben kann, und das kann man verhindern. Genauso ist es möglich, im Bereich der Landwirtschaft Aktivitäten zu entfalten, und da ist man bereits aktiv, wie Sie wissen. Aber hier stehen wir erst am Anfang, sinnvolle Konzepte zu entwickeln. Die gleichen Schwierigkeiten, die es in der Zivilgesellschaft und auch bei uns von der Unternehmensseite gibt, Synergien zu erzeugen, sehen wir natürlich auch in der Politik. Das brauche ich hier der Zuhörerschaft nicht zu erklären, dass es schwierig ist, Synergien zwischen Auswärtigem Amt (AA) und BMZ und anderen Akteuren in der Politik herzustellen.

Katrin Erlingsen (Referentin SRGR, DSW): Danke für die Fragen, auch zu Shrinking Spaces. Wir beobachten durchaus, dass es schwieriger wird, über Themen zu sprechen. Die DSW ist in Tansania, Uganda, Kenia und Äthiopien aktiv. In Äthiopien haben wir die Hoffnung, dass sich der Raum für zivilgesellschaftliche Aktionen in den nächsten Monaten und Jahren erweitern wird. Aber in den anderen drei Ländern sehen wir Tendenzen, die sehr beunruhigend sind. In Uganda, das habe ich eben schon erwähnt, gibt es die Schwierigkeiten mit der Sexualerziehung. In Kenia gibt es Vorstöße, dass Frauen, die Miniröcke tragen, dafür strafrechtlich belangt werden können. Kolleginnen und Kollegen, die vor Ort arbeiten, bekommen das zu spüren. Wenn sie sich in VN-Verhandlungen einbringen, sagen die Regierungsvertreter ihnen, wir hören genau zu, was ihr hier sagt, und wenn ihr dann nach Hause kommt, dann können wir uns gerne noch einmal darüber unterhalten. Da wird durchaus Druck aufgebaut. Ich glaube, dass die Global Gag Rule dazu beiträgt, diesen Raum noch weiter einzuschränken. Es gibt den sogenannten „chilling effect“, also den Effekt, dass Organisationen aufhören, miteinander zu sprechen. Sie denken, wenn Organisation A, die die Global Gag Rule unterzeichnet hat, noch mit Organisation B, die sie nicht unterzeichnet hat, zusammenarbeitet, sich das negativ auswirkt. So werden auch zivilgesellschaftliche Netzwerke nachhaltig geschädigt. Das wissen wir aus vorherigen Phasen der Global Gag Rule unter früheren republikanischen Präsidenten, dass sich das langjährig auswirkt. Deshalb ist es umso wichtiger, dass Deutschland die Themen weiter auf der Agenda hält. Da komme ich noch einmal auf Ihre Frage aus der ersten Runde zurück, Herr Kippels. Ich denke, dass auch die schwierigen Themen weiter auf der Agenda bleiben sollten, wie der Zugang von Jugendlichen und Unverheirateten zu Verhütungsmitteln, aber auch das Thema „Zugang zu sicheren Abtreibungen“. Wenn diese Themen nicht angegangen werden, führt das in der Konsequenz nicht nur zu ungewollten Schwangerschaften, sondern auch zu einer höheren Müttersterblichkeit. Ich denke, wir sind uns alle einig darin, dass es ein wichtiges Ziel ist, Müttersterblichkeit soweit wie möglich zu senken. Dafür ist es wichtig, dass die bilaterale Kooperation weitergeht. Wir sehen aber, dass die Kooperation mit Kenia im nächsten Jahr im Januar eingestellt wird. Das ESA-Projekt wird, wie eben schon erwähnt, auch eingestellt. Mit Tansania laufen gerade sehr schwierige Regierungsverhandlungen, da ist reproduktive Gesundheit noch ein Schwerpunkt. Aber mit dem jetzigen Präsidenten stelle ich mir das nicht einfach vor, die Verhandlungen zu führen. Auch in Asien hören wir, dass das Vorhaben in dem Bereich eingestellt wird. Deshalb ist es so wichtig, dass die Familienplanungsinitiative weitergeht, damit es eine Zielgröße im Ministerium gibt und die Regionalreferate damit weiter angehalten sind, die Themen nicht fallen zu lassen, weil es vielleicht angenehmer ist, über Kleinwasserkraftwerke zu sprechen als über den Zugang von Jugendlichen zu Verhütungsmitteln. Ich glaube, dass es auch wichtig ist, zivilgesellschaftliche Organisationen zu stützen, finanziell und auf ideelle Art und Weise, indem sie beispielsweise zu Botschaftsempfängen eingeladen werden oder indem Sie auf Reisen mit Organisationen sprechen, die im Bereich SRGR aktiv sind. Die

können Ihnen viel besser als ich davon berichten, wie sich der Handlungsspielraum für sie eingeschränkt hat. Ein Anlass hierfür kann das nächste Jahr sein, denn da jährt sich das Aktionsprogramm von Kairo zum 25. Mal. Das wird auf internationaler Ebene begangen werden und könnte ein Anlass für den Bundestag sein, sich noch einmal, über diese Anhörung hinaus, mit dem Thema zu befassen und zu überlegen, was der deutsche Beitrag zur weiteren Umsetzung dieses wichtigen Aktionsprogramms und damit auch zur Umsetzung der nachhaltigen Entwicklungsziele sein kann. Noch kurz zu der Frage nach der Grundbildung. Es wurde schon erwähnt, dass viele Jungen und Mädchen aus der Schule ausscheiden, bevor sie die Sexualaufklärung beginnt. Jetzt möchte ich auf keinen Fall sagen, dass Kinder nur so lange zur Schule gehen sollen, bis sie aufgeklärt sind, und dann ist es egal. Im Gegenteil. Es ist ganz wichtig, dass Mädchen und Jungen eine gute und qualitativ hochwertige Bildung bekommen. Ein Aspekt, der bei vielen Mädchen dazu führt, dass sie früher aus der Schule ausscheiden und über den wenig gesprochen wird, weil es ein tabuisiertes Thema ist, ist die Menstruationshygiene. Viele Mädchen hören auf zur Schule zu gehen, wenn sie ihre Tage bekommen, weil sie keinen Zugang zu Binden, Tampons, Menstruationstassen oder nur zu Wasser und Seife haben. Es beginnt oft damit, dass sie während der Menstruation zu Hause bleiben, und dann verpassen sie so viel Unterrichtsstoff, dass sie letztendlich gar nicht mehr zur Schule gehen. Wir haben ein Projekt in Kenia, bei dem wir mit 10- bis 14-Jährigen arbeiten, wo das ein ganz zentrales Thema ist. Das ist ein Zugangspunkt zu den Kindern, den Lehrerinnen und Lehrern und zu den Eltern auch über andere Themen der SRGR, wie den sexuellen Missbrauch, zu sprechen. Darüber kommt man ins Gespräch, um diesen Mädchen zu ermöglichen, die Schule abzuschließen. Das ist ein sehr erfolgreiches Projekt.

Dr. Gisela Schneider (Direktorin DIfÄM): Vielen Dank. Ich kann nur unterstreichen, was Frau Erlingsen gerade gesagt hat. Shrinking Spaces nehmen wir sehr wohl wahr. Nehmen wir Indien oder Subsahara-Afrika, überall begegnen sie uns in ganz unterschiedlicher Weise bis hin zu den Extremen, wo wir es mit offener Gewalt zu tun haben. Wir sind viel im Osten der Demokratischen Republik Kongo zugange, wo es sehr schwierige Situationen gebe. Es ist für die Zivilgesellschaft sehr schwierig, sich zu äußern und Rechte einzufordern. Ich glaube, dass es für die Bundesregierung wichtig ist, in allen bilateralen und multilateralen Gesprächen immer wieder darauf hinzuweisen, dass Gesundheit und der Zugang zu Gesundheit ein Menschenrecht ist, genauso wie der Zugang zur reproduktiven und sexuellen Gesundheit und man das zur Bedingung mache und es auch gewährleistet sein muss. Viele sagen, dass Zivilgesellschaft einfach immer mehr Geld möchte. Bei den 0,1 Prozent sind wir noch nicht, und sie brauchen mehr Geld. Ich glaube aber, es braucht einen Mix der Finanzierungen. Nicht nur das ganze Geld an den GFATM oder alles an GAVI zu geben oder alles nur in die Budgethilfe zu stecken, sondern es braucht einen guten Mix an Finanzierungsinstrumenten, der einer breiten Zielgruppe zugutekommt. Man muss auch in die Länder schauen, damit die Zivilgesellschaft Zugang zu Geldern hat, und diese auch in den Ländern ankommen. Das müsse man einfordern, und Transparenz, was passiert mit unseren Geldern, und wo kommen sie hin. Wenn ich im Kongo unterwegs bin, und das Geld liegt in Kinshasa, dann haben die Menschen keinen Zugang zu antiretroviraler Therapie oder zur Familienplanung. Ich glaube, da muss man die ganze Breite sehen. Trotzdem glaube ich, dass der GFATM ein gutes Instrument ist, weil darin Zivilgesellschaft präsent ist und es ein relativ transparentes System ist. So gibt es in den Ländern zivilgesellschaftliche Empfänger, die dann wirklich dafür sorgen können, dass das Geld tatsächlich an der Basis ankommt. Ich möchte noch kurz etwas zu den „religiösen Führern“ sagen. Wir haben vorhin in der ersten Runde über die Gatekeeper gesprochen. Dazu gehören in jedem Fall religiöse Führer. Das können der Pastor, der Imam oder der Religionslehrer sein. Die gehören dazu. Es ist extrem wichtig, mit diesen Gruppen ins Gespräch zu kommen. Ich habe selber in einem muslimischen Kontext gearbeitet, und es war wichtig, bestimmte Imame zu identifizieren, mit denen man reden konnte und die wiederum zu animieren, Programme zu haben, über

die sie dann ihre Kollegen informieren und sensibilisieren können. Da kann man extrem viel erreichen. In der Praxis ist es tatsächlich so, dass auf der Gemeindeebene die Kirchen ganz pragmatisch manche Regel umsetzen, was vielleicht von ganz oben kommt, aber in der Praxis vor Ort ganz anders aussieht. Wir hatten eine Situation, da wurde tatsächlich kontrolliert, und die Kondome im Schrank, die wurden von evangelischen Geldern bezahlt, die katholischen Gelder haben wir dafür nicht eingesetzt. Damit war das Problem gelöst. Man muss es auch pragmatisch nehmen. Ich glaube es ist wichtig, die Gatekeeper, das sind auch traditionelle Personen, wie „traditional birth attendants“ und viele andere, die an den Initiationsriten beteiligt sind, einzubeziehen. Wir haben es mit Genitalverstümmelung und vielen anderen Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu tun, und da muss ich in den soziokulturellen Kontext gehen und mich angemessen, in großem Respekt, auch vor der traditionellen Kultur, damit auseinandersetzen. Herr Kippels, Sie haben nach der Integration gefragt, eine extrem wichtige Aufgabe. Wir haben unter den MDGs sehr viele Silos gebaut in den Gesundheitssystemen Tuberkulose, Malaria, Aids. Wir sind jetzt unter den SDGs dabei, Gesundheitssysteme und die Integration zu stärken. Die Hebamme, die das Kind gesund auf die Welt bringt, muss auch dafür sorgen, dass die jungen Menschen Zugang zur Familienplanung haben. Da sind Synergien drin, die kann man heben. Aber man muss das gesamte System entsprechend stärken, damit das möglich werden kann, aber man das tatsächlich tut. Bildungsfragen kann ich nur unterstreichen. Da geht es gar nicht so sehr um die Sexualerziehung, die ist auch wichtig, sondern um die grundsätzliche Möglichkeit, zu reflektieren, wie will ich mein Leben gestalten, welche Chancen habe ich, und wie kann ich selbstbestimmt entscheiden. Dazu braucht man ein gutes und hohes Bildungsniveau. Jeder Euro ist sehr gut investiert, der in die Bildung von Jungen und Mädchen in diesen Ländern geht.

Nadine Krysostan (Programmkoordinatorin, UNFPA): Was Bildung, Familienplanung und auch den wirtschaftlichen und gesamtgesellschaftlichen Nutzen angeht, kann ich an Frau Schneider anschließen. Je länger sie es schaffen, gerade junge Mädchen und Mädchen insgesamt in der Schule zu lassen, desto mehr stärken sie auch die gesamtgesellschaftliche Stellung der Frau innerhalb der breiteren Gesellschaft, aber auch auf Haushaltsebene. Wenn Sie es schaffen, durch Bildung wieder Jobs zu generieren und den Mädchen ein Einkommen zu verschaffen, tragen Sie dazu bei, dass von Seiten der Mädchen oder später Frauen mehr Geld in den Haushalt kommt. Die ganze Beziehung zwischen Mann und Frau verändert sich dann, weil gemeinsam dazu beigetragen wird, und das hat wiederum einen gesamtgesellschaftlichen Nutzen und Auswirkungen. Deshalb ist es sehr wichtig, Bildung bis zur Sekundarbildung zu fördern. Ich möchte gerne noch auf die Frage von der AfD bezüglich Abtreibung eingehen. UNFPA hat in keiner Weise jemals Schwangerschaftsabbrüche gefördert oder durchgeführt. Unsere Linie ist, dass die Förderung des universellen Zugangs zu freiwilliger Familienplanung die beste Vorsorge gegen Abtreibung ist. Wo Abtreibung legal ist, muss sie sicher sein, und wir müssen die Folgen der Abtreibungen, die Frauen dadurch entstehen, behandeln. Abtreibung ist ausschließlich Sache der nationalen Regierungen. Das ist die Linie der UNFPA zu diesem Thema. Ich möchte noch kurz darauf eingehen, Herr Mansmann hatte gefragt, bilaterale und multilaterale Projekte, was läuft schlecht, was gut, und wo kann man die Zusammenarbeit verbessern. Aus unserer Perspektive, und die hat auch etwas mit der VN-Reform zu tun, die gegenwärtig stattfindet, gibt es eine klare Tendenz zu multilateralen Projekten. Die brauchen Sie auch, um die ganze Bandbreite abzudecken und mit den Partnern in den Entwicklungsländern zusammenzuarbeiten. Das ist innerhalb der VN-Agenturen so, gerade in unserer Zusammenarbeit mit der Europäischen Union (EU). Die Tendenz geht dahin, multilaterale Projekte auf Länderebene zu fördern, an der mehrere VN-Organisationen und Agenturen beteiligt sind und die sich dann jeweils komplimentieren. Wir arbeiten viel mit UN Women, UNDP und UNICEF, zusammen, wo jeder einen Baustein übernimmt, um die breite Bandbreite zu erreichen. Gerade, wenn wir von den SDGs und „Leave no one behind“ sprechen, ist das eigentlich das Konzept,

was wir sehen, was weiterhin gefördert wird. Shrinking Spaces sehen wir in unserer Arbeit vermehrt, auch um die beiden vorherigen Kolleginnen zu reflektieren und zu unterstützen. UNFPA selbst arbeitet sehr intensiv mit NGOs als „implementing partners“ und fördert die jeweils in den Projekten. Aber es ist sehr wichtig, und das hatte Frau Erlingsen gerade angesprochen, den NGOs eine internationale Bühne zu bieten. Das Jahr 2019 bietet sehr viele Möglichkeiten, denn die ICPD (International Conference on Population and Development), also der Kairoer Aktionsplan, wird 25 Jahre. Die Einbeziehung von Jugendlichen bietet Möglichkeiten. Was das High Level Political Forum bietet, die Kommission zur Bevölkerungsentwicklung, die ansteht, und zusätzlich Parlamentarier, die in den Regierungsdelegationen Mitglied sind, alle können auch NGOs einladen. Das ist noch einmal eine ganz andere Dynamik auf internationaler Ebene, was die Umsetzung von Programmen und die Problematik der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, Zwangsverheiratung und Genitalverstümmelung betrifft. Sie bekommen eine ganz andere Dynamik und die wichtigen Stimmen vor Ort werden auf eine internationale Ebene gehoben. Frau Sommer, Sie hatten nach der Integration von sexueller und reproduktiver Gesundheit und Familienplanung in bestehende Gesundheitssysteme gefragt. Auf der Basis ist es extrem wichtig, weil sie nur mit dem integrierten Ansatz in Gesundheitszentren, auch im ländlichen Raum die Frauen ausreichend und gewissenhaft versorgen können. Die Integration einer Universal Health Coverage (UHC) ist ein zentrales Anliegen.

Der **Vorsitzende**: Wunderbar, das war meines Erachtens eine sehr spannende Runde. Ich möchte mich recht herzlich bei Ihnen bedanken. Wir kommen jetzt zum Themenblock B, der den Titel trägt: „Stärkung der Frau – der lokale Kontext. Dafür sind jetzt die drei verbliebenen Experten zuständig. Ich eröffne somit die Fragerunde.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Wir haben eigentlich ununterbrochen und immer wieder sehr intensiv über die Themen Bildung, Kommunikation, Aufklärung, Beratung, u.ä. gesprochen. Aber worüber wir noch nicht gesprochen haben, ist das Medium, mit dem das letztendlich erfolgen soll. Ich muss in irgendeiner Form den Kontakt mit den Mädchen und Frauen aufnehmen. Wir haben ein Entfernungsproblem und auch die Frage nach Infrastruktur. An dieser Stelle kommt auch wieder das Zauberwort „Digitalisierung“. Ist das ein Medium bzw. ein Ansatz, womit ich vielleicht mehrere verschiedene Aspekte miteinander verknüpfen könnte, wie die Registrierung von neugeborenen, die Erfolgskontrolle der Arbeiten, ein wechselseitiger Austausch, ohne Entfernungen überwinden zu müssen, und vor allen Dingen, auf diese Art und Weise, eine gewissen Diskretion in der Kommunikation und in der Bildung sicherzustellen. Dann wird man eben nicht in der Dorfgemeinschaft erkannt und Dinge unterbunden. Sehen Sie im Rahmen der Digitalisierung im weitesten Sinne einen Faktor, der die ganzen Aspekte, die wir gerade beschrieben haben, positiv beeinflussen kann? Wenn ja, gibt es schon Beteiligte oder Konzepte, die sich mit dieser Fragestellung auseinandersetzen?

Abg. **Gabi Weber** (SPD): Wir haben eben schon einmal die Frage von religiösen Führern oder von lokalen Führern angerissen. Ich möchte das gerne noch einmal präzisieren, mit der Frage an Plan International, welche Rolle haben denn Normen, Werte und Rollenbilder, die bisher vorhanden sind. Wie sieht es mit der Teilhabe von Mädchen und Frauen aus, insbesondere dann, wenn wir uns an die Jungen und Männer wenden? Wo sind da die Ansatzpunkte, mit dieser Frage umzugehen bzw. ein positiveres Bild auf Frauen hinzubekommen? Es gibt Informationen darüber, dass Frauen und Mädchen sehr früh massiver Gewalt ausgesetzt sind und ein großer Teil der Schwangerschaften auf Vergewaltigungen zurückgehen, egal ob in oder vor der Ehe. Inwieweit sehen Sie eine Rolle des Staates, diese Frage mehr zu beleuchten. Wenn beispielsweise ein Umfeld da ist, dass Frauen und Mädchen sich an vertrauenswürdige Personen wenden könnten, um dann zu erfahren, dass mehr Verantwortung auf der männlichen Seite liegt. Wie ist die Rolle des Staates? Wie kümmern Sie sich um diese Frage? Wir erleben

gerade in Subsahara-Afrika die Situation, dass Menschen flüchten. Wie erreichen Sie die überhaupt, und was müssen wir in dem Zusammenhang noch tun?

Abg. **Ulrich Oehme** (AfD): Meine erste Frage geht an Frau Dr. Baunach und Frau Birnbaum. Wie bewerten Sie die Emanzipierung der Frau und die demokratische Entwicklung vor dem Hintergrund der Unterschiede zwischen Stadt und Land? Die zweite Frage an Frau Birnbaum: Wir haben in Ruanda eine Geburtenrate von 3,6 und in Niger von 9,5. Niger ist nach den Angaben des AA zu 94 Prozent sunnitisch, Ruanda ist zu 44 Prozent katholisch und zu 38 Prozent evangelisch-protestantisch. Wie stark sind Religion und Konfession zu berücksichtigen vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der Stellung der Frau im Allgemeinen und hinsichtlich der beiden Länderbeispiele im speziellen? Meine dritte Frage richtet sich an Frau Klüppel. Das Bischöfliche Hilfswerk Misereor ist eines der großen Player in Afrika. Inwieweit ist die Förderung von Bildung für Mädchen und Frauen Teil der Förderprogramme von Misereor in Afrika? Welchen Zusammenhang sehen Sie zwischen Bildung von Frauen und dem für Afrika so wichtigen Rückgang der Geburtenrate? Bei Geburtenraten gehören, so glaube ich, auch Männer dazu. Inwieweit schafft es das Bildungswerk auch Männer zu fördern, speziell in dem Bereich Treue und Enthaltsamkeit. Das ist eines der großen Probleme, auch in Afrika.

Abg. **Dr. Christoph Hoffmann** (FDP): Zunächst einmal darf ich zufrieden feststellen, dass diese Anhörung hier schön läuft und wir gute Informationen bekommen. Dafür herzlichen Dank an alle Referenten, die heute da sind. Ich glaube, dass neben dem Klimaproblem die steigende Weltbevölkerung das dramatischste Problem ist, was die Menschheit überhaupt auf diesem Planeten hat. Insofern lohnt es sich, an dem Thema weiterzuarbeiten. Wir haben hier im Ausschuss gute Arbeit geleistet, damit dies im letzten Etat verstärkt wurde. Die Bildung auf der einen und die Gesundheits- und Familienplanung auf der anderen Seite, da sind mehr Mittel hereingeflossen. Ich glaube, daran sollten wir gemeinsam weiterarbeiten. Ich würde gerne Frau Baunach fragen. Es ist ja bekannt, dass eine verzögerte erste Geburt insgesamt die Geburtenrate senkt. Welche Mittel sehen Sie neben der Bildung, was das Mittel der Wahl ist, das haben wir schon gehört? Ist nicht auch das Stillen ein Thema? Wenn lange gestillt wird, verzögert sich das Entstehen weiterer Kinder. Vielleicht können Sie dazu noch etwas sagen. Meine Frage an Frau Birnbaum. Wir haben die Tendenz in Uganda, Sie haben das vorhin genannt, aber auch in Tansania, dass sich die Präsidenten dort ganz klar gegen Familienplanung aussprechen und die Frauen auffordern, ihre Kontrazeptiva wegzuwerfen. Was wäre ein Hebel, gegen diese Tendenzen anzugehen? Geht das nur über die Zivilgesellschaft, oder braucht es da multilaterale weitere Bemühungen? Frau Klüppel, die Kirchen, die einerseits positiv aber andererseits auch negativ bei der Familienplanung wirken. Man spricht bei Kirchen manchmal davon, man solle nicht verhüten. Könnten Sie das bitte noch einmal aufklären?

Abg. **Helim Evrim** Sommer (DIE LINKE.): Leider ist Herr Frohnmaier schon raus, denn ich kann mir nicht verkneifen, zu seiner Frage eine Bemerkung zu machen. Sexuelle Selbstbestimmung von Frauen ist für ihn bzw. für die AfD ein Fremdwort. Wir haben die ganze Debatte um den § 219a morgen im Plenum. Ich glaube schon, dass die NGOs alle das grundsätzliche Leitprinzip verfolgen, Frauen in ihrer sexuellen Selbstbestimmung zu stärken. Das bedeutet aber natürlich die Beratung der Frauen vor und nach einer Abtreibung, also Vor- und Nachsorge. Es gehört zu ihren Aufgaben, das als Hilfs- und Beratungsorganisationen vor Ort zu machen. Das einmal vorweg. Meine erste Frage geht an Frau Birnbaum. Welche Ergebnisse konnten bislang mit Ihrem Programm „Champion of Change“ erzielt werden, Jungen und junge Männer für die Hinterfragung von klassischen Geschlechterrollen zu sensibilisieren. Wir haben darüber gesprochen, dass in manchen Kulturkreisen nach wie vor archaisch-patriarchalische Wertvorstellungen vorhanden sind. Da wäre es wichtig zu erfahren, inwieweit es hier gewissermaßen Erfolge gibt und wo die Probleme liegen? Meine

zweite Frage richtet sich an Frau Baunach. Welche Ergebnisse konnte Save the Children bislang mit seinem Programm in der Region Puntland in Somalia erzielen, insbesondere im Hinblick auf die Einbeziehung der Männer in Familienplanungsprozesse? Welche öffentlichen Gesundheitsstrukturen sind dort vorhanden, und welche Basisdienste im Bereich reproduktiver Gesundheit gibt es?

Abg. **Claudia Roth** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Wir hatten am Montag einen wichtigen Geburtstag; 70 Jahre allgemeine Erklärung der Menschenrechte. Der Artikel 1 „Die Würde des Menschen ist unantastbar“ steht ohne Adjektiv, d.h. das trifft auch auf Schwule, Lesben, Bisexuelle, Transgender und transsexuelle Menschen zu. Wie sieht Ihre Arbeit mit diesen Menschen aus, die sehr oft von Hetze, Hass oder Verfolgung betroffen sind? Wie kann Antidiskriminierungsarbeit für diese Gruppen mit zivilgesellschaftlichen Organisationen aussehen? Bestätigen Sie, dass die Entwicklungen, beispielsweise in Tansania, wirklich beunruhigend sind, was die Zunahme von Hetze und Verfolgung angeht. Welche Rolle spielen in der Region, über die wir heute reden, evangelikale Gruppen? Wir haben gestern in einem anderen Ausschuss über Brasilien gesprochen und haben dort gehört, dass evangelikale Gruppen Goethe-Institut-Mitarbeiter angreifen, die sich mit dem Thema von Trans-Menschen auseinandersetzen. Wie sieht die Rolle von evangelikalen Gruppen aus, z.B. in Nigeria oder Kenia, über das in einem anderen Zusammenhang gesprochen wurde. Ich fände es gut, wenn Sie dazu etwas sagen könnten, weil wir diese Minderheit von Menschen definitiv nicht vergessen sollten. Die zweite Frage bezieht sich auf die weibliche Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation, FGM). Die WHO spricht von 200 Millionen Mädchen und Frauen, die von FGM betroffen sind. Das hat nichts mit Religion zu tun, wie es immer wieder behauptet wird. Nimmt dieser Trend zu, ab oder stabilisiert er sich? Werden Trauma-Bewältigungsprogramme angeboten, und wie sehen die aus? Die Vorstellung, dass damit für Menschen ihr ganzes Leben ein stückweit zerstört ist, ist fürchterlich. Da würde ich gerne etwas von Ihnen hören.

Der **Vorsitzende:** Herzlichen Dank. Das waren Superfragen, und ich bin auf die Antworten gespannt. Wir fangen mit Frau Dorothee Klüppel von Misereor an.

Dorothee Klüppel (Abteilungsleiterin Afrika/Naher Osten, Bischöfliches Hilfswerk Misereor): Vielen Dank. Ich fange mit dem Thema Medien an und wie man Menschen erreichen kann. Wir haben schon im ersten Teil gehört, dass es ganz viel mit Bildung zu tun hat. Natürlich ist ein mangelnder Zugang zur Bildung eine Schwierigkeit, um Menschen durch digitale Medien zu erreichen. In Afrika ist seit vielen Jahren und Jahrzehnten das Radio in vielen Regionen ein zentrales Medium gewesen, über das wichtige Informationen und Aufklärungsmaßnahmen, auch außerhalb der Schule, erfolgreich vermittelt werden konnten. Ich möchte gerne ein Beispiel im Rahmen Digitalisierung nennen, wo wir für den arabisch sprachigen Raum - es gibt auch Ideen und Überlegungen, das auf andere Sprachräume auszubreiten - ein Online-Therapieprogramm fördern. In Zusammenarbeit mit Fachinstitutionen in Deutschland werden dabei Therapeutinnen und Therapeuten gefunden, die lokale Personen ausbilden. Es gibt auch eine Möglichkeit, sich mit dem Medium Internet Therapieangebote einzuholen. Damit kann ich schon einmal einen Blick auf die Frage von Frau Roth werfen. Es ist extrem wichtig, Therapieprogramme anzubieten im Bereich FGM, im Bereich Gewalt, egal ob dies in der Familie oder außerhalb der Familie geschieht. Das ist ein riesiges Thema, auch für Männer und für Frauen. Therapieangebote sind wichtig. Misereor unterstützt eine Vielzahl von Angeboten im therapeutischen Bereich sehr basisnah. Dazu gehören psychosoziale Beratung mit Gemeindehelferinnen und mit Führungspersönlichkeiten auf verschiedenen Ebenen bis hin zur Ausbildung von professionellen Therapeutinnen und Therapeuten. Zurück zur ersten Frage: In vielen Regionen, in denen die Menschen leben, über deren Situation wir sprechen, wo hohe Geburtenraten und kein Zugang zu Bildung sind, sind den Methoden der Digitalisierung Grenzen aufgezeigt. Dem Einsatz von mobilen Kliniken ist zu verdanken, dass einmal in der Woche oder einmal

Nur zur dienstlichen Verwendung

im Monat überhaupt irgendein Angebot im Gesundheits- oder Bildungsbereich in eine bestimmte Region kommt, und das ist für die Menschen dort ein Highlight. Da kommen sie zusammen, und das ist eine Möglichkeit, Informationen weiterzugeben und sich jenseits von irgendwelchen digitalen Möglichkeiten auszutauschen. Aber Sie haben Recht, die Digitalisierung ist eine Möglichkeit, die wir ganz stark in den Blick nehmen müssen, auch in den nächsten Jahren. Zumal es gerade in Afrika viele erfolgsversprechende Entwicklungen gibt, wo die Digitalisierung ganze Entwicklungsschritte übersprungen hat. Wer einmal versucht hat, einen Festnetzanschluss für ein Telefon zu bekommen in irgendeinem afrikanischen Land, weiß, wie unmöglich das ist. Dann kamen Handys und ganz viele Informationen waren dadurch leicht verfügbar. Zur Frage, ob die Förderung von Bildung, insbesondere die Bildung für Mädchen, ein zentraler Fokus für Misereor ist, kann ich bejahen. Wir unterstützen viele Projekte im Bereich der Grundbildung, und auch der Sekundärschulbildung. In Ländern wie Südsudan, Tschad und Niger geht es darum, Mädchen in die Schule zu bringen und in der Schule zu halten. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen Bildung und Geburtenrate. Je länger Mädchen in der Schule sind, desto später bekommen sie ihr erstes Kind, und desto weniger Kinder werden sie haben. Es gibt wichtige und erfolgsversprechende Programme, die auf die Arbeit mit Männern abzielen. Es geht im Kern um das Rollenbild zwischen Mann und Frau, und da kann man Männer nicht außen vorlassen. Wenn man die Situation für Frauen verbessern möchte, muss man mit den Männern arbeiten. Viele entwickeln sich zu Change Agents, die andere Rollenmodelle, andere Modelle von Männlichkeit einbringen und damit viel mehr erreichen können, als Gesetzesvorhaben dies können. Verzögerte Geburt senkt Geburtenrate, wie kann das erreicht werden: Der Zugang zu Bildung ist essenziell. Je länger Mädchen in der Schule sind, das sagte ich schon. Ob die Rolle der Kirchen positiv oder negativ für Familienplanung ist, ist eine Frage, auf die wir gleich noch einmal kommen können, da meine Zeit jetzt vorbei ist.

Sonja Birnbaum (Leiterin Repräsentanz Berlin, Plan International Deutschland): Vielen Dank auch von meiner Seite, dass Sie dieses wichtige Thema heute im AwZ behandeln. Wir von Plan International arbeiten seit über 80 Jahren für Kinderrechte und für Gleichberechtigung. Die Schnittstelle ist im Grunde die junge Frau, das Mädchen, und das heißt, dass der Zugang zu SRGR unsere Herzensangelegenheit überall auf der Welt ist. Vielen Dank auch für die vielfältigen Fragen. Ich hoffe, ich kann zu allen Hinweise und Antworten liefern. Zu den Normen und Kulturen: Wir respektieren Normen und Kulturen sowie religiöse Traditionen. Dort, wo sie jedoch Menschenrechte verletzen, wie den nicht gleichberechtigten Zugang zu SRGR, würden dort sie verändern wollen. Das können wir nicht von außen, indem wir reingehen und irgendetwas oktroyieren wollen, sondern das können wir nur genuin mit den Kommunen und Akteuren. Das wurde auch schon mehrfach angesprochen. Wir wollen alle unterstützen, den Wandel zu gestalten. Das tun wir, indem wir besonders mit Jungen und jungen Männern arbeiten. Wir haben ein globales Programm, auch aufgrund jahrelanger Erfahrungen, erarbeitet, das „Champions of Change“-Programm für die Region Mittel- und Südamerika. Sie kennen vielleicht die Region. Das war nicht einfach. Dort herrscht Gewalt zwischen Männern und Frauen oder gegen Frauen. „Machismo“ ist ein Begriff. Wir haben gezielt mit jungen Männern versucht, das zu überwinden. Wir haben das auf mehreren Ebenen begonnen, beispielsweise mit einer Journey of Change, also mit einer Reise des Wandels, weil das nicht von heute auf morgen gehen kann; das wissen wir alle. Wir fangen auf der individuellen Ebene an, indem wir mit den Jungen und Mädchen arbeiten. Wir beziehen aber alle Akteure in den Kommunen ein, Eltern, Gemeinde, religiöse Führer, die politischen Ebenen, lokal und national, und auch die Zivilgesellschaft bis hin zu Medien. Das war nicht immer einfach. Ich habe selber schon mit Jungen gesprochen, die an dem Programm teilgenommen haben, die gesagt haben, es war für sie manchmal nicht leicht, zurück zu ihren Peers zu gehen und zu sagen, „Verhalte dich mal anders.“ oder „Gewalt spielt keine Rolle mehr!“. Dadurch, dass sie so überzeugt waren

und das reflektieren konnten, konnten sie zu Champions werden und somit einen stärkeren und nachhaltigeren Wandel erreichen, als wir das jemals könnten, denn sie haben auf gleicher Augenhöhe miteinander gesprochen. Ich wollte noch einen Hinweis zu den Medien geben, weil das auch ein großer Bestandteil unserer Projektarbeit vor Ort ist. Wir haben z.B. in Malawi eine Whatsapp-Gruppe gebildet, wo Informationen über SRGR ausgetauscht werden können. In Uganda gibt es ein kostenfreies Telefon zusammen mit anderen Partnern. Zu dem sich politisch veränderten Umfeld, Herr Dr. Hoffmann, möchte ich mich an das anschließen, was in der ersten Runde gesagt wurde. Ich glaube, wir dürfen nicht müde werden, dieses Thema immer wieder auf der Agenda zu halten. Das tun wir in der Zivilgesellschaft in unserer Projektarbeit, aber es ist ebenso wichtig, dass wir hier darüber sprechen und immer wieder die Gelegenheit nutzen, auch international darüber zu sprechen. Deutschland ist ein ganz wichtiger und angesehener Akteur in der internationalen EZ. Wenn Deutschland diese Themen immer wieder voranbringt und einfach aufpasst, dass es nicht von der Agenda fällt, dann haben wir sehr viel gewonnen.

Dr. Sabine Baunach (Expertin SRGR, Save the Children): Danke für die Einladung und für die Fragen. Ich arbeite vor allem vor Ort zu SRGR, aber auch in der Humanitären Hilfe und der Entwicklungshilfe. Frau Sommer, Sie hatten das Beispiel in Puntland angesprochen. Save the Children hat über die Jahre hinsichtlich Familienplanung ein Implementierungsmodell entwickelt, und das Projekt in Puntland, das seit mehreren Jahren in Zusammenarbeit mit der Regierung stattfindet, ist ein gutes Beispiel. Das Projekt hat insgesamt fünf Komponenten. Neben der Bereitstellung von Dienstleistungen kümmern wir uns vor allem um das Equipment, aber auch um Verhütungsmethoden. Dr. Strelow hatte das eingangs schon angesprochen. Das ist ein ganz relevantes Thema. Häufig finden wir vor Ort vor allem kurz wirksame Verhütungsmethoden, wie die Pille oder auch Injektionen. Implanons oder die Spirale sind Optionen, die in vielen Kontexten die effektiveren und besseren Methoden sind, vor allem für Frauen, die schlechten Zugang zu einem Healthcenter haben, weil es vielleicht eine Drei-Tage-Reise entfernt ist. Deswegen ist es ganz wichtig, den Frauen mit den Dienstleistungen einen vielfältigen Methodenmix zur Verfügung zu stellen. Neben Dienstleistungen, wie supplies und capacity building, ist die Ausbildung von den Dienstleistern, Ärzten und Krankenpflegepersonal vor Ort wichtig. Hier spielt auch value clarification für uns eine wichtige Rolle, sodass Stigmatisierung durch und persönliche Normen von Dienstleistern keine Rolle spielen, sondern sie werden darin geschult, professionell und neutral an ihre Kunden heranzutreten. Advocacy-Arbeit und die Kollaboration mit den Partnern ist ein wichtiges Thema, auch die Arbeit in den Gemeinden zur Aufklärung. Wir haben vorhin häufiger von Community Health Workern und unterschiedlichen Aufklärungsaktivitäten in den Gemeinden gehört, die natürlich kontextspezifisch und kultursensitiv und für die verschiedenen Akteure in den Gemeinden entwickelt werden müssen. Das Beispiel in Puntland ist ein erfolgreiches Projekt, das wir über die letzten Jahre implementiert haben. Sie haben Ihre Frage auf die Rolle der Männer gerichtet. Wichtig in dem Bereich, finde ich, ist, dass Männer und Jungen in einem Kontext gesehen werden, wo ihnen drei unterschiedliche Rollen zukommen. In vielen afrikanischen Ländern sehen wir häufig, dass die Dienstleister, wir reden immer landläufig von der Krankenschwester, Männer sind, die diese Rolle übernehmen. Von daher ist es wichtig, Männer als Dienstleister, aber auch als Klienten, in der Beratung aber auch für Verhütungsmethoden, also Kondome oder Vasektomie, zu betrachten. Das sind Verhütungsmethoden, die auch für Männer in Frage kommen, und es sind durchaus nicht immer nur die Frauen, die so eine Methode wählen. Die dritte Rolle, die ihnen zukommt, ist die Rolle der Champions oder Agents for Change, wo wir in Puntland auch sehr positive Erfahrungen gemacht haben. In unseren Aufklärungskampagnen setzen wir uns ganz gezielt am Anfang mit Männern, kirchlichen Akteuren und Jugendlichen hin und überlegen, wie können wir gegebene lokale Kommunikationskanäle oder Strukturen nutzen. Man muss das Rad nicht immer wieder neu erfinden, sondern die Gemeinden

haben bereits viele Strukturen und Systeme. Da muss man nicht von außen kommen und meinen, den Leuten die westliche Denkweise überstülpen zu müssen, sondern vieles, was vor Ort da ist, kann man aufgreifen und weiter ausarbeiten. Wenn wir die Aufklärungskampagnen entwickeln, setzen wir uns mit den verschiedenen Akteuren der Gemeinden zusammen und versuchen ganz gezielt, Messages zu entwickeln, die dann die verschiedenen Akteure, z. B. Ehemänner aber auch Schwiegermütter, die in solchen Kontexten eine sehr starke und einflussreiche Rolle spielen, mit einzubeziehen. Je gezielter diese Messages gewählt werden können, umso eher fühlt man sich angesprochen und kann diese Dinge in seiner eigenen Norm und Überzeugung mit einbauen und sich danach verhalten. Puntland ist ein so konservativer Kontext und doch ein Beispiel dafür, wo die Einbeziehung von kirchlichen Akteuren sehr erfolgreich war. Kirchliche Akteure sind nicht immer nur gegen Familienplanung, sondern können auch als Champions oder Agents for Change sehr effektiv mitwirken.

Der **Vorsitzende:** Das war jetzt noch eine ganz wichtige Information über die Rolle der Kirche. Jetzt die Abgeordneten in umgekehrter Reihenfolge, ganz diszipliniert, noch einmal eine Minute, und der Kollege von Holtz fängt an.

Abg. **Ottmar von Holtz** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Jetzt komme ich als Spielverderber. Einerseits kippe ich jetzt Wasser in das Glas Wein, andererseits gebe ich Frau Klüppel noch einmal die Gelegenheit an das anzuknüpfen, wo wir vorhin stehengeblieben sind. Lassen Sie uns nicht um den „heißen Brei“ herumreden. Wir haben sehr viel über die Rollen von religiösen, aber auch von traditionellen Führern gesprochen. Eines ist klar: Solange die katholische Kirche und der Papst die Haltung einnehmen, die sie einnehmen, macht es das vor Ort sehr schwierig. Das wollte ich in diesem Zusammenhang sagen. Es sind nicht immer nur die traditionellen Chiefs vor Ort oder die religiösen Führer, die tatsächlich sehr hilfreich, auch in der Lösung von Konflikten in Krisengebieten, sind. Das weiß ich aus der Arbeit in der zivilen Krisenprävention. Aber solange die katholische Kirche als Institution die Haltung zur Verhütung und zur sexuellen Aufklärung vertritt, macht es das Geschäft vor Ort sehr schwierig.

Abg. **Eva-Maria Schreiber** (DIE LINKE.): Ich bin eigentlich Ethnologin, und hier sind so viele Begriffe herumgeschwirrt: traditionell, kulturell, religiös, neokolonial, Bevormundung usw. Sie haben auch sehr schön erklärt, dass Sie die Gatekeeper brauchen und wie Sie mit denen in Kontakt kommen. Ich möchte jetzt einen Schritt nach vorne gehen. Sie müssen erst einmal so weit kommen, Kontakt aufzubauen. Mich interessieren dabei die Hindernisse. Auf welcher Ebene liegen die größten Hindernisse, um da überhaupt hinzukommen? Wie kann man Sie da unterstützen? Gibt es für uns Handlungsempfehlungen? Mit welchen anderen Schwierigkeiten müssen Sie rechnen, und welche müssen Sie überwinden, um Ihre Arbeit beginnen zu können?

Abg. **Till Mansmann** (FDP): Meine erste Frage richte ich an Frau Birnbaum. Es ist mehrfach angesprochen worden, wie wichtig es ist, bei der frühen Aufklärung und den Informationen bei den 10- bis 14jährigen anzusetzen. Das ist in den Gesellschaften in Subsahara-Afrika eine schwierige Frage. Wie sehen Sie die gesellschaftlichen Entwicklungen im Zusammenhang mit dieser Arbeit in den letzten Jahren? Wie würden Sie die beschreiben? Was erwarten Sie für die nächsten Jahre, denn das ist ein sehr wichtiges Feld? Frau Dr. Baunach, wir sind schon mehrfach von Leuten auf die Problematik angesprochen worden, dass sanitäre Ausstattungen von Bildungseinrichtungen sehr wichtig sind. Das spielt eine große Rolle und ist in den Gesellschaften kein Problem. Ich glaube auch, dass es für unsere Arbeit wichtig ist, wenn man Programme auflegen könnte, die unserer Auffassung nach sehr wirkungsvoll wären. Wie sind Ihre Erfahrungen? Vielleicht haben Sie ein paar Hinweise, wie wir an diesem speziellen Problem arbeiten können. Wir glauben, dass wir die Frauen damit viel besser mitnehmen könnten.

Abg. **Ulrich Oehme** (AfD): Ich habe eine kurze Frage an Frau Klüppel: Inwiefern schaffen Sie es, die afrikanischen Gesellschaften mit in eine

Nur zur dienstlichen Verwendung

Art Eigenverantwortung zu ziehen, damit Gewinne aus steigendem Wohlstand nicht durch die steigenden Bevölkerungszahlen wieder aufgefressen werden?

Abg. **Gabi Weber** (SPD): Ich erinnere noch einmal an meine Stichpunkte: Flucht und die ganze Problematik Gewalt, ungewollte Schwangerschaften und Verhütungsfragen, Gewalt und die Rolle des Staates. Gibt es Möglichkeiten, Einfluss zu nehmen? Ich kenne ein konkretes Beispiel aus Südamerika, wo Digitalisierung mit dem Schutz von Frauen verknüpft wird. Ich war in Peru und Ecuador unterwegs, und in einem der beiden Länder habe ich davon gehört, dass Frauen über ihre Handys eine Notrufgeschichte organisieren mit dem Einspeisen ihrer jeweiligen Daten, wo sie sich befinden, und über diesen Weg können sie Hilfe organisieren. Wäre das eine Möglichkeit, wie man den persönlichen Schutz von Frauen in Afrika organisieren kann? In Afrika haben wir übrigens teilweise bessere Empfangssituationen, was Handystationen angeht, als in Deutschland.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Wenn wir die Bevölkerungsdiskussion und die Diskussion über das Bevölkerungswachstum in Afrika führen, geistert immer ein Zukunftsszenario herum, dass sich nämlich bis 2050 die Bevölkerung dort im Zweifelsfall verdoppeln wird. Jetzt arbeiten wir im Rahmen der MDGs und der SDGs mit Zielzahlen. Meine konkrete Frage an Sie ist, welche Zielzahl in Abweichung von dieser Perspektive Sie sich vorgenommen haben. Das Messen selber ist natürlich sehr schwierig, aber die Arbeit ist ja auch kein Selbstzweck. Die Selbständigkeit der afrikanischen Nationen will man im Auge behalten, und dass man nicht durch zu viele Menschen, durch zu wenig Nahrung und andere Ressourcen Lebensverhältnisse nicht verbessert werden. Diese Frage würde ich gerne an Frau Dr. Baunach richten.

Der **Vorsitzende**: Herzlichen Dank. Wir hatten eine weitere Fragerunde, jetzt kommt eine weitere Antwortrunde. Sie haben jeweils fünf Minuten Zeit, und auch hier geht es in umgekehrter Reihenfolge. Frau Dr. Baunach fängt an.

Dr. Sabine Baunach (Expertin SRGR, Save the Children): Sehr interessante Fragen. Ich möchte zuerst auf die Frage von Herrn Mansmann eingehen. Sie hatten nach der sanitären Ausstattung in Bildungseinrichtungen gefragt. Bei Save the Children versuchen wir sektorübergreifend an die Projekte heranzugehen. Natürlich ist das immer bedarfsorientiert und basierend auf initialen Assessments, die wir vor Ort durchführen. Dadurch, dass wir in unterschiedlichen Sektoren tätig sind, ist das eine Möglichkeit, die bei uns besteht. Was ich herausstellen möchte, ist nicht nur, dass der Bildungs- und Gesundheitssektor starke Überschneidungen haben, sondern das gilt auch für Water und Sanitation. Sie haben die Sanitäranlagen selber angesprochen und die Protektion von Minderjährigen, aber eben auch von Frauen. Im Bereich Vermeidung von Gewalt, was über die Sanitäranlagen hinausgeht, kann viel gemacht werden. Hygiene und Gesundheitsprävention ist ein Bereich, der die Sanitäranlagen oder Wasserversorgung anspricht, aber auch Aufklärungen sind Aktivitäten, die hier aufgegriffen werden können. Ich finde es immer wichtig, dass man sektorübergreifend tätig wird und ganz genau schaut, wo Bedarf besteht. Nicht in jedem Einsatzland sind die sanitären Standards in den Schulen problematisch, auch das sollte in Erwägung gezogen werden. Ich weiß nicht, ob ich Ihre Frage genau verstanden und beantwortet habe. Ich hoffe, das trifft es ungefähr; ansonsten gerne noch einmal im Anschluss. Die Frage nach sexueller Gewalt, Menschen auf der Flucht und ungewollte Schwangerschaften und welche Rolle dem Staat zukommt. Es muss zunächst einmal eine klare Rechtslage geschaffen werden. Sexuelle Gewalt und domestic violence müssen unter Strafe gestellt werden. Das treffen wir in vielen Ländern nicht an. Die Rechtslage muss als Basis klar definiert werden, und solche Tatbestände müssen aufgegriffen und darauf basierend die Täter konsequent verfolgt werden. In vielen Kontexten haben wir zwar die Rechtslage, aber niemand kümmert sich um die Umsetzung und die Täter. Ich habe viele Frauen getroffen, die erzählten, selbst wenn sie den Weg in Gesundheitseinrichtungen schaffen und sagen, ‚Ich wurde Opfer von sexueller Gewalt', dann sind die Dienstleister auf medizinischer Seite völlig überfordert

und es entstehen keine Konsequenzen. Die Verfolgung von Tätern ist wichtig, und man muss in den Ländern schauen, welche Rolle die Polizei als Exekutive spielt. Häufig sehen wir, dass Polizisten, die leider oft Männer sind, ihre Machtposition in dieser Situation ausnutzen. Man müsste Polizei und Personal noch in die Projekte mit einschließen. Der Schutz von Opfern: Da ist die medizinische Versorgung, wenn es zu sexueller Gewalt gekommen ist, recht relevant. In vielen Gesundheitseinrichtungen sind die Dienstleister für solche Situationen aber gar nicht ausgebildet, wie hinsichtlich HIV-Prävention bei einer Exposition, aber auch die Vermeidung einer Schwangerschaft, die aus dieser sexuellen Gewalttat entsteht. Dazu möchte ich noch einmal die Pille danach ansprechen. Das fällt auch unter Familienplanung und wird sehr häufig total vergessen. Das findet man nicht vor Ort, ist aber eine ganz wichtige Methode, um ungewollte Schwangerschaften, vor allem aus so einer Gräueltat, zu vermeiden. Nicht zuletzt die medizinische Versorgung von Überlebenden von sexueller Gewalt oder bei Opfern von sexueller Gewalt die Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten. Das sind alles Aktivitäten, die in der Verantwortung des Staates liegen müssen. Dass es in der Umsetzung immer schwierig ist, und die Finanzierung ein häufiges Problem ist, da muss man sich anschauen, in welchem Kontext man sich befindet. Also, ist das ein stabiler Kontext, oder ist das vielleicht eine protrahierte Krise, wie in der DRC. Der Kongo wurde häufig angesprochen, zu Somalia haben Sie von mir das Beispiel gehört. Das sind alles instabile Krisen, da übernehmen häufig internationale NGOs oder Nichtregierungseinheiten die Unterstützung des Staates.

Sonja Birnbaum (Leiterin Repräsentanz Berlin, Plan International Deutschland): Da möchte ich nahtlos anschließen, indem wir einen Schritt zurückgehen zur Rolle und Verantwortung des Staates. Wir haben es auch in der Stellungnahme geschrieben: Geburtenregistrierung. Das hört sich für uns alle vielleicht „dröge“ an, weil wir unsere Geburtsurkunde zu Hause in der Schublade liegen haben. Aber gerade in fragilen Kontexten, wie das angesprochen wurde, aber auch, wenn es um Menschenhandel geht oder um solche Praktiken, dass Mädchen tatsächlich über Grenzen hinweg auf Heiratsmärkten verkauft werden, ist eine Geburtenregistrierung ein Schutz vor Gewalt und Ausbeutung. Deswegen fordern wir das ganz ausdrücklich von der Bundesregierung. In der letzten Legislaturperiode gab es einen wunderbaren Antrag. Herr Dr. Kippels. Sie haben dazu im Bundestag gesprochen. Es wäre schön, wenn wir vielleicht diese Legislaturperiode nutzen könnten, um noch einmal zu schauen, wie wir das verstärken könnten. Kinder und frühe Zwangsheirat: Wir haben heute dieses Stichwort bereits gehört, und das ist auch ein programmatischer Schwerpunkt von uns. Da kommt nämlich alles zusammen, denn das ist eine Ursache von frühen Schwangerschaften und von Todesfällen infolge von Schwangerschaft und Geburt. Wir arbeiten im südlichen und östlichen Afrika ganz eng mit den nationalen Regierungen zusammen und haben es tatsächlich in einigen Regierungen erreicht, dass diese die Gesetze angepasst haben. Wir nennen das Projekt 18+, also Mädchen sollen erst ab 18 heiraten. Da ist es wichtig, dass wir diesen politischen Willen immer hochtragen auf eine globale Ebene, dass Deutschland das immer wieder in Regierungsverhandlungen fordert und äußert. Damit gehen wir wirklich in die Kommunen und sagen zu den lokalen Autoritäten, jetzt versuchen wir, das hier mit euch umzusetzen, diese Praktiken zu verändern. Sie hatten das Stichwort zu den Hindernissen und wie wir in Kontakt mit den Gatekeepern, den Autoritäten, kommen. Wir machen das tatsächlich so, dass wir sehr lange in unseren Programmregionen sind. Wir sind bis zu 15 Jahren vor Ort. Wir sind da mit über 90 Prozent lokaler Kräfte, wir rekrutieren sozusagen Menschen aus dem lokalen Kontext und überzeugen dadurch. Wir gehen immer wieder hartnäckig in das Gespräch, und das hilft. Ich wollte noch das Stichwort Flucht aufgreifen und etwas dazu sagen, weil ich das heute Morgen im Zug gelesen habe und das vielleicht ein weiteres Schlagwort bringt. Wir arbeiten gerade aktiv im Südsudan, und dort sind über vier Millionen Menschen auf der Flucht. Die Hälfte davon sind Kinder, und wir haben eine Studie gemacht in diesem Jahr. Ich will Sie nicht alle betroffen machen, aber es ist erschreckend, was uns die Mädchen, die wir

befragt haben, erzählen. Jedes vierte Mädchen hat uns berichtet, dass es schon an Suizid gedacht hat. In der Region ist es tatsächlich so, dass es für ein Mädchen dreimal wahrscheinlicher ist, an Schwangerschaft und Geburt zu sterben, als die Schule abzuschließen. Da sehen wir noch einmal die Relevanz von Zugang zur SRGR sowie zur Bildung. Bildung ist für uns der Kern des Ganzen. Die Investitionen in Grundbildung, auch über die globale Bildungspartnerschaft, unterstützen das alles. Ich wollte noch einen Satz zur Partizipation von Jungen, Mädchen und Jugendlichen sagen. Das ist nämlich ein elementarer Ansatz unserer Programmarbeit. Wir haben schon gehört, dass wir im Grunde alle so arbeiten, dass wir mit den Jugendlichen besprechen, was sind ihre Bedürfnisse und Bedarfe. Wir machen mappings und gucken uns genau an, wie wir dann unsere Aktivitäten ausgestalten. Aber nicht nur das ist relevant, sondern wir müssen sie auch einbeziehen in das Monitoring und in die Evaluation der Projekte. Wir glauben, dass nur so wirklich nachhaltig ein Wandel geschehen kann. Wir verursachen dadurch eine viel stärkere Ownership, also eine Verantwortung der Akteure, und deshalb wäre das auch eine Forderung an die bilaterale Zusammenarbeit von Deutschland, dass Jugendliche und Kinder in die Programmzyklen einbezogen und ihre Bedürfnisse und Bedarfe stärker berücksichtigt werden.

Dorothee Klüppel (Abteilungsleiterin Afrika/Naher Osten, Misereor): Der „heiße Brei“, Herr von Holtz, ist sehr spannend, wenn man ihn sich genauer anschaut. Danke für die Frage. Ohne die Arbeit von kirchlichen Einrichtungen, gerade im Gesundheitsbereich, wäre die Lage für viele Frauen und Kinder dramatischer und viel schlimmer. Ich will aber nicht in Abrede stellen, dass manche Entscheidungen oder Einstellungen, vor allem an der Spitze der Hierarchie, nicht ganz opportun sind für die Themen, die wir heute besprochen haben. An der Basis ist enorm viel passiert, da ist ganz viel Pragmatismus, da sind Gesundheitsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter, die über die Jahre beim Thema HIV/Aids enorm dazu beigetragen haben und das Thema Sexualität in Gemeinschaften und Familien enttabuisiert haben. Wie kommen Kinder, die nicht in der Schule sind, an Informationen? Es geht um Stärkung von Mädchen, und das gelingt dann besonders gut, wenn die Eltern einen entsprechenden Rahmen schaffen können. Zur Relativierung des potentiell nicht förderlichen Einflusses der katholischen Kirche nenne ich immer gerne zwei Zahlen. In Italien, einem der katholischsten Länder der Welt, mit über 80 Prozent Zugehörigkeit zur römisch-katholischen Kirche, liegt die Geburtenrate bei 1,3, und im Niger, wo weniger als ein Prozent Christen sind und davon nur ein kleiner Teil Katholiken, liegt die Geburtenrate bei 7,1. Das zeigt, dass man den Einfluss nicht überbewerten darf. Den Einfluss an der Basis aber durchaus. Da kann ich von der Arbeit in Kenia berichten, auch zum Thema LGBTI, das Sie eben einbrachten, Frau Roth, ein hochproblematisches Thema in der Theorie für die katholische Kirche. Wir haben als Misereor gerade aktuell eine Ausstellung laufen, wo es um das Verhältnis von katholischer Kirche und LGBTI-Menschen geht. Wir wollen dadurch Bischöfe, Priester oder Ordensschwestern zu diesem Thema sensibilisieren. Ich kann aber aus meiner eigenen Erfahrung in Kenia berichten, wenn man im vertraulichen Rahmen darüber spricht, dann ist da eine enorme Offenheit. Es ist ein Bedarf da, und die Menschen sehen, was die Nöte sind und gehen darauf ein. Das Thema Familienplanung wird von der Unversehrtheit des Menschen oder der Würde des Menschen her angegangen. Es ist essenziell für die Gesundheit von Frauen und Kindern, eine spätere Mutterschaft zu erreichen. Wie kommen wir mit den Menschen in Kontakt? Das ist wirklich einer der zentralen Vorteile von Kirchen, Frau Schreiber. Die Kirche ist eigentlich immer schon da. Die kirchlichen Akteure gehen auch nicht weg, wenn Krisen, gewaltsame Eskalationen, sind. Als Handlungsempfehlungen fokussieren sie nicht nur die Reformchampions, sondern sie sind gerade in den Ländern, die LDCs genannt werden. Von denen sind immerhin 33 von 47 in Afrika. Stärken Sie zivile Konfliktprävention, denn alles, was wir nachher an Traumabearbeitung machen können, erreicht nur einen Bruchteil dessen, was wir durch Prävention verhindern könnten. Gerade bei Flucht und Migration, aber vor allem Flucht.

Nur zur dienstlichen Verwendung

Es wurde erwähnt, Mädchen sind extrem betroffen. Ich habe mit Mädchen in Flüchtlingslagern in verschiedenen Ländern, in Afrika und im Nahen Osten, gesprochen. Einer der Gründe für Frühverheiratung ist das Wissen um die enorm große Gefahr, vergewaltig zu werden, und deshalb verheiratet man das Mädchen lieber. Dass das nicht viel besser ist, wissen wir alle. Zum Thema Eigenverantwortung. Wo geht das steigende Einkommen hin? Es ist wichtig, und ich hoffe, das ist auch in meinem schriftlichen Beitrag deutlich geworden, nicht alleine auf die Familienplanung zu fokussieren, sondern die ganzheitliche Entwicklung in den Blick zu nehmen. Deswegen unterstützt Misereor neben den Themen, die hier im Fokus stehen und die zentrale Bestandteile unserer Arbeit sind, auch die demokratische Teilhabe von Menschen. Dazu gehören das Einfordern von guter Regierungsführung, Programme zum Budget-Monitoring, und dass Menschen in die Lage versetzt werden, zu sehen, wo staatliche Budgets hingehen. Das ist enorm wichtig, um die Gesellschaften in die Lage zu versetzen, Regierungsführung in ihren Ländern einzufordern. Da kann ich als Handelsempfehlung nur noch einmal mit auf den Weg geben, fordern Sie von Staaten ein, wo Sie die Möglichkeit haben, die Zivilgesellschaft mit einzubeziehen. Wir fordern unsere zivilgesellschaftlichen Akteure auf, den Staat in jedem Gesundheits- und Bildungsbereich in die Pflicht zu nehmen.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank. Werte Kolleginnen und Kollegen, wir haben einen spannenden Vormittag erlebt. Jetzt könnte ich fälschlicherweise sagen, ein Schluss daraus ist, dass diese Informationen, die wir heute bekommen haben, einfach die zentrale Basis für sämtliche Mitglieder im AwZ sein müssten. Das ist nicht falsch, aber es ist auch nicht die ganze Wahrheit. Im Prinzip ist das eine Wahrheit, die für alle Menschen gelten sollte, insbesondere für Männer. Das, was wir heute zum Teil vermittelt bekommen haben, ist die Grundlage gesellschaftlichen Lebens insgesamt - und das nicht nur in Afrika, sondern auch hier. Insofern bedanke ich mich recht herzlich bei den Sachverständigen für Ihre wirklich interessanten und spannenden Beiträge. Es wird ein Wortprotokoll geben, das ins Internet gestellt wird. Ich wünsche Ihnen eine gute Heimfahrt. Wir sehen uns im nächsten Jahr wieder.

Ende der Sitzung: 12:53 Uhr

Uwe Kekeritz, MdB
Stellvertretender Vorsitzender

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.guttmacher.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 Sexualkundeunterricht 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/pIIS0140-6736(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/772740JRN0WBER0Box0377301B00PUBLIC0.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 Sexualaufklärung 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 Sexualaufklärung zu schaffen. Dieser Ansatz wird auch in der 2018 von den Vereinten Nationen herausgegebenen technischen Handreichung zu Sexualaufklärung unterstützt.[19]

Investitionen in Sexualaufklärung 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 Sexualaufklärung) nicht klar einem der von der OECD DAC definierten Sektoren der Zusammenarbeit zugeordnet werden kann.

Mögliche Quellen sind das Creditor Reporting System der OECD DAC[21] 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 Sexualaufklärung, 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_Guttmacher_Sexualaufklaerung_Kenia_final_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 at 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 Verhüttungsmitteln 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-Initiative[33] 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 Stellungname UNFPAs zu dieser Anhörung verwiesen.

IPPF hat 141 Mitgliedsorganisationen, die in 152 Ländern arbeiten. Das deutsche Mitglied von IPPF ist pro famila. 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 Guttmacher-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' Health[40] 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.guttmacher.org/de/guttmacher-lancet-commission/fortschritt-beschleunigen-kurzfassung, 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/

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. wirtschaftl.
Zusammenarbeit u. Entwicklung

Ausschussdrucksache
19(19)136 b

Öffentliche Anhörung 12.12.2018

5. Dezember 2018

Gibt Kindern eine Chance

Schriftliche Stellungnahme „Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte, selbstbestimmte Familienplanung und die Stärkung und Teilhabe von Mädchen und Frauen“

für die Öffentliche Anhörung zum Thema „Stärkung der Rechte der Frauen - Freiwillige Familienplanung in Subsahara-Afrika“

im Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung des Deutschen Bundestages am 12. Dezember 2018, 11:00 - 13:00Uhr

Sachverständige: Sonja Birnbaum,
Plan International Deutschland e.V.
Abteilungsleitung Entwicklungspolitik
Leiterin Repräsentanz Berlin
Kontakt: sonja.birnbaum@plan.de

Während der erste Teil der Anhörung einen Fokus auf die internationalen und strukturellen Rahmenbedingungen von Familienplanung wirft, konzentriert sich der zweite Teil auf kontextuelle Einflussfaktoren und die Stärkung der Frau. Die vorliegende Stellungnahme bezieht sich auf Teil B und geht ein auf

a) das Wechselspiel zwischen Gleichberechtigung und selbstbestimmter Familienplanung und die Bedeutung von Werten und Normen,
b) die Rolle von Jungen und Männern,
c) die Rolle religiöser Autoritäten und kirchlicher Akteure,
d) den Stellenwert einer umfassenden Sexualerziehung.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) umfassen das körperliche wie geistige Wohlbefinden und die freie Entscheidungsmöglichkeit über die eigene Sexualität, Familienplanung und Fortpflanzung. Diese Rechte sind in keinem Land der Welt für alle Menschen gleichermaßen verwirklicht, jedoch werden ungeachtet internationaler Bekenntnisse und Verpflichtungen besonders Mädchen und Frauen diese Rechte verwehrt. [i]

In Ländern südlich der Sahara trägt eine Vielzahl an sozio-ökonomischen Faktoren wie Bildung, Einkommen oder geographische Determinanten dazu bei, dass Mädchen und junge Frauen nicht die Möglichkeit haben, selbstbestimmt über die eigene Familienplanung zu entscheiden. Ungefähr die Hälfte aller Schwangerschaften in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen ist in dieser Region nicht geplant. Davon endet wiederum ungefähr die Hälfte in Abtreibungen, ungefähr vier Fünftel davon unter unsicheren Bedingungen. Der ungedeckte Bedarf an Methoden der Familienplanung ist unter den 15- bis 17-Jährigen noch einmal höher als unter den 18- bis 19-Jährigen.[ii]

Wenig bekannt und somit auch unberücksichtigt bleibt die Situation der 10- bis 14-Jährigen.[iii]

Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte und die Stärkung von Mädchen und Frauen - die Rolle von Normen und Traditionen

Wenn Mädchen und junge Frauen in Ländern mit hohen Geburtenraten die Selbstbestimmung und Mittel haben, gemäß der eigenen Wünsche und Vorstellungen über Familienplanung zu entscheiden, entscheiden sie sich für weniger Kinder. Die Gleichstellung der Geschlechter bestimmt neben anderen Faktoren wie der Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln, Bildung oder Einkommen wesentlich darüber, ob Mädchen und Frauen autonom und selbstbestimmt über die Frage entscheiden können mit wem, wann und wie viele Kinder sie bekommen.[iv]

Häufig stehen jedoch religiöse oder traditionelle Werte und Normen und geschlechtsspezifische Rollenbilder und Diskriminierungen reproduktiven Rechten und einer selbstbestimmten Familienplanung entgegen. Kinder-, Früh- und Zwangsheirat führt häufig zu ungewollten frühen Schwangerschaften. Wenn vorhanden, haben oft nur verheiratete Frauen Zugang zu Dienstleistungen der Familienplanung. Frauen, die verhüten, gelten oft nicht als „richtige“ Frau. Weiblichkeit und Frausein werden häufig mit Geburt und Mutterschaft verbunden. Zudem sind die Dienstleistungen in der Regel nicht an den Bedürfnissen junger Menschen ausgerichtet. Auch weibliche Genitalverstümmelung oder sexualisierte Gewalt können Mädchen und Frauen durch lebenslange körperliche und seelische Schmerzen oder Traumatisierungen selbstbestimmte und freie Entscheidungen über die eigene Sexualität erschweren bis unmöglich machen.

Trotz wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Veränderungen erweisen sich viele der Normen und Rollenbilder als langlebig, was neben anderen Faktoren den anhaltenden Wunsch nach großen Familien in Subsahara-Afrika begünstigt.[v] Das Zusammenspiel von geschlechtsspezifischen Normen und Rollenbildern, früher Verheiratung, Teenageschwangerschaften, Bildung, Einkommen und letztendlich auch Entscheidungsmacht kann unter anderem zur Erklärung der Differenzen der Geburtenrate und dem Kinderwunsch in Niger und Ruanda herangezogen werden. Wünschen sich Frauen in Niger durchschnittlich 9,5 Kinder, sind es in Ruanda nur 3,6. Die Gesamtfruchtbarkeitsraten liegen bei 7,1 und 3,7.[vi] Eine Rangfolge in der Gewichtigkeit der Gründe lässt sich wegen der Wechselwirkung der Faktoren nur schwer begründen.[vii]

Plan International respektiert kulturelle und religiöse Traditionen und Normen, ist aber der Auffassung, dass diese nicht der Grund für Diskriminierung und Missachtung grundlegender Mädchen- und Frauenrechte sein dürfen. Wir halten es für absolut notwendig, diskriminierende Normen und Werte zu verändern, und Mädchen und Frauen sowie Jungen und Männer zu stärken, sich für ihre Rechte und einen Wandel von Nomen und Rollenbildern einzusetzen. Hierfür setzen wir auf den Dialog und das Lernen innerhalb von Familien, Gemeinden, zwischen Jungen und Mädchen, zwischen Alt und Jung. Wir beteiligen Kinder, Jugendliche, Eltern, traditionelle und religiöse Autoritäten, Gesundheitspersonal und Lehrkräfte. Insbesondere mit unserem Programm „Champions of Change“ und dem „Generationendialog“ wollen wir den Dialog über Selbstbewusstsein und sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte fördern und stereotype Haltungen und Erwartungen in allen Lebensbereichen verändern.[viii]

Die Rolle von Jungen und Männern für Gleichberechtigung und sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte

Für Gleichberechtigung müssen Mädchen und Jungen sowie Frauen und Männer gleichermaßen an Veränderungsprozessen beteiligt sein. Auch Jungen und Männer sind geschlechtsspezifischen Normen und Erwartungen ausgesetzt, die sie zum Teil in ihrer freien Lebensgestaltung einschränken. Erst wenn sie sich der eigenen Machtposition und den gesellschaftlichen Ansprüchen an sie bewusst werden und erkennen, dass Gleichberechtigung auch für sie einen Mehrwert hat, ist nachhaltiger Wandel möglich. Auch die Guttmacher-Lancet Kommission empfiehlt in ihrem von der Bundesregierung mitfinanzierten Bericht „Fortschritt Beschleunigen - sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte für alle“, dass Männern eine wesentliche Rolle zukommen muss, um die Gesundheit, Rechte und Autonomie der Frauen zu verwirklichen und ihre sexuellen und reproduktiven Rechte in vollem Umfang zu ermöglichen.[ix]

Plan International setzt darauf, jungen Menschen - insbesondere Mädchen - eine Stimme zu geben, damit sie aktiv ihre sexuellen und reproduktiven Rechte einfordern können, um Genderstereotypen und diskriminierende Normen, Werte und Rollenbilder zu verändern. Aber auch Jungen und junge Männer spielen in unserer Arbeit eine zentrale Rolle für Gleichberechtigung und die Gewährung sexueller und reproduktiver Rechte. In unserem Programm „Champions of Change“ unterstützen wir Jungen, aktiv gesellschaftliche Normen und Machtpositionen, die Gleichberechtigung entgegenstehen, zu hinterfragen und in der Schule, den eigenen Familien, untereinander und in ihren Gemeinden zu verändern. Das Programm umfasst ein einjähriges Schulungs- mit anschließendem Mentoringprogramm zu Themen wie Geschlechterungleichheit, Konzepte von Männlichkeit, geschlechtsbasierte Gewalt und Diskriminierung, Elternschaft und einem speziellen Modul zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte.[x]

Die Rolle von Kirchen und religiösen Autoritäten

Der Einfluss von Religion, Kirche und religiösen Autoritäten ist in allen gesellschaftlichen Lebensbereichen in Ländern südlich der Sahara stark ausgeprägt. Ihre Entscheidungsmacht und die tatsächliche Einflussnahme auf Veränderungen von Normen und Geschlechterstrukturen sind weitreichend. Dies gilt auch für den Bereich einer selbstbestimmten und umfassend informierten Familienplanung.

Umso wichtiger ist es, Kirchen und religiöse Akteure auch in Strategien und Projekte zur Gleichberechtigung und Stärkung der Rechte von Mädchen und Frauen in allen Phasen einzubeziehen. Plan International hat dies als zentrales Thema angenommen und arbeitet gezielt mit ihnen zusammen, um einen Wandel mit und durch sie zu bewirken. Zusammen mit kirchlichen und traditionellen Autoritäten konnten wir im Verbund mit anderen Partnern zum Beispiel durch ein regionales Programm zur Beendigung der Kinderheirat wichtige Fortschritte erzielen.

Die Rolle umfassender Sexualerziehung für eine selbstbestimmte Familienplanung und die Stärkung der Rechte von Mädchen und Frauen

Länder mit hohen Fertilitätsraten und einer sich entsprechend verjüngenden Bevölkerung haben Schwierigkeiten, den gleichberechtigten Zugang zu Bildung zu gewährleisten. In Afrika südlich der Sahara sind die Chancen, eine Grundschule zu besuchen, für Mädchen aus Familien mit niedrigem Einkommen am geringsten. So

haben etwa in Guinea und Niger über 70 Prozent der Mädchen aus den ärmsten Familien nie eine Schule besucht.[xi] Andersherum spielt Bildung neben anderen Faktoren wie Zugang zum Gesundheitssystem und Einkommen eine Schlüsselrolle für eine autonome und selbstbestimmte Familienplanung.[xii] Bildung trägt dazu bei, dass Mädchen später heiraten, weniger Kinder bekommen, fördert die eigene wie die Gesundheit ihrer Kinder und schützt sie in letzter Konsequenz auch vor Gewalt.[xiii] Studien zeigen zudem, dass sexuell aktive Mädchen, die in der Schule sind, eher verhüten als Altersgenossinnen, die keine Schule besuchen.[xiv]

Der Bedarf an umfassendem Wissen über sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte ist in Ländern südlich der Sahara unter Jugendlichen, einschließlich der oft vernachlässigten Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen, hoch.[xv] Dennoch ist die Notwendigkeit einer umfassenden Sexualaufklärung (Comprehensive Sexuality Education/CSE) in vielen Ländern umstritten und die Umsetzung in der Praxis schwach. Auch wenn Regierungen sich dazu bekennen, CSE auszubauen, wird der Fokus in der Praxis häufig auf reproduktive Biologie und Abstinenzmethoden und weniger auf Verhütung und rechtsbasierte Ansätze gelegt.[xvi]

Empirische Studien zeigen jedoch, dass CSE dazu beiträgt,

(a) sexuell übertragbare Krankheiten und ungewollte Schwangerschaften zu reduzieren und sich insgesamt positiv auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit auswirkt,
(b) das Selbstbewusstsein, das kritische Denken, die Kommunikationsfähigkeit und die Fähigkeit von Jugendlichen, gesunde Beziehungen einzugehen zu stärken,
(c) Normen, die zu Ungleichheit zwischen den Geschlechtern und Diskriminierung von Mädchen, Frauen und anderen benachteiligten Gruppen führen, zu verändern.[xvii]

Auf der Schnittstelle von Bildung und Gesundheit ist CSE in der Summe nicht nur ein wirksames Instrument zur Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte und zur selbstbestimmten Familienplanung. Vielmehr ist CSE Baustein eines ganzheitlichen Ansatzes gegen Gewalt an Mädchen und Frauen und ein Beitrag zur Stärkung ihrer Rechte und einer nachhaltigen Entwicklung. Auch die Guttmacher-Lancet Kommission empfiehlt CSE als eine wesentliche Maßnahme einer erweiterten SRGR-Agenda.[xviii]

Mittlerweile existieren umfassende Erfahrungen, zahlreiche empirisch fundierte Best-Practice-Beispiele und Leitlinien für CSE.[xix] Umfassende Sexualaufklärung ist in vielen entwicklungspolitischen Dokumenten der Bundesregierung verankert[xx] und Bestandteil der „Freiwilligen Familienplanungsinitiative“ des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ), die bis 2019 terminiert ist.[xxi] Umfassende Sexualerziehung innerhalb wie außerhalb der Schule zu fördern, ist auch zentraler Bestandteil der Arbeit von Plan International. Hierbei setzen wir darauf, CSE in Schulcurricula und nationalen Bildungsplänen zu verankern, nutzen aber auch alternative und kreative Methoden, um Themen sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte in Jugendclubs zu verbreiten.

Aufbau ziviler Registrierungssysteme, Stärkung von Bevölkerungsstatistiken und Geburtenregistrierung

Die Registrierung aller Kinder und systematische Erfassung disaggregierter Daten ist auch die Grundlage, um eine selbstbestimmte Familienplanung orientiert an den Bedürfnissen aller Mädchen und Jungen sowie Frauen und Männern zu gewährleisten. Jedes Kind hat von Geburt an das Recht auf einen Namen, eine Staatsangehörigkeit und eine Geburtsurkunde.[xxii] Ohne einen offiziellen Identitätsnachweis bleiben sie für die Behörden unsichtbar und grundlegende soziale, wirtschaftliche und politische Rechte bleiben ihnen verwehrt. Die Geburtsurkunde trägt auch dazu bei, Kinder vor Frühverheiratung, Kinderarbeit, sexueller Ausbeutung oder Menschenhandel zu schützen. Es sind vor allem Kinder ökonomisch benachtteiligter Familien sowie Kinder ethnischer und religiöser Minderheiten oder Kinder in entlegenen Gebieten, die nicht registriert sind.

Obwohl der Anteil der registrierten Kinder seit dem Jahr 2000 erheblich angestiegen ist, erhalten heute immer noch drei von zehn Kindern unter fünf Jahren keine Geburtsurkunde. Mehr als 100 Entwicklungsländer verfügen über keine funktionierenden Systeme zur zivilen Registrierung und Bevölkerungsstatistiken (civil registration and vital statistic systems - CRVS), um wichtige Ereignisse wie Geburten, Eheschließungen und Todesfälle zu registrieren.[xxiii] Somit fehlen auch belastbare und für die staatliche Planung notwendige Bevölkerungsstatistiken.

Seit mehr als zehn Jahren führt Plan International in Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen, Gemeinden und Regierungen Programme zur Registrierung von Kindern und ihren Familien durch. Im Jahr 2005 starteten wir unsere erste globale Kampagne zur Geburtenregistrierung. [xxiv]

Handlungsempfehlungen an die deutsche Entwicklungszusammenarbeit für die Stärkung der sexuellen und reproduktiven Rechte und Gesundheit von Mädchen und Frauen in Subsahara Afrika

Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit stärken

- Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte müssen ein eigenständiges Schwerpunktthema der deutschen bilateralen und multilateralen Entwicklungszusammenarbeit bleiben und in den zentralen Strategien und Konzepten, unter anderem im überarbeiten BMZ-Sektorkonzept zu Gesundheit und der neuen Globalen Gesundheitsstrategie der Bundesregierung, verankert sein.
- Die Familienplanungsinitiative als zentrales Instrument zur Stärkung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte sollte über 2019 hinaus mit einem erweiterten Fokus auch auf junge Menschen weitergeführt werden. Für die Finanzierung sollten jährlich 150 Millionen Euro zur Verfügung stehen.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte von Mädchen und anderer marginalisierter Gruppen müssen im Fokus stehen

- Entwicklungspolitische Strategien und Maßnahmen im Bereich sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte müssen einen besonderen Fokus auf jugendfreundliche Dienstleistungen und Informationen legen. Insbesondere der Zugang für

Mädchen, junge Frauen und Mütter muss gewährleistet werden. Hierbei gilt es, auch die Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen zu berücksichtigen.

- Mädchen müssen als eigenständige Zielgruppe identifiziert werden, statt „Frauen und Mädchen“ zu einer Gruppe zusammenzufassen. Bei der nächsten Aktualisierung der Schlüsselstrategien müssen Grundsätze und Maßnahmen aufgenommen werden, die explizit die spezifischen Bedürfnisse von Mädchen und jungen Frauen berücksichtigen.[xxv]

Umfassende Sexualerziehung als wirksames Instrument zur Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte stärken

- Die Bundesregierung sollte auf der Schnittstelle vom Gesundheits- und Bildungssektor ihren Einsatz für umfassende Sexualaufklärung fortführen und ausbauen.

Jungen als Agents of Change stärken

- Auch im Rahmen von Maßnahmen zur Stärkung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte gilt es, einen besonderen Fokus auf die Rolle von Jungen und jungen Männern zu legen und sie bei der Verwirklichung einer gleichberechtigten Entwicklung zu unterstützen.

Erhebung disaggregierter Daten und Aufbau von statistischen Kapazitäten und Systemen der Geburtenregistrierung stärken

- Um den wirklichen Bedarf an Aufklärung, Verhütung und Gesundheitsdienstleistungen zu erfassen, braucht es Kenntnis der Ausgangslage. Disaggregierte Daten müssen Grundlage aller entwicklungspolitischen Maßnahmen auch im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte sein. Die Bundesregierung sollte zudem Partnerländer verstärkt im Aufbau von statistischen Kapazitäten und Systemen sowie der Geburtenregistrierung unterstützen.

---

[i] Mit dem Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz in Kairo hat die Staatengemeinschaft Mitte der 1990er Jahre erstmals sexuelle und reproduktive Gesundheit und reproduktive Rechte eines jeden Menschen in den Mittelpunkt der Bevölkerungspolitik gestellt. In der Agenda 2030 bekräftigt die Staatengemeinschaft ihr Versprechen, den Zugang zu Familienplanung zu garantieren, Sexualaufklärung zu verbessern, weltweit HIV und Aids zu bekämpfen und in der Summe die Kinder- und Müttersterblichkeit zu senken. Ebenso verpflichten Menschenrechtspakte dazu, die sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte von Mädchen und Frauen zu schützen und zu gewährleisten.

[ii] Guttmacher Institute (2018): Adding it up: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents In Sub-Saharan Africa. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/aiu-adolescents-africa.pdf. (abgerufen am 2.11.2018).

[iii] Guttmacher Institute (2017): The Sexual and Reproductive Health Needs of Very Young Adolescents in Developing Countries. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/srh-needs-very-young-adolescents-in-developing-countries.pdf (abgerufen 28.11.2018).

[iv] Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen, Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (2018): Weltbevölkerungsbericht 2018. Die Macht der freien Entscheidung. Reproduktive Rechte und der demografische Wandel.

v Auch während der Kolonialzeit entstandene Normen, Werte und Sozialstrukturen erklären zum Teil die demographische Entwicklung in Subsahara Afrika mit. Während dieser Zeit erstandenen Herausforderungen wie Krankheiten, Konflikte, Produktionsbedingungen, die einen weiteren Anstieg der ohnehin schon hohen Kindersterblichkeit mit sich brachten. Um die hohe Sterblichkeit auszugleichen, stieg die Geburtenrate. Auch Kinderehen und Polygamie wurden geduldet, damit Frauen eine Vielzahl an Kinder gebären konnten. Ebd. Fn iv.

[vi] Ebd. Fn iv

[vii] Zu den Wechselwirkungen siehe auch schriftliche Stellungnahme von Dr. Detlef Virchow, Leiter der Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Plan International Deutschland e.V. für das öffentliche Fachgespräch „Mütter und Kindergesundheit in Entwicklungs- und Schwellenländern“ des Ausschusses für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung am 9.10.2016 https://www.bundestag.de/blob/475660/1e2afd05ed55fbe27d7164dc564784e8/stellungnahme-dr--virchow--plan-international-data.pdf

[viii] In unserem Projekt „Mädchen vor Beschneidung“ schützen organisieren wir in Guinea Generationen-Dialoge in 80 Bezirken. In diesen Dialogen diskutieren die Teilnehmenden aller Generationen Geschlechterrollen, Sexualität und traditionelle Werte im Zusammenhang mit weiblicher Genitalverstümmelung. Ziel ist es, ein Umdenken in Bezug auf Beschneidung zu erreichen.
[ix] Guttmacher-Lancet Commission on Sexual and Reproductive Health (2018): Fortschritt beschleunigen. Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte für alle. Kurzfassung. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/page_files/fortschritt-beschleunigen-kurzfassung.pdf (abgerufen am 28.11.2018).
[x] https://www.alignplatform.org/resources/2018/09/champions-change-youth-promoting-gender-equality; https://www.alignplatform.org/resources/2018/09/champions-change-girls-rights-and-gender-equality
[xi] UNESCO (2015): EFA GMR. EFA 2000-2015: Achievements and Challenges.
[xii] Ebd Fn iv.
[xiii] Plan International (2016): Bildung für Mädchen in der Entwicklungspolitik. Deutschland auf dem Prüfstand.
[xiv] Ebd. Fn ii
[xv] Ebd Fn iii
[xvi] Berliner-Institut für Bevölkerung und Entwicklung/Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (2018) Youth Can! Warum sich Deutschland für eine aufgeklärte und gesunde Jugend in Afrika engagieren sollte.
[xvii] Plan International/UKaid (2016): Comprehensive Sexuality Education (CSE): An analysis of global guidance, best practices and evidence, with recommendations for Plan International’s CSE programming. Und: Plan International (2017) Comprehensive Sexuality Education (CSE) - Part 1. International Evidence and Good Practice.
[xviii] Ebd Fn ix
[xix] Für einen Überblick siehe ebd FN xvii
[xx] Für einen Überblick siehe ebd Fn xvi.
[xxi] In 2013 verpflichteten sich Regierungen aus 20 ost- und südafrikanischen Ländern mit der ESA-Initiative zur Stärkung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Jugendlichen in der Region beizutragen, unter anderem durch die Förderung von CSE und jugendfreundlichen Gesundheitsdienstleistungen. Die Unterstützung der ESA-Initiative durch die Bundesregierung läuft 2019 aus.
[xxii] UN-Konvention über die Rechte des Kindes, Artikel 7. Auch mit der Agenda 2030 hat sich die Staatengemeinschaft in Ziel 16.9. verpflichtet dazu beizutragen, dass alle Menschen durch eine umfassende Geburtenregistrierung eine rechtliche Identität haben.
[xxiii] World Bank Group & WHO (2014): „Global Civil Registration and Vital Statistics Scaling up Investment Plan 2015–2024”.
[xxiv] Plan International (o.J.): https://plan-international.org/early-childhood/birth-registration (abgerufen am 04.12.2018).
[xxv] Plan International (2018): Politische Teilhabe von Mädchen und jungen Frauen stärken. Mädchenbericht 2018. https://www.plan.de/presse/pressemitteilungen/detail/artikel/mehr-politische-macht-fuer-maedchen-in-entwicklungslaendern.html (abgerufen am 28.11.2018)

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. wirtschaftl.
Zusammenarbeit u. Entwicklung

Ausschussdrucksache
19(19)136 c

Öffentliche Anhörung 12.12.2018

5. Dezember 2018

Grundsätzliche Positionierung des Arbeitskreises für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung der Fraktion der AfD zur öffentlichen Anhörung zum Thema „Stärkung der Rechte der Frauen – Freiwillige Familienplanung in Subsahara-Afrika“

Das Bevölkerungswachstum in Afrika, insbesondere in Subsahara-Afrika, ist Teil eines globalen Megatrends. Ausläufer dieser Entwicklung betreffen bereits auf direkte Art und Weise Europa und Deutschland.

Im Gegensatz zu dem Ergebnis der Kairoer Weltbevölkerungskonferenz und den Initiatoren der öffentlichen Anhörung sehen wir es nicht als Aufgabe der Bundesrepublik Deutschland an, „dass Menschen ein befriedigendes und ungefährliches Sexualleben haben können“. Es ist nach unserer Auffassung nicht die Aufgabe des Staates in die Schlafzimmer seiner Bürger zu blicken. Schon gar nichts hat der deutsche Staat in afrikanischen Schlafzimmern zu suchen. Aus Respekt vor der Würde des einzelnen Menschen und der Souveränität staatlich verfasster fremder Gesellschaften lehnen wir diese Form in die Bevölkerungsentwicklung Afrikas einzugreifen ab.

Wir halten es hingegen mit dem Institut für Bevölkerung und Entwicklung und seinem Vorsitzenden Dr. Reiner Klingholz, wenn wir zu Afrikas demografischer Herausforderung feststellen:

„Ein großer Teil der Bevölkerung in den Entwicklungs- und Schwellenländern lebt mittlerweile in den urbanen Zentren. In den letzten Jahren haben immer mehr Menschen ihre ländliche Heimat verlassen, getrieben von der Not und den beschränkten Möglichkeiten auf dem Land und angezogen von der Hoffnung auf ein besseres Leben in der Stadt: auf einen Job, auf Geld, Zugang zu Schulen und Gesundheitseinrichtungen. Es geht dabei um mehr als eine Ortsveränderung, denn das Leben in der Stadt bringt viel Neues mit sich und erfordert andere Überlebensstrategien und Verhaltensweisen.

Die historische Entwicklung zeigt, dass der gesellschaftliche Wandel von einem bäuerlichen Leben auf dem Land zu einem moderneren Leben in der Stadt Teil des demografischen Übergangs von hohen Sterbe- und Fertilitätsraten zu niedrigen ist. Auch in den heutigen Entwicklungs- und Schwellenländern beobachten Wissenschaftler seit über einem halben Jahrhundert Fertilitätsunterschiede zwischen Stadt und Land. Die Fertilitätsrate ist in traditionellen, ländlichen Gebieten stets höher als in den Städten. In Äthiopien beispielsweise bekommen Mütter in ländlichen Regionen durchschnittlich sechs Kinder – in der Stadt dagegen nur 2,4.“

Fertilitätshemmende Faktoren wir Bildung, Gesundheit und Arbeit gibt es vor allem im (groß)städtischen Raum. Eine funktionierende afrikanische Bevölkerungspolitik kann daher nur mithilfe des Megatrends der Urbanisierung gelingen. Diesen Trend, wenn von der jeweiligen Gesellschaft gewünscht, gestaltend zu unterstützen, senkt nicht nur die Anzahl der Geburten, sondern ermöglicht zudem die Herausbildung einer demografischen Dividende. Die finanziellen Vorteile, welche daraus erwachsen werden in den jeweiligen Gesellschaften generiert und müssen nicht über multilaterale Almosengeber zur Verfügung gestellt werden.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. wirtschaftl. Zusammenarbeit u. Entwicklung
Ausschussdrucksache
19(19)136 d
Öffentliche Anhörung 12.12.2018
6. Dezember 2018

Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit
und Entwicklung des Deutschen Bundestages

Öffentliche Anhörung, 12. Dezember 2018 von 11:00 bis 13:00 Uhr

„Stärkung der Rechte der Frauen - Freiwillige Familienplanung in Subsahara-Afrika“

Stellungnahme Bayer AG

Sachverständiger : Dr. Frank Strelow, Vice President Global Healthcare Programs
Kontakt frank.strelow@bayer.com

Fragestellung

Im Fokus steht die Frage wie sich Frauenrechte in Subsahara- Afrika vor dem Hintergrund der Populationsdynamik stärken lassen. Das vorliegende Positionspapier ist ein Beitrag für die mündliche Fragerunde am 12. Dezember mit der die Rolle der Familienplanung in diesem Zusammenhang besprochen werden soll. Dazu sind im Themenblock A der Anhörung Fragen formuliert, die ebenfalls Gegenstand dieser schriftlichen Stellungnahme sind.

Das Engagement der Bayer AG für SRGR

Bayer ist mit der im Jahr 2006 vollzogenen Akquisition der Schering AG seit fast 100 Jahren in der Hormonforschung aktiv und Weltmarktführer im Bereich hormoneller Kontrazeptiva (IQVIA, 2018). Als Teilnehmer der Weltbevölkerungskonferenz in Kairo 1994, Unterstützer der FP 2020 Initiative und als erstes Industriemitglied der Reproductive Health Supplies Coalition gehört Bayer zu den wenigen multinationalen Konzernen, die durch ihre langfristiges Engagement zum Erfolg der internationalen Familienplanungsprogramme beitragen. Wir tun dies als Ausdruck unserer gesellschaftlichen Verantwortung in der Marktführerrolle und als Beitrag zur Frauengesundheit auch in Ländern, in denen wir nicht kommerziell tätig sind (United Nations , 2016) (Ali & Bellows, 2018).

Das Engagement der Bayer AG basiert auf drei Strategien: **Zugang** (Access) zum Methodenmix der hormonellen Kontrazeption, **Verfügbarkeit** (Availability) der Produkte in der Lieferkette und umfassende **Aufklärung** (Awareness) und Information. Für die Umsetzung dieser Strategien arbeiten wir mit zahlreichen Partnern der Geberorganisationen und der Zivilgesellschaft im Sinne eines Netzwerkes eng zusammen.

Für einen verbesserten **Zugang** zu Verhütungsmitteln kooperiert das Unternehmen bereits seit 1967 im Rahmen internationaler Familienplanungsprogramme mit der UNFPA und der USAID. Dazu stellt Bayer zahlreiche Produkte seines Portfolios wie orale Kontrazeptiva oder Verhütungsspritzen zur Verfügung. Für die reversible Langzeitverhütung für einen Zeitraum bis zu 5 Jahren werden das hormonhaltige Intrauterinsystem und ein subkutanes Verhütungsimplantat eingesetzt.

Die Verhütungsmittel werden eigens für die Familienplanungsprogramme hergestellt und entweder über langfristige Lieferverträge zu Preisen auf dem Niveau der Herstellungskosten oder als Produktspende abgegeben. Geberfinanzierte Organisationen wie UNFPA und USAID leiten dann die Produkte kostenlos an ihre lokalen Vertretungen oder an nachgeordnete gemeinnützige Organisationen weiter. Diese setzen die Verhütungsmittel in ihren jeweiligen Gesundheitsprogrammen ein, oft gegen eine geringe Gebühr, die für die Empfängerinnen bezahlbar ist. (UNFPA, 2016) (ICA Foundation , 2018)

Innovative Modelle zur Senkung der Zugangshürden wurden mit der Gates Foundation und einem Geberkonsortium (Implant Access Program, Bayer und Merck) oder als Public Private Partnership mit USAID und der Global Development Alliance (Contraceptive Security Initiative) aufgesetzt

(USAID , 2016, S. Seite 89); vgl. auch Beispiele bei Frage A3.
Gemeinsam mit unseren Partnern entwickeln wir zudem Methoden, wie die **Verfügbarkeit** der Produkte weiter verbessert und Lieferengpässe oder Überlagerung vermieden werden können. In verschiedenen Projekten zur Systemstärkung können wir das im Unternehmen vorhandene Knowhow zu Produktions- und Lieferplanung, Datenverarbeitung, Arzneimittelsicherheit u.ä. mit den Partnerorganisationen teilen.
Eine nachhaltig wirksame **Aufklärungsarbeit** halten wir für besonders wichtig, um die Rechte von Mädchen und jungen Frauen zu stärken, auch hinsichtlich selbstbestimmter Entscheidungen in der Familienplanung. Bayer hat bereits vor mehr als zehn Jahren gemeinsam mit Partnern aus der Zivilgesellschaft den Weltverhütungstag zusammen mit der globalen „Your Life"-Kampagne ins Leben gerufen. Im Rahmen der Kampagne wird Jugendlichen Wissen über Verhütungsmethoden und über Möglichkeiten zum Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten vermittelt. (Bayer, 2018)
Auf politischer Ebene initiiert Bayer gezielte Dialoge mit Stakeholdern aus Politik, Industrie und Gesundheitswesen auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene, so beispielsweise bei der jährlichen Ausrichtung des „Internationalen Dialog" in Zusammenarbeit mit GIZ, BMZ und IPPF (International Dialogue , 2018) oder als Sponsor internationaler Leitkongresse (ICPF 2018) (Women Deliver Conference 2016)

Freiwillige Familienplanung: Weiterhin hoher Bedarf trotz bisheriger Erfolge

Wir sind überzeugt: die Ermöglichung selbstbestimmter Familienplanung und die Stärkung der Rechte von Frauen sind der Kern einer effektiven Entwicklungs-zusammenarbeit.
Investitionen in die Stärkung von Mädchen- und Frauenrechten erzeugt über die vermehrte Teilhabe einen Schneeballeffekt positiver Auswirkungen auf die wirtschaftliche Entwicklung einer Region, insbesondere in Sub-Sahara Afrika (McKinsey Global Institute , 2015), (BSI , 2017). In einer Analyse des „Copenhagen Consensus" bewirkt jeder Dollar, der in die Bereitstellung von Kontrazeptiva investiert wird, einen ökonomischen Effekt von 120 Dollar (FP 2020, RoI). Die Auswirkungen sind weitreichend: Über bessere Einkommen, gute Gesundheitsversorgung und geringerer Populationsdynamik verringert sich auch der Druck auf den Ressourcenverbrauch (CAFI, 2017) mit direktem Einfluss auf die Fluchtursachen Klimawandel und Hunger.
Frauen, die freien Zugang zu Methoden der Familienplanung haben, gut informiert sind und keine soziale Stigmatisierung fürchten müssen, streben meist Familiengrößen von 2 -3 Kindern an (UNFPA, 2018). Zahlreiche institutionelle, soziale und ökonomische Faktoren tragen zu diesem Ergebnis bei. Regierungen, die Familienplanungsprogramme konsequent unterstützen, können erheblich die reproduktive Selbstbestimmung unterstützen, wie das Beispiel von Ruanda zeigt, wo die durchschnittliche Anzahl Kinder pro Frau von 8,7 (1993) auf 3,6 (2017) zurückging (UNFPA, 2018)
Zahlreiche weitere Interventionspunkte wie der Einsatz gegen Kinderehen, Verlängerung der Schulzeit von Mädchen und die fortgesetzte Investition in sexuelle Aufklärung sind wichtig und in Best-Practice Analysen bewertet (HIP, 2018) (TCI , 2018). Es ist somit relativ gut bekannt, welche Maßnahmen effektiv sind und wie diese erfolgreich eingesetzt werden können.
Dennoch: Nach Schätzungen des Guttmacher Institute möchten 21% der Frauen in Sub-Sahara Afrika verhüten, haben dazu aber keine Möglichkeit, sei es, weil die Versorgung mit modernen Verhütungsmitteln fehlt oder unzuverlässig ist oder weil der Zugang aufgrund sozialer Normen verwehrt wird. Auch ist eine ausreichende Anleitung über den Gebrauch unter Berücksichtigung des vollständigen Methodenmix sicherzustellen (Guttmacher Institute, 2017). Bayer arbeitet mit zahlreichen Organisationen zusammen, die diese Interventionspunkte adressieren und bringt seine spezifische Expertise ein.

Herausforderungen und Chancen 2019 ff

Für die kommenden Jahre sehen die internationalen Programme eine deutliche Finanzierungslücke auf sich zukommen. Auf die Auswirkungen der sog. Global Gag Rule wird im Weiteren noch eingegangen (Frage A2). Doch schon der anhaltend positive Trend der Nutzung kontrazeptiver Methoden wird im Jahr 2020 ein Mehrbedarf von ca. 322 mio USD nur für die Produktbeschaffung ent-

stehen lassen (Ali & Bellows, 2018) (RHSC, 2018), dem bisher keine zusätzliche Geberlandfinanzierung gegenübersteht.
Die global zur Verfügung stehenden Budgets sind nach 2014 zurückgegangen und seit dem auf einem stabilen Niveau (Kates, Wexler, & Lief, 2018). Immer noch sind schätzungsweise 214 Mio. Frauen weltweit ohne ausreichenden Zugang zu Kontrazeptiva (RHSC, 2018). Das auf der Londoner Familienplanungskonferenz 2012 ausgegebene Ziel, bis 2020 120 Mio. Frauen zusätzlich die Nutzung von Familienplanung zu ermöglichen (BMGF, 2012), wird trotz aller Anstrengungen und Erfolge nicht erreicht werden (FP 2020, 2018).
Das Jahr 2020 markiert somit einen wichtigen Meilenstein. Neben der FP 2020 Initiative benötigt auch das UNFPA Supplies Programm eine Fortsetzung (UNFPA Evaluation Office, 2018) mit neuen Zusagen der Geberländer, und auch die BMZ-Initiative "Selbstbestimmte Familienplanung und Müttergesundheit" läuft im Jahr 2020 aus.
Es bieten sich daher zurzeit zahlreiche Opportunitäten neue Schwerpunkte zu setzen, die internationale Zusammenarbeit zu verstärken und sektorenübergreifende Projekte zu initiieren (NTD's, Landwirtschaft, Habitatschutz etc). Bayer wird seinen Beitrag aufrechterhalten und ist offen für neue Partnerschaften sowohl auf multilateraler wie auf bilateraler Ebene.

Stellungnahme zu den Fragen des Themenblock A

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?

Die von Deutschland finanzierten Bildungsprogramme in der Entwicklungszusammenarbeit sind vielfältig, ein leicht zugänglicher Überblick, der u.a. zur Beantwortung des ersten Teils der Frage geeignet wäre, ist in der Tat wünschenswert. In Bezug auf Kriterien für effektive und nachhaltige Aufklärungskampagnen lässt sich folgendes beobachten:
Die Rolle von Jungen und Männern im Kontext sexueller Aufklärung ist von vielen Akteuren inkl. WHO und UNFPA aufgenommen worden und entsprechende Projektbausteine stehen zur Verfügung (Engender Health & UNFPA, 2017) (Women Deliver, 2018) (UNFPA Gender Toolkit, 2018). Derartige Projekte müssen an den jeweiligen sozialen Kontext individuell angepasst werden und erfordern daher häufig einen engen geografischen Fokus. So hat die von Bayer unterstützte Initiative in Kenia (DSW, 2014) ebenfalls einen geschlechterintegrierenden Ansatz verfolgt und war überaus effektiv. Geschlechterstereotypen sind erlernt und können insofern wieder verlernt werden, wenn ein intensiver Diskurs mit den Mitgliedern der lokalen Gemeinschaft ermöglicht wird. In vielen Ländern Sub-Sahara Afrikas sind Geschlechterstereotypen und resultierende Ungleichheit weit verbreitet (UNDP, 2018) weshalb die Einbindung von Jungen und Männern besondere Aufmerksamkeit verlangt.
Für die Zusammenarbeit von SRGR Initiativen mit religiösen Gemeinschaften und glaubensbasierten lokalen Akteuren gibt es zahlreiche positive Beispiele. Im traditionellen Islam und bei evangelikalen und protestantischen Christen stellen moderne Methoden der Familienplanung meist kein Problem dar, nimmt man die Fragen rund um den Schwangerschaftsabbruch und ggf. „Pille danach" einmal aus. (Barot, 2013) Wegweisend für die islamische Welt in jüngerer Zeit ist die Veröffentlichung des Fatwa-Komitees des International Islamic Center for Population Studies and Research der Al-Azhar Universität in Kairo, die 1988 Familienplanung ausdrücklich befürwortet. (Al-Azhar Fatwa Committee, 1988). Katholische Organisationen vermitteln zwar i.d.R. selbst keine Informationen zu Kontrazeptiva außer zur Natürlichen Familienplanung (NFP), sind aber beispielsweise im Falle einer Kooperationen mit der USAID verpflichtet, Interessenten weiter zu vermitteln (Barot, 2013). Es existieren mehrere interkonfessionelle und interreligiöse Plattformen, die sowohl politisch als auch mit lokalen Programmen aktiv sind (Faith to Action Network) (Africa Christian Health Association Platform). Der Zugang zur Kontrazeption über die Themen Müttergesundheit und Kindeswohl ist für säkulare wie für glaubensbasierte Gruppen gleichermaßen möglich. Eine Verstärkung der Zusammenarbeit

mit religiösen Führern und Gruppen kann meist den Zugang zur lokalen (ländlichen) Bevölkerung erleichtern, ist aber ähnlich wie im Falle der Einbindung von Jungen und Männern im jeweiligen lokalen Kontext zu adressieren.

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 bewilligten Mittel für Familienplanungsprogramme durch die US Regierung sind auf ungefähr gleichem Niveau seit 2015, wobei die tatsächlich ausgezahlten Mittel leicht rückläufig sind (Kates, Wexler, & Lief, 2018). Die „Preserving Life in Global Health Assistance Policy", oder kurz Global Gag Rule (GGR) trifft zahlreiche Hilfsorganisationen, insbesondere IPPF und MSI. Da die GGR stets unter einer republikanischen Präsidentschaft eingesetzt und unter demokratischer Präsidentschaft ausgesetzt wird, haben sich Mechanismen entwickelt, die den vorgenannten großen Organisationen eine Anpassung ermöglichen. So hat die britische Ministerin für Internationale Entwicklung, Penny Mordaunt , anlässlich der 16. Familienplanungskonferenz in Ruanda erläutert, dass die im WISH –Programm (women's integrated sexual health) bereit gestellten Mittel von 200 Mio. £ in erster Linie MSI und IPPF zugutekommen werden (The Guardian, 2018), was in etwa der durch die GGR verursachte Finanzierungslücke entspricht (Sophie Edwards, 2018). Auch Canada, Dänemark, die Niederlande und Schweden haben ihre Auszahlungen in 2017 erhöht (Kates, Wexler, & Lief, 2018).
Kleinere Organisationen haben naturgemäß größere Schwierigkeiten einen schnellen Wechsel der Geberorganisationen zu vollziehen, es kam z.T. zur Schließung von Gesundheitseinrichtungen (DSW/ E.Samba, 2018) (PAI, 2018). Da die unter der jetzigen US-Präsidentschaft beschlossene GGR über vergleichbare Maßnahmen früherer Regierungen hinausgeht insofern die Programme aller Sektoren betroffen sind, lassen sich die Auswirkungen noch nicht abschließend beurteilen.
Neben der GGR ist auch der Entzug sämtlicher US Regierungsmittel i.H.v. zuletzt 69 Mio. USD für die UNFPA auf Basis des „Kemp Kasten Amendment" im Jahr 2017 zu nennen. (UNFPA, 2017) (UNFPA / Humanitarian , 2018). Auch hier ist als größter einzelne Geldgeber die britische Regierung eingetreten (UNFPA / Funding , 2018). Auch Deutschland hat im Haushalt 2019 seine Mittel für die UNFPA core- Programme von 22 auf 33 Mio. Euro erhöht. Die Zuweisung für die besonders betroffene IPPF wurde sogar von 6 auf 12 Mio. Euro verdoppelt.
Neben der Neuordnung der Geberlandschaft durch die US Politik sind es eher die bestehenden und zu erwartenden Finanzierungslücken im dreistelligen Millionenbereich, die die NGOs und UN –Organisationen beunruhigen, siehe „Herausforderungen und Chancen 2019ff".
So lässt sich zusammenfassend sagen dass es weniger die GGR als vielmehr der Gesamtbedarf der Familienplanungsprogramme ist, der Handlungsbedarf auch für die deutsche Seite impliziert (vgl. A2b).

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

Deutschland finanzielle Beiträge zu Familienplanungsprogrammen sind über die letzten Jahre relativ stabil und belegen im Ranking einen sechsten Platz bei den bilateralen Zuwendungen innerhalb der DAC Länder und einen zehnten Platz bei den Beiträgen zum UNFPA Budget. Die Beiträge Schwedens, Norwegens, Dänemarks und der Niederlande zum UNFPA Budget sind für sich genommen jeweils mehr als doppelt so groß wie der Deutsche Anteil. Anders als andere Geberländer leistet Deutschland fast keinen Beitrag zu non-core Aktivitäten der UNFPA. Nimmt man die Beiträge zum UNFPA Budget und die bilateralen Auswendungen zusammen, erreicht Deutschland 2017 einen achten Platz in der Internationalen Gemeinschaft. Gemessen an den Gesamttransfers der Deutschen Entwicklungszusammenarbeit (Platz 4 im internationalen Ranking 2016) ist der relative Anteil für Familienplanung deutlich kleiner als bei anderen Geberländern (Platz 16 im Ranking des FP Anteils) (Euromapping, 2018).

Ein vorwiegend multilaterales Engagement weisen lediglich Norwegen und Dänemark auf, Schweden hatte die Mittel in 2017 auf beide Bereiche gleichmäßig verteilt. Die drei größten Geldgeber im FP-Bereich (USA, UK und die Niederlande) arbeiten überwiegend mit einem bilateralen Ansatz.
Größtes Geberland insgesamt im Bereich SRGR sind die USA, was sich nicht nur in der Größenordnung der finanziellen bilateralen Aufwendungen widerspiegelt, sondern auch einen entsprechend großen Stab von dediziert für Familienplanung arbeitenden Mitarbeitern in der USAID erfordert (ca. 50 FTE).
Insgesamt ist die lokale Sichtbarkeit und Wirksamkeit von US/USAID und UK/DFID finanzierten Projekten in den Ländern Sub-Sahara Afrikas dominant. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass zwei Drittel der Zuwendungen an die UNFPA dedizierten Projekten zugewiesen werden („earmarking“) und daher wie bilaterale Aktivitäten wirken können (UNFPA / Funding , 2018)

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. Die GGR hat sich in erster Linie auf NGOs ausgewirkt.

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

Bayer arbeitet auf globaler, regionaler und lokaler Ebene sowohl mit UN Organisationen als auch mit deren Partnern wie IPPF oder der Bill und Melinda Gates Foundation zusammen.
Wesentlicher Gegenstand der Zusammenarbeit ist die Verbesserung der Versorgung mit Kontrazeptiva im Methodenmix in Ländern niedriger und mittlerer Einkommen. Dazu bestehen langfristige Lieferabkommen mit den Einkaufsorganisationen der UNFPA, analog auch der USAID. Fragen der Qualität, der Arzneimittelsicherheit und der bedarfsgerechten Versorgung werden sowohl bilateral als auch im Verbund mit weiteren Akteuren diskutiert und weiterentwickelt.
Besonders hervorzuheben wären folgende Beispiele multilateraler Zusammenarbeit unter Beteiligung von UN -Organisationen:

- In der Implant Access Initiative haben Bayer und Merck (MSD) die Preise für Hormonimplantate gegenüber den UN – Organisationen um mehr als 50 % gesenkt um den Zugang für diese in vielen Ländern bevorzugte diskrete Verhütungsmethode zu erleichtern. Die damit ebenfalls verbundene Ausweitung der Produktionskapazitäten wurde unterstützt durch erhöhte Planungssicherheit, indem die Abnahme bestimmter Volumina garantiert wurde. Diese Garantie basierte auf Zusagen der Bill & Melinda Gates Foundation, der Clinton Health Access Initiative (CHAI); der Regierungen Norwegens, Schwedens, Großbritanniens und der USA, sowie der Children’s Investment Fund Foundation (CIFF) mit Unterstützung der UNFPA. Diese sog. Volumengarantie läuft mit Ende 2018 aus, die Preis – und Liefergarantie der beiden Hersteller wurde bis 2023 verlängert. (FP 2020, 2015)
- Der von Bayer initiierte World Contraception Day wird von zahlreichen Organisationen wie IPPF, USAID , MSI und UNFPA unterstützt und wirbt für den verantwortungsvollen Umgang mit Sexualität und Verhütung. Diese Aufklärungs-Kampagne ist ganzjährig angelegt, gipfelt aber jährlich am 26. September, dem Welt-Verhütungstag, mit vielfältigen Veranstaltungen, Pressekonferenzen und Konzerten in bis zu 70 Ländern. Die über soziale Kanäle unterstützte Initiative vermittelt firmenunabhängige Informationen (YourLife.com, (Bayer, 2018)) und erreicht bis zu 3 Mio. online Kontakte jährlich.
- Bayer ist erstes Industriemitglied der Reproductive Health Supplies Coalition, einem Zusammenschluss von mehr als 400 Akteuren der SRGR Community und unterstützt die Global Van Initiative, mit dem Ziel die Versorgungssicherheit für Kontrazeptiva mit dem Schwerpunkt Sub-Sahara Afrika zu verbessern. Auch hier sind die

UN-Organisationen zusammen mit zivilgesellschaftlichen und privatwirtschaftlichen Partnern aktiv (RHSC / Van, 2018).

Darüber hinaus bestehen zahlreiche lokale Kontakte zu UNFPA Missionen und lokalen Vertretungen der jeweils relevanten NGOs in Sub Sahara Afrika, die von drei Mitarbeitern in Kenia und der Elfenbeinküste länderübergreifend z.B. durch die Teilnahme an den lokalen Technical Working Groups wahrgenommen werden.

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

Fast alle Staaten in Sub-Sahara Afrika haben eigene Familienplanungsprogramme auf den Weg gebracht und können einen kontinuierlichen Zuwachs der Nutzung kontrazeptiver Methoden zeigen. Diese Zunahme ist in Ost – und Südafrika mit 1,1% / Jahr am höchsten innerhalb der 69 FP 2020 Länder, dicht gefolgt von Westafrika mit 0,7% pro Jahr (FP 2020, 2018). Eine neuere Analyse zeigt die lokalen Budgets, die für entsprechende Programme in 20 Ländern Sub-Sahara Afrikas zur Verfügung stehen. (FP 2020 /Domestic). Unsere Mitarbeiter vor Ort berichten von großen Anstrengungen zahlreicher Staaten, insbesondere in Äthiopien, Kenia, Malawi, Burkina Faso oder Senegal.
Eine strukturierte Einschätzung liefert der Family Planning Program Effort Index (FPEI), der sich aus 30 Einzelparametern zusammensetzt und seit 1972 von 10 – 15 Experten mit unterschiedlichem Fachhintergrund erstellt wird (Track 20, 2018). Der letzte Bericht stammt aus dem Jahre 2014 und zeigt in der Komponente „Policies" Ruanda mit 86 und Äthiopien mit 72 Punkten auf der 100er Skala weit vorne. 24 Länder in Subsahara-Afrika haben mittlere Scores (46 bis 66) und acht Länder weniger als 46 Punkte. Unter den letzten zehn Ländern des globalen Policy Rankings sind mit Süd-Sudan und Mauretanien lediglich zwei afrikanische Länder aufgeführt.
Beim FPEI Parameter „Access" sind es hingegen 13 der 34 erfassten Sub-Sahara Länder, die einen schwachen Score unter 46 aufweisen.

Von einer völligen Verweigerung hinsichtlich einer Familienplanungsagenda kann man in keinem Fall sprechen, auch wenn es Negativbeispiele gibt, wie jüngst die wiederholte Agitation der Regierung in Tansania gegen Familienplanung bzw. homophobe Hetze (The Independent , 2018).
Das Internationale Engagement der letzten Jahre hat große Fortschritte gebracht. So ist die Nutzung moderner Kontrazeptiva in Kenia seit 1989 von 18% auf 53% (2014) gestiegen, in Malawi seit 1992 gar von 7% auf 58% heute. Langfristiges, kontinuierliches Engagement, das die wichtigen Faktoren erfolgreicher Familienplanungsprogramme berücksichtigt, also u.a. politische Arbeit, umfassende sexuelle Aufklärung und den Zugang zu Kontrazeptiva, sollte auch in Zukunft erfolgreich sein.

Zitierte Arbeiten und Quellen

Africa Christian Health Association Platform. (n.d.). Retrieved Nov 29, 2018, from https://africachap.org/about-the-achap/members/

Al-Azhar Fatwa Committee. (1988). *Al-Azhar Fatwa Committee's point of view on birth planning.* Retrieved Nov 2018, from Popul Sci. 1988;(8):15-7: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12343622

Ali, M., & Bellows, B. (2018). *Familiy Planning Evidence Brief.* London : Worlld Health Organization .

Barot, S. (2013, Vol 16 Number 4). A Common Cause: Faith-Based Organizations and Promoting. *Guttmacher Policy Reviews*, pp. 18-23.

Bayer. (2018, August). *Your-life* . Retrieved Nov 30 , 2018 , from https://www.your-life.com/

BMGF. (2012, July). *Bill & Melinda Gates Foundation .* Retrieved Nov 30, 2018, from Press Release: Landmark Summit Puts Women at Heart of Global Health Agenda: https://www.gatesfoundation.org/Media-Center/Press-Releases/2012/07/Landmark-Summit-Puts-Women-at-Heart-of-Global-Health-Agenda

BSI . (2017). *Women's Economic Empowerment in Sub-Saharan Africa .* Business for Social Resonsibility .

CAFI. (2017). *Central Africa Forest Initiative* . Retrieved Nov 28 , 2018 , from SDG Campaign : http://www.cafi.org/content/cafi/en/home/all-news/our-sdg-campaign-.html

DSW. (2014). *Young Adolescents Project (YAP)*. Retrieved Nov 2018, from https://www.dsw.org/wir-zielen-auf-einen-wandel-auf-mehreren-ebenen/

DSW/ E.Samba. (2018). *Was wird sich durch die Global Gag Rule in Kenia ändern?* Retrieved from https://www.dsw.org/auswirkungen-global-gag-rule-kenia/

Engender Health & UNFPA. (2017). *Engaging men in sexual and reproductive health and rights, including family planning*. Retrieved Nov 2018, from Why using a gender lens matters: https://www.engenderhealth.org/pubs/gender/gender-toolkit/toolkit.html

Euromapping. (2018). Retrieved Nov 2018, from http://euromapping.org/wp-content/uploads/2018/08/Euromapping-2018-web-version.pdf

Faith to Action Network . (n.d.). Retrieved Nov 29, 2018, from https://www.faithtoactionetwork.org/

FP 2020 /Domestic. (n.d.). Retrieved from http://progress.familyplanning2020.org/content/finance

FP 2020. (2015, 3 15). *Implant Access Program.* Retrieved Nov 2018, from http://www.familyplanning2020.org/resources/implant-access-program-expanding-family-planning-options-women

FP 2020. (2018). *Catalyzing Collaboration .* Retrieved Nov 2018, from 2017-2018 Progress Report / Measurement: http://progress.familyplanning2020.org/content/measurement

FP 2020, RoI. (2018 , Nov 29). *familyplanning2020.org*. Retrieved Nov 30 , 2018, from https://www.familyplanning2020.org/resources/fp2020-family-plannings-return-investment

Guttmacher Institute. (2017). *Fact Sheet - Adding it up- Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health in Africa.* New York: Guttmacher Institute.

HIP. (2018 , July). *High Impact Practices* . Retrieved Nov 29 , 2018 , from Family Planning High Impact Practices List : https://www.fphighimpactpractices.org/

ICA Foundation . (2018). Retrieved Nov 30 , 2018 , from http://www.ica-foundation.org/

ICPF 2018 . (2018). *International Conference of Family Planning* . Retrieved from http://2018.fpconference.org/

International Dialogue . (2018). *International Dialogue on Population and Sustainable Development*. Retrieved 2018 , from https://www.dialogue-population-development.info/

IQVIA. (2018). *IQVIA Data 2018 .* authorized information .

Kates, J., Wexler, A., & Lief, E. (2018). *Donor Government Funding for Family Planning in 2017 .* San Francisco : Henry J. Kaiser Family Foundation .

McKinsey Global Institute . (2015). *THE POWER OF PARITY:HOW ADVANCING WOMEN'S EQUALITY CAN ADD $12 TRILLION TO GLOBAL GROWTH.* McKinsey & Company .

PAI. (2018). *The Global Gag Rule causing harm to women* . Retrieved from http://trumpglobalgagrule.pai.org/

RHSC / Van. (2018). Retrieved Nov 2018, from https://www.rhsupplies.org/activities-resources/tools/global-fp-van/

RHSC. (2018). *Reproductive Health Supplies Coalition .* Retrieved Oct 21, 2018, from Global Contraceptive Commodity Gap Analysis: https://www.rhsupplies.org/activities-resources/commodity-gap-analysis/

Sophie Edwards. (2018 , January 7). *One year on, full impact of 'global gag rule' begins to emerge.* Retrieved 2018, from devex/news: https://www.devex.com/news/one-year-on-full-impact-of-global-gag-rule-begins-to-emerge-91902?utm_source=article&utm_medium=88888&utm_campaign=line

TCI . (2018). *The Challenge Initiative* . Retrieved Nov 29, 2018 , from https://tciurbanhealth.org/tci-toolkit-list/

The Guardian. (2018, Nov). *UK gives 'landmark' £200m to improve contraceptive access in Africa and Asia.* Retrieved Nov 27, 2018 , from https://www.theguardian.com/global-development/2018/nov/13/uk-gives-landmark-200m-to-improve-contraceptive-access-in-africa-and-asia

The Independent . (2018, Sep 12). Retrieved Sep 12, 2018, from https://www.independent.co.uk/news/world/africa/tanzania-president-john-magufuli-birth-control-lazy-feed-family-a8534316.html

Track 20. (2018). *Family Planning Effort Index (FPE).* Retrieved Nov 2018, from http://www.track20.org/pages/data_analysis/policy/FPE.php

UNDP. (2018). *Human Development Report .* Retrieved Nov 2018, from TAble 5 Gender Inequality Index : http://hdr.undp.org/en/composite/GII

UNFPA / Funding . (2018). *Donor Contributions.* Retrieved Nov 2018 , from https://www.unfpa.org/data/donor-contributions

UNFPA / Humanitarian . (2018). *Humanitarian Action Overview 2018.* Retrieved Nov 2018, from https://www.unfpa.org/featured-publication/test-humanitarian-action-2018-overview

UNFPA. (2016). *UNFPA.ORG*. Retrieved October 29, 2018, from Contraceptive Price Indicator 2016: https://www.unfpa.org/resources/contraceptive-price-indicator-2016

UNFPA. (2017, 04 04). *Statement by UNFPA on U.S. Decision tpo Withhold Funding .* Retrieved Nov 2018, from https://www.unfpa.org/press/statement-unfpa-us-decision-withhold-funding

UNFPA. (2018). *The Power of Choice .*

UNFPA Evaluation Office. (2018). *Mid-Term Evaluation of the UNFPA Supplies Program 2013 -2020 .* New York : UNFPA.

UNFPA Gender Toolkit. (2018). *Engaging Men and Boys* . Retrieved from https://www.unfpa.org/engaging-men-boys

United Nations . (2016). *Every Woman Every Child*. Retrieved Nov 22, 2018, from Bayer Committments: https://www.everywomaneverychild.org/commitment/bayer/

USAID . (2016). *User Guide to US / Washington Health Programs.* Washington : USAID .

Women Deliver. (2018, April). *Gender Matters: Engaging Men in Sexual and Reproductive Health and Rights*. Retrieved Nov 2018, from https://womendeliver.org/2018/gender-matters-engaging-men-sexual-reproductive-health-rights/

Women Deliver Conference 2016. (n.d.). Retrieved from https://womendeliver.org/about/our-supporters/

Abkürzungen

BMGF	Bill & Melinda Gates Foundation
CAFI	Central Africa Forest Initiative
DAC	Development Assistance Committee
DFID	Department for International Development (UK)
DSW	Deutsche Stiftung Weltbevölkerung
GIZ	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GGR	Global Gag Rule
HIP	High Impact Practices
ICPF	International Conference of Family Planning
IPPF	International Planned Parenthood Foundation
MSI	Marie Stopes International
NTD	Neglected Tropical Diseases
RHSH	Reproductive Health Supplies Coalition
SRGR	Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte
TCI	The Challenge Initiative
UNFPA	United Nations Population Fund
UNDP	United Nations Development Fund
USAID	Unites States Agency for International Development

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. wirtschaftl.
Zusammenarbeit u. Entwicklung

Ausschussdrucksache
19(19)136 e

Öffentliche Anhörung 12.12.2018

6. Dezember 2018

Öffentliche Anhörung

zum Thema:

„Stärkung der Rechte der Frauen – Freiwillige Familienplanung in Subsahara Afrika“

des Ausschusses für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (AwZ)

12. Dezember 2018

Schriftliche Stellungnahme

Sachverständige: **Nadine Krysostan, Programme Coordination and Liaison Specialist, UNFPA Brüssel**

Kontakt: **krysostan@unfpa.org**

Der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA)

UNFPA ist die Organisation der Vereinten Nationen für sexuelle und reproduktive Gesundheit. Offiziell als ‚Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen' bezeichnet, fördert UNFPA eine Welt, in der jede Schwangerschaft gewollt, jede Geburt sicher und das Potenzial jedes jungen Menschen verwirklicht wird.

UNFPA fordert die Verwirklichung von sexueller und reproduktiver Gesundheit und reproduktiven Rechten für alle und unterstützt den Zugang zu einer breiten Palette an sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdiensten - einschließlich freiwilliger Familienplanung und mütterlicher Gesundheit, sowie einer umfassenden Sexualerziehung. Unsere Arbeit verfolgt einen menschenrechtsbasierten Ansatz und konzentriert sich vor allem auf Frauen und Jugendliche, da ihr Recht auf die Wahrnehmung ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit am häufigsten eingeschränkt ist.

Damit alle Menschen, insbesondere aber diese Zielgruppe ihre grundlegenden Menschenrechte wahrnehmen können, einschließlich derer, die sich auf die intimsten und grundlegendsten Aspekte des Lebens beziehen, konzentrieren wir uns unter anderem auf die folgenden drei Bereiche, von denen wir überzeugt sind, dass sie das Leben der Menschen nachhaltig verbessern:

a) Die Beendigung des ungedeckten Bedarfs an Verhütungsmitteln;
b) Die Beendigung von vermeidbarer Müttersterblichkeit;
c) Die Beendigung von geschlechtsspezifischer Gewalt und schädlicher Praktiken, wie Kinderheirat, Frühverheiratung und Zwangsheirat sowie die Genitalverstümmelung von Frauen und Mädchen.

Geleitet von den Grundsätzen des Aktionsprogramms der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung von 1994 und der Agenda 2030, arbeitet UNFPA mit Regierungen, der Zivilgesellschaft und anderen UN Agenturen und Behörden, in mehr als 150 Ländern zusammen, um diese Zielsetzung voranzutreiben.

Stärkung der Rechte der Frauen – Freiwillige Familienplanung in Subsahara Afrika

Stellungnahme zum Thema allgemein:

Von den 43 Ländern, in denen Frauen durchschnittlich mindestens vier Kinder bekommen, liegen 38 in Afrika. Die Fertilität[1] in Afrika südlich der Sahara liegt bei durchschnittlich 5,1 Kindern pro Frau.

Aufgrund der anhaltend hohen Fertilität, ist davon auszugehen, dass mehr als die Hälfte des bis 2050 weltweit zu erwartenden Bevölkerungswachstums auf Afrika südlich der Sahara entfällt. Bewahrheiten sich diese Prognosen wird der Anteil Afrikas an der Weltbevölkerung von 17 Prozent im Jahr 2017 auf 26 Prozent im Jahr 2050 steigen[2].

[1] Dies bezieht sich auf die Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau, also die durchschnittliche Anzahl von Lebendgeburten per Frau.
[2] https://www.unfpa.org/swop-2018

Schätzungsweise 21 Prozent der Frauen in der Region wollen derzeit nicht schwanger werden, verwenden aber keine modernen Verhütungsmethoden und haben damit einen „ungedeckten Bedarf“ and Verhütungsmitteln. Eine der Folgen: Fast 20 Millionen Schwangerschaften pro Jahr in Afrika südlich der Sahara sind unbeabsichtigt – das sind rund zwei Fünftel aller Schwangerschaften in der Region.

Ob die Fertilität in der Region, die unter anderem auf einen Mangel an Aufklärung und Verhütung zurückgeht, in den kommenden Jahren auf hohem Niveau verharren oder zurückgehen wird, hängt davon ab, inwieweit Einzelpersonen und Paare ihre reproduktiven Rechte ausüben können. Jahrzehntelange Forschungen haben gezeigt: wenn Frauen in Ländern mit hoher Fertilität die Macht und die Mittel haben, freie Entscheidungen zu treffen, entscheiden sie sich für kleinere Familien[3].

In der gesamten Region Subsahara Afrikas wollen – und haben – Menschen, die mindestens über eine Sekundarschulbildung verfügen, weniger Kinder als diejenigen, die höchstens eine Grundschule besucht haben. Des Weiteren spielen Wohlstand und Urbanisierung eine wichtige Rolle. Der UNFPA Weltbevölkerungsbericht 2018 zeigt, dass die Fertilitätsraten in Subsahara Afrika in den Städten deutlich unter denen der ländlichen Gebiete liegen.

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, verbesserte Angebote zu Aufklärung und Familienplanung insgesamt, vor allem aber in ländlichen Gebieten zu machen. Zudem muss die gesellschaftliche Stellung von Frauen und Mädchen zu einer zentralen Größe in der Entwicklungszusammenarbeit werden, und zwar durch eine deutliche Verbesserung ihrer Gesundheitsversorgung, einem kontinuierlichen Ausbau ihres Zugangs zu Bildung, sowie die Verwirklichung ihrer reproduktiven Rechte.

Themenblock A: Familienplanung - Internationale und strukturelle Rahmenbedingungen

Akteure, Finanzierung, Auswirkung der Reaktivierung der Global-Gag-Rule durch die USA; shrinking spaces - Hindernisse durch Regierungen in den Partnerländern; Zunahme von Konflikten und sexualisierter Gewalt; Notwendigkeit der Verankerung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte in internationalen Abkommen.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit und reproduktive Rechte sind ein fundamentaler Bestandteil menschlicher Gesundheit, Überlebens und eng verknüpft mit wirtschaftlicher und gesamtgesellschaftlicher Entwicklung. Sie ist in zahlreichen internationalen Abkommen verankert, insbesondere im Aktionsprogramm der Kairoer Weltbevölkerungskonferenz von 1994, und in der Agenda 2030 (*SDG Targets* 3.7 und 5.6).

Investitionen in sexuelle und reproduktive Gesundheit führen zu tiefgreifendem und messbarem Nutzen für jeden einzelnen und für die gesamte Gesellschaft. Die Herausforderung besteht nach wie vor in der konkreten Umsetzung und Anwendung vor Ort, damit die auf Papier gebrachten Zusagen denen zugutekommen, die sie am dringendsten benötigen.

Denn bis heute ist Fortschritt auf diesem Gebiet ungleich und zu langsam. Mangelndes politisches Engagement und Investitionen, trotz gegenteiliger Versprechungen, inadäquate (finanzielle) Mittel, anhaltende Diskriminierung von Frauen und Mädchen und der Widerwille, Sexualität offen und

[3] https://www.unfpa.org/swop-2018

umfassend anzusprechen, sind Gründe hierfür. Noch kann kein einziges Land für sich behaupten, die reproduktiven Rechte universell verwirklicht zu haben. Für zu viele Frauen und Mädchen sind die Möglichkeiten eingeschränkt, insbesondere in Subsahara Afrika und das bedeutet, dass immer noch Millionen Menschen mehr Kinder haben, als sie möchten.

Hinzu kommt, dass die Region von zahlreichen humanitären Krisen und Konflikten betroffen ist. Auch dann ist es besonders wichtig, den Zugang zu Verhütungsmitteln, Familienplanung und reproduktiver Gesundheitsversorgung für Frauen und Mädchen zu gewährleisten.

Dennoch werden gerade in Krisensituationen sexuelle und reproduktive Belange von Frauen und Mädchen übersehen- und zwar mit für sie drastischen, oft tödlichen Folgen. Heute entfallen drei Fünftel aller Fälle von Müttersterblichkeit auf humanitäre Krisen und unsichere Staaten – das sind 500 Todesopfer, jeden Tag. Zwei von drei nicht medizinisch betreuten Geburten ereignen sich in fragilen Staaten. Auch geschlechtsspezifische Gewalt fordert weiterhin einen hohen Tribut. Frauen und Mädchen riskieren ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden in Notsituationen überproportional oft und brauchen Schutz und den Zugang zu lebensrettender gesundheitlicher Betreuung.

Der hürdenfreie Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsvorsorge und den damit in Zusammenhang stehenden Rechten sind ebenso essentiell, lebensrettend und Teil der Menschenrechte wie die Versorgung mit Wasser, Nahrung und sicheren Wohnmöglichkeiten und müssen daher Teil jeder humanitären Maßnahme sein.

2017 erreichte UNFPA 10.8 Millionen Menschen mit sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdiensten in humanitären Situationen in 53 Ländern. 3.9 Millionen Menschen in 51 Ländern die von geschlechtsspezifischer Gewalt betroffen waren, konnte geholfen werden[4]. Dennoch können die Bedürfnisse von Frauen und Mädchen gerade im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdienstleistungen in vielen Krisenländern, auch in Subsahara Afrika, mangels finanzieller Unterstützung nicht vollständig gedeckt werden. Bei der humanitären Unterstützung wären dieses Jahr noch USD 292 Millionen notwendig, um die rund 30 Millionen Menschen mit reproduktiven Gesundheitsdienstleistungen zu versorgen. Mehrere Staaten in Subsahara Afrika, wie z.B. Nigeria, die Demokratische Republik Kongo, Uganda, Äthiopien, Süd Sudan, Sudan, Bangladesch, Somalia und Chad sind hiervon betroffen.

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?

Eine altersgerechte und umfassende Sexualaufklärung von Jungen und Mädchen trägt entscheidend zur Verringerung von ungewollten Schwangerschaften, zum Schutz vor Infektionskrankheiten wie HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten bei, und damit zur Verbesserung der allgemeinen Gesundheit, insbesondere von Mädchen. Sie ist auch deshalb so wichtig, weil gerade in der Pubertät

[4] https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_HumanitAction_18_20180124_ONLINE.pdf

eine Weichenstellung vor allem bei Mädchen erfolgt, die maßgeblich über den späteren Bildungsgrad und ihr weiteres Leben entscheidet.

Die Einbeziehung von Jungen in Sexualerziehung ermöglicht ein besseres Verständnis und Akzeptanz von Geschlechtergerechtigkeit. Die vielversprechendsten Programme zur Einbeziehung von Jungen und Männern haben dazu beigetragen soziale Normen von Männlichkeit zu verändern sowie ihr Wissen über und Akzeptanz von reproduktiver Gesundheit zu verbessern. Dies wiederum wirkt sich auf den Respekt gegenüber Frauen und Mädchen aus, senkt sexuelle Gewalt und verbessert Müttergesundheit und Familienplanung.

Über Sexualität zu sprechen bleibt dennoch in vielen Gesellschaften ein Tabu. Aufklärungsunterricht findet häufig nicht statt, ist von schlechter Qualität oder von Abstinenzbotschaften geprägt, die häufig das genaue Gegenteil bewirken. Eine Folge davon ist, dass zu viele junge Menschen verwirrende und widersprüchliche Informationen über Beziehungen und Sexualität erhalten. Hinzu kommt, dass Frauen das Mitspracherecht in Fragen der Sexualität häufig verwehrt wird.

Gerade in Kontexten, in denen Verhütung und Sexualaufklärung aus sozialen oder religiösen Gründen schwierige Themen sind, ist es unerlässlich eine auf Fakten basierende Aufklärung zu gestalten. Sie kann Mythen widerlegen wie beispielsweise, dass Sexualaufklärung zu sexueller Promiskuität führt. Aufklärungsarbeit und Einbeziehung entsprechender Schlüsselfiguren, wie Eltern, Ehepartner, Dorfältester, religiöser Führer, politisch Verantwortlicher und vor allem Jugendlicher selbst, ist eine Voraussetzung, um Familienplanungsprogramme und Aufklärung auch in schwierigen Kontexten zu gewährleisten.

Die Anfang 2018 überarbeitete International Technical Guidance on Sexuality Education, die UNESCO gemeinsam mit UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women und der WHO herausgebracht hat, kann hierbei einen wichtigen Beitrag leisten.

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?

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

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

2016 beliefen sich die US-amerikanischen Beitragszahlungen an UNFPA auf USD 69 Millionen. Mit dieser Unterstützung konnte UNFPA mehr als 2.300 Frauen das Leben retten, die ansonsten an Komplikationen während der Schwangerschaft oder bei der Geburt gestorben wären. Des Weiteren konnten 947.000 ungewollte Schwangerschaften verhindert, 1.250 Fistel-Operationen durchgeführt und 295.000 unsichere Abtreibungen verhindert werden. Mit gleichbleibender Unterstützung durch die USA wäre UNFPA 2017 in der Lage gewesen, 10 Millionen Frauen, Mädchen und Jugendlichen lebensrettende sexuelle und reproduktive Dienstleistungen und Hilfe bei geschlechtsspezifischer Gewalt anzubieten sowie 750 mobile Kliniken in Krisengebieten und 450 sogenannte ‚*Safe Spaces*' für Frauen und Mädchen zum Schutz vor sexueller und häuslicher Gewalt einzurichten.

Der Wegfall dieser Unterstützung bedeutet, dass UNFPA innerhalb der nächsten vier Jahre eine Lücke von rund USD 280 Millionen ausgleichen muss. Diese Verluste müssen zusätzlich zu den bereits vorhandenen Finanzierungslücken ausgeglichen werden, etwa im Bereich der Familienplanung oder bei der humanitären Unterstützung. Die Finanzierungslücke für *UNFPA Supplies*, dem weltweit größten Programm zur Bereitstellung von Verhütungsmitteln in Entwicklungsländern, liegt bei derzeit USD 350 Millionen für die nächsten zwei Jahre.

Deutschland ist seit Jahren ein wichtiger Partner bei der Verwirklichung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte, inklusive dem Zugang zu Familienplanung und der mütterlichen Gesundheit. Mit einem Beitrag von EUR 22 Millionen in 2017, rangierte Deutschland unter den zehn Spitzen-Gebern von UNFPA. Das Vereinigte Königreich und Schweden gehören mit rund USD 166 Millionen bzw. rund USD 117 Millionen zu den beiden größten Gebern.

UNFPA begrüsst die vorgesehene Mittelerhöhung um EUR 11 Millionen durch Deutschland sehr. Sie wird einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Frauenrechte, inklusive ihrer sexuellen und reproduktiven Rechte leisten, auch dank kontinuierlicher parlamentarischer Unterstützung.

Die 2011 vom BMZ ins Leben gerufene Initiative „Selbstbestimmte Familienplanung und Müttergesundheit“ als deutscher Beitrag zur G8-Muskoka-Initiative für Mutter-Kind-Gesundheit ist in diesem Zusammenhang begrüßenswert und sollte weitergeführt werden. Des Weiteren begrüßt UNFPA die politische Unterstützung der Bundesregierung für die *SheDecides*-Initiative, einer globalen Bewegung zur Förderung, Durchsetzung, und Verbesserung der Gesundheit und Rechte von Frauen und Mädchen.

Die Stärkung von Frauenrechten, inklusive ihrer reproduktiven Rechte sowie der Zugang zu freiwilliger Familienplanung sind auch zentrale Voraussetzungen zur Umsetzung der Agenda 2030. Deutschland sollte diese Themen im Rahmen der Umsetzung seines ‚Marshallplans mit Afrika‘ und des ‚*Compact with Africa*‘ noch stärker hervorheben und dies auch bei bilateralen Gesprächen mit Partnerländern anbringen.

Auf europäischer Ebene wird derzeit der nächste 7-jährige EU-Finanzrahmen (2021 – 2027) verhandelt. Als größter EU-Beitragszahler sollte Deutschland diese Themen insbesondere bei der Ausgestaltung des externen EU-Finanzierungsinstruments besonders hervorheben.

Auf internationaler Ebene bietet sich mit dem bevorstehenden 25-jährigen Bestehen des Kairoer Aktionsprogramms (ICPD+25) im nächsten Jahr eine wichtige Gelegenheit sich auch weiterhin zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit zu bekennen und diese weiter auszubauen. Deutschlands politische Unterstützung und Gewicht wird hier von wichtiger Bedeutung sein.

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?

Bevölkerungsentwicklung, Stärkung von Frauenrechten durch verbesserten Zugang zu Familienplanungsprogrammen, Sexualaufklärung, Bildung und die Durchsetzung von reproduktiven Rechten sind Themen die nur in Zusammenarbeit mit Regierungen, Nichtregierungsorganisationen, anderen UN Agenturen, sowie der Europäischen Union (EU) vorangebracht werden können.

Vor Ort arbeitet UNFPA eng mit anderen UN Agenturen, wie UNICEF, UN Women und UNDP, der Europäischen Union (EU), aber auch mit NGOs und Netzwerken, wie der International Planned Parenthood Federation (IPPF) und der Deutschen Stiftung Weltbevölkerung (DSW) eng zusammen. NGOs leisten einen unerlässlichen Beitrag vor Ort bei der Durchsetzung und Voranbringung von Frauenrechten, inklusive ihrer sexuellen und reproduktiven Rechte.

Gemeinsam durchgeführte UN-Programme vor Ort gewinnen weiterhin an Bedeutung, insbesondere vor dem Hintergrund der UN Reform und einer immer engeren Verzahnung und Komplementarität der einzelnen UN Agenturen. Die gemeinsamen Programme von UNFPA und UNICEF in zahlreichen Ländern Subsahara Afrikas zur Beendigung weiblicher Genitalverstümmelung und Kinderehen sind nur ein Beispiel. Des Weiteren ist die gemeinsame Ausrichtung der Strategiepläne von UNFPA, UNDP, UNICEF und UN Women für die Jahre 2018-2021 hinsichtlich der Umsetzung der Agenda 2030 zu betonen.

Auch die erneuerte Partnerschaft zwischen EU und UN, die im September 2018 in Form einer Partnerschaftserklärung und einem klaren Bekenntnis zu Multilateralismus und der Agenda 2030 zum Ausdruck gebracht wurde, ist von Bedeutung. Ein Schwerpunkt wurde dabei auf die Stärkung (*Empowerment*) von Mädchen und Frauen und die Beendigung von Gewalt gegen sie gelegt. Auf die enge Zusammenarbeit beider Partner im Rahmen der EU-UN Spotlight Initiative zur Beendigung der Gewalt gegen Mädchen und Frauen soll hierbei weiter aufgebaut werden. Des Weiteren soll die Beendigung schädlicher Praktiken und Diskriminierung gegenüber Frauen und Mädchen in Bildung und Gesundheit, inklusive sexueller und reproduktiver Gesundheit, und der Zugang zu Informationen und Dienstleistungen vorangetrieben werden.

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

Von den weltweit 48 Ländern der Kategorie „am wenigsten entwickelt“ befinden sich 33 in Afrika südlich der Sahara. Gleichzeitig zeichnet sich die Region durch die weltweit höchsten Geburtenraten aus. Schätzungsweise 21 Prozent der Frauen in der Region wollen nicht schwanger werden, verwenden aber keine modernen Verhütungsmethoden. Dies führt dazu, dass fast 20 Millionen Schwangerschaften pro Jahr in Afrika südlich der Sahara unbeabsichtigt sind.

Ein Indikator, dass Bedarf an Familienplanungsprogrammen auch seitens der Regierungen in der Region besteht, zeigt sich daran, dass bisher 31 Länder Zusagen im Rahmen der FP2020 Initiative gemacht haben. Ziel der Initiative ist es, bis 2020 120 Millionen Frauen, die bisher keinen Zugang zu Verhütungsmittel hatten, dies zu gewährleisten.[5]

Zudem zeigen Studien, dass sich bisher kein einziges Land sozioökonomisch entwickelt hat, ohne dass parallel dazu die Geburtenrate zurückgegangen ist[6]. Zugang zu freiwilligen Familienplanungsprogrammen, Sexualaufklärung und Verhütungsmitteln sind essentielle Elemente, um diesen Rückgang zu unterstützen und damit gleichzeitig ein beschleunigtes Wirtschaftswachstum in Gang zu setzen, die sogenannte demografische Dividende. Sie entsteht, wenn die Fertilitäts- und Mortalitätsraten und damit auch die Zahl der in Abhängigkeit lebenden Menschen in Relation zur

[5] https://www.familyplanning2020.org/countries?field_commitment_value%5B%5D=1&region=All&title=
[6] https://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Afrika/Afrikas_demografische_Herausforderung.pdf

Erwerbsbevölkerung zu sinken beginnen. Die Dividende resultiert aus der Freisetzung von Ressourcen für die wirtschaftliche Entwicklung und höheren Pro-Kopf-Ausgaben für bessere Dienstleistungen im Gesundheits- und Bildungsbereich.

Das Ausmaß der demografischen Dividende hängt teilweise vom Tempo des Fertilitätsrückgangs ab. Dieses wiederum hängt davon ab, inwieweit sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte von Frauen und Mädchen geschützt sind und ob Frauen genügend Macht, Informationen und Mittel haben, um selbst zu entscheiden, ob, wann und wie oft sie schwanger werden wollen.

Dies haben auch die Regierungen Afrikas erkannt und die demografische Dividende zu einer kontinentalen Priorität gemacht, für die die Afrikanische Union auf ihrem Gipfel 2017 einen Fahrplan entwickelt hat. Zusätzlich haben die meisten afrikanischen Länder nationale Strategien zur Erreichung der demografischen Dividende.

Zwischen 2000 und 2016 konnten beispielsweise Äthiopien und Ruanda ihr BIP pro Kopf verdreifachen. Beide Länder priorisierten den Ausbau ihrer Gesundheitsdienste, inklusive den Zugang zu Familienplanungsprogrammen und investierten gezielt in die junge Generation. Der diesjährige UNFPA Weltbevölkerungsbericht zeigt, dass Ruanda das Land Afrikas südlich der Sahara ist, in dem sich Frauen im Durchschnitt die wenigsten Kinder wünschen (3.6).

Dennoch sind die Programme zur Familienplanung in den meisten afrikanischen Ländern nicht ausreichend entwickelt, um hochwertige Dienstleistungen für diejenigen anzubieten, die sie am dringendsten benötigen, insbesondere für die Armen in der Stadt und auf dem Land. Unter anderem eine bessere Verknüpfung von reproduktiver Gesundheit mit z.B. HIV-Programmen ist hierzu notwendig.

Fakt ist allerdings auch, dass die 2017 von der Afrikanischen Union ins Auge gefasste demografische Dividende sich vor dem Hintergrund anhaltender geschlechtsspezifischer Diskriminierung und Ungleichheit nicht vollständig realisieren läßt. Der Fertilitätsrückgang in Afrika südlich der Sahara wird sich nur beschleunigen, wenn sich die Normen, die hohe Fertilität begünstigen, wie z.B. Kinderehen, schneller verändern. Der Schutz vor Kinderehen muss gesetzlich festgeschrieben und in der Praxis durchgesetzt werden. In Afrika südlich der Sahara sind schätzungsweise 38 Prozent der 16-jährigen und 12 Prozent der 15-jährigen Mädchen verheiratet. Der höchste Anteil innerhalb der Region findet sich in Niger, wo 76 Prozent der Mädchen vor Vollendung des 18. Lebensjahres heiraten

Hieraus ergeben sich folgende **Handlungsempfehlungen:**

- Deutschland sollte sich weiterhin verstärkt dafür einsetzen, dass sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte, inklusive Familienplanung, einen zentralen Stellenwert in seiner Entwicklungszusammenarbeit einnehmen und in den entsprechenden Partnerländern als integraler Bestandteil der primären Gesundheitsversorgung betrachtet werden – genau wie Impfungen und andere für eine gute Gesundheit notwendigen Leistungen.

- Nach wie vor wird die reproduktive Gesundheit in vielen nationalen Gesundheitsbudgets nicht ausreichend berücksichtigt. Angesichts der weitreichenden Auswirkungen von Fertilität muss der reproduktiven Gesundheitsversorgung in den nationalen wie den internationalen Gesundheitsbudgets eine höhere Priorität eingeräumt werden.

- Parlamentarier und Bundesregierung gleichermaßen sollten relevante internationale Foren und Platformen, wie das *High Level Political Forum on Sustainable Development* (9.-15. Juli 2019) , die anstehende Tagung der 63. UN- Frauenrechtskommission (11.-22. März 2019), sowie die Tagung der 51. UN-Kommission für Bevölkerung und Entwicklung (9.-13. April 2019) gezielt nutzen, um Deutschlands Unterstützung auf diesem Gebiet klar zum Ausdruck zu bringen.

- Auf europäischer Ebene ist die Verhandlung des nächsten 7-jährigen EU-Finanzrahmens (2021 – 2027) in vollem Gange. Als größter EU-Beitragszahler sollte sich Deutschland insbesondere bei der Ausgestaltung des externen EU-Finanzierungsinstruments dafür einsetzen, dass die Stärkung der Frauenrechte, inklusive ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte, einen angemessenen Stellenwert und entsprechende Finanzierung erhält.

- Auf internationaler Ebene bietet sich mit dem bevorstehenden 25-jährigen Bestehen des Kairoer Aktionsprogramms (ICPD+25) im nächsten Jahr eine wichtige Gelegenheit, sich auch weiterhin zu der Zentralität der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit zu bekennen und diese weiter auszubauen.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. wirtschaftl. Zusammenarbeit u. Entwicklung
Ausschussdrucksache
19(19)136 f
Öffentliche Anhörung 12.12.2018
6. Dezember 2018

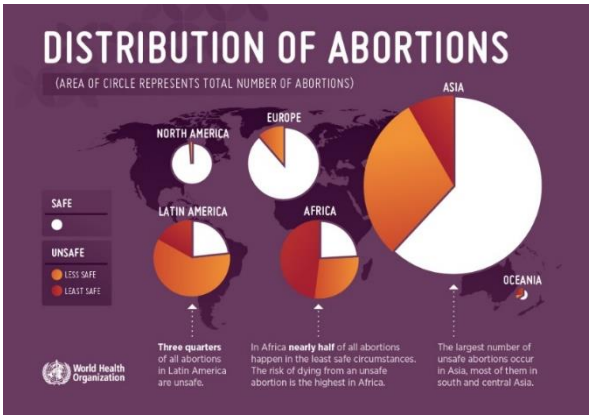
Statement zur Anhörung des AWZ zum Thema: Sexuelle und Reproduktive Gesundheit:

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 lauf 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 Afrika[1].

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 würden[2]. 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 Tabusierungen 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 Difäm 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/

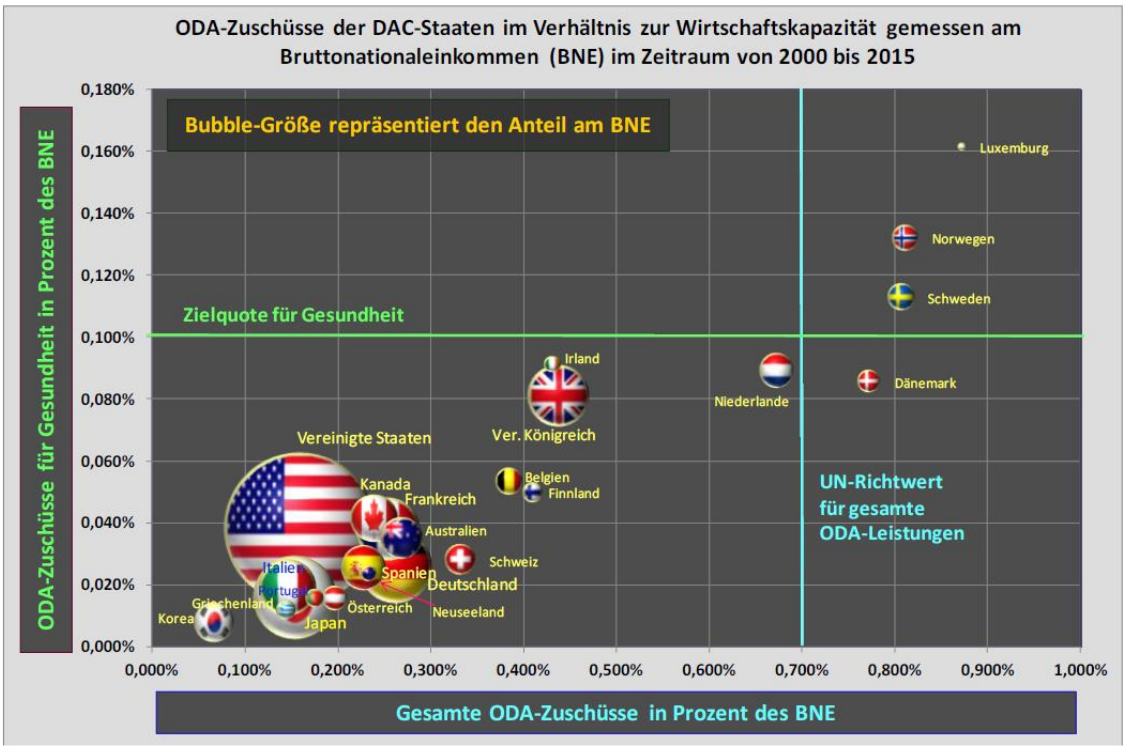
Diese Finanzierungsausfälle stellen alle Organisationen, die die Global Gag Rule nicht unterschrieben haben, vor finanzielle Engpässe im SRGR und FP Bereich. Letztlich wird damit vor allem marginalisierten und benachteiligen Frauen der Zugang zu freiwilliger Familienplanung verwehrt, mit gravierenden 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 Nationenbeschlossen 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 Gesundhit 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 Neugeborenengesundheit 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 Thema 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 Spannbreite 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 aufoktroyiert 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) gefördert[7], 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. Bespiele sind: Die Partnerorganisation Indonesian Christian Association of Health Servies (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, Gemeindegesundheitshelfer*innen und Gesundheitsmanagement-Personal notwendig.

[8] Policy Gesundheit , April 2018, noch unveröffentlicht

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. wirtschaftl. Zusammenarbeit u. Entwicklung
Ausschussdrucksache
19(19)136 g
Öffentliche Anhörung 12.12.2018
6. Dezember 2018

MISEREOR
IHR HILFSWERK

Stärkung der Rechte der Frauen – Freiwillige Familienplanung in Subsahara-Afrika

Öffentliche Anhörung im Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung des Deutschen Bundestages

Schriftliche Stellungnahme

Sachverständige: **Dorothee Klüppel, Leiterin der Abteilung Afrika und Naher Osten, Bischöfliches Hilfswerk MISEREOR e.V.**

Kontakt: **dorothee.klueppel@misereor.de**

MISEREOR wurde 1958 als Bischöfliches Werk „gegen Hunger und Krankheit in der Welt" gegründet. Unabhängig von Hautfarbe, Herkunft, Geschlecht und Religion setzt sich MISEREOR für die Menschen ein, denen das Recht auf ein Leben in Würde, Freiheit und ausreichender und gesunder Versorgung verwehrt bleibt. Unsere Arbeit basiert auf der Hilfe zur Selbsthilfe und unterstützt die Armen dabei, sich mit eigener Kraft aus Not und Ungerechtigkeit zu befreien. Die Anerkennung und Praxis gleicher Würde für alle Menschen bedeutet auch den radikalen Ausschluss jeglicher Form von ethnischer, religiöser, sozialer und geschlechtlicher Diskriminierung.

Frauen werden weltweit nach wie vor in sozialen, kulturellen, legalen und politischen Belangen benachteiligt und in gravierender Weise auch in Afrika. Diese Benachteiligung schränkt ihr Recht auf Selbstbestimmung derart ein, dass sie für sich persönlich schwere Nachteile ihrer Entwicklung erfahren, auch und gerade hinsichtlich ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (SRGR). In den meisten Gesellschaften, die von Armut geprägt sind, besteht eine massive Ungleichheit zwischen den Geschlechtern, die es Frauen verwehrt, grundlegende Entscheidungen für ihr Leben eigenverantwortlich zu treffen. Dazu gehört auch die Frage, wie viele Kinder eine Frau haben möchte, zu welchem Zeitpunkt und mit wem, ohne dabei wegen Problemen der Schwangerschaft bleibend krank und arm zu werden oder früh zu versterben.

Demographische Studien belegen einen direkten Zusammenhang von Wohlstand mit der durchschnittlichen Anzahl von Kindern pro Frau: Steigt das Pro-Kopf-Einkommen, sinkt die Geburtenrate. Das konnte man in Westeuropa schon lange vor Einführung von moderner Familienplanung beobachten. Und dieses allgemein gültige Prinzip zeigt sich natürlich auch auf dem afrikanischen Kontinent: Die Fertilitätsrate in Südafrika lag in den 1960er Jahren bei über sechs Kindern pro Frau und ist nun auf 2,4 abgesunken. Südafrika ist eines der wohlhabendsten Länder in

Subsahara-Afrika. Im Niger, einem der ärmsten Länder weltweit, hat sich die Fertilitätsrate in den letzten 50 Jahren kaum verändert und liegt aktuell bei 7,1.

Warum bedingt nachhaltige Entwicklung den Rückgang der Geburtenraten? Wirtschaftliche Entwicklung erlaubt verstärkte Ausgaben in den Bereichen Gesundheit, Ernährung und Bildung. Eine geringere Kindersterblichkeit in wohlhabenderen Gesellschaften reduziert den Imperativ, mehr Kinder in die Welt zu setzen, damit wenigstens einige überleben. Soziale Sicherungssysteme ermöglichen, dass Menschen im Alter nicht allein auf Versorgung durch ihre Kinder angewiesen sind. Bessere Bildungsangebote für Jungen und Mädchen führen dazu, dass mehr Zeit für Ausbildung investiert wird und damit zu einem späteren Beginn der Familienphase. Durch Bildung und Ausbildung sind Menschen in der Lage, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen – auch jenseits tradierter Rollenzuschreibungen. Gesellschaften mit einem hohen Modernisierungsanspruch bieten Frauen ein neues, alternatives Rollenbild. In sehr traditionellen und armen Gesellschaften wie Tschad können Frauen nur dann Rang und Ansehen erwerben, wenn sie Ehefrau und Mutter sind.

Die beste Grundlage für Familienplanung ist die Bekämpfung von Armut, die Schaffung beruflicher Perspektiven für alle, Stärkung der Rolle der Frau sowie gleichberechtigte Teilhabe. Nach Hans Rosling, dem jüngst verstorbenen Direktor des schwedischen Instituts für globale Gesundheit, wird die Anzahl der Kinder einer Familie nicht durch Religion, Weltanschauung oder Zugang zu Familienplanung bestimmt, sondern durch das Niveau der sozialen Absicherung im Alter und damit von Wohlstand und Bildung[1].

Themenblock B: Stärkung der Frau - der lokale Kontext

B1.
a) Inwiefern wirkt die Gewährleistung von SRGR auf die Stärkung und Teilhabe von Mädchen und Frauen ein? Welche Rolle spielen Normen und Traditionen in dem Prozess?
b) Warum ist trotz zum Teil erheblicher Entwicklungsfortschritte der traditionelle Wunsch nach einer großen Familie mit bis zu 11 Kindern in den Ländern Subsahara-Afrikas immer noch sehr weit verbreitet?
c) Ist die EZ in der Lage, Kultur und Tradition zu ändern, ohne sich den möglichen Vorwurf der Bevormundung oder des Neo-Kolonialismus auszusetzen?

a) SRGR und eine stärkere Teilhabe von Mädchen und Frauen bedingen sich gegenseitig – bzw. ist eine stärkere, gleichberechtigte Teilhabe eine wichtige Voraussetzung für das Wissen um SRGR, für das selbstbewusste Einfordern derselben und deren Gewährung. Allein die Gewährleistung von SRGR sichert den Frauen nicht unmittelbar eine größere gesellschaftliche Teilhabe. In einigen traditionellen, afrikanischen Gesellschaften müssen Frauen ihre Fruchtbarkeit durch eine Schwangerschaft unter Beweis stellen. Erst mit der Schwangerschaft steigt ihre gesellschaftliche Anerkennung und ergeben sich Möglichkeiten zur Teilhabe. Gewährleistung von SRGR, die die Männer und die (reproduktive) Gesundheit von Männern ausschließt, ist einseitig und wenig erfolgsversprechend.

[1] Siehe https://www.ted.com/talks/hans_rosling_religions_and_babies

b) Die Fertilitätsraten sind gerade in den Ländern, Regionen, Gruppen von Bevölkerung noch hoch, wo es eben keine bedeutenden Entwicklungsfortschritte gab. In Ländern oder in Bevölkerungsgruppen mit mangelndem Zugang zu sozialer Absicherung (insbesondere auch im Alter), Gesundheit, Bildung und gesichertem Wohlstand werden Kinder als Erweiterung der Möglichkeiten gesehen, überlebensnotwendiges Einkommen für die Familie zu erwirtschaften und als Garant für die Versorgung der Eltern im Alter. Und wo angesichts hoher Kindersterblichkeit nicht sicher ist, dass alle Kinder überleben, ist eine große Anzahl von Kindern eine Strategie zur Risikominimierung.

c) Bei Themen wie Frühverheiratung, weiblicher Genitalverstümmelung oder Gewalt in den Familien, insbesondere gegen Frauen, lassen sich unser westliches Verständnis oder unsere Lösungsansätze nicht einfach übertragen. Sexuelle und reproduktive Rechte werden häufig missverstanden als Promotion eines westlichen Lebensstils und damit einhergehender Zerstörung der Familie. Man kann durchaus „von außen" eine kritische Reflexion über kulturell determinierte, gesellschaftliche Macht- und Gewaltstrukturen anstoßen. Zur Veränderung von Kultur und Tradition bedarf es eines sensiblen Vorgehens und starker lokaler Akteure, die als Rollenvorbilder und als Multiplikatoren wirken. Die kulturellen Hintergründe sowie alternative Lebensmodelle müssen angegangen werden. Arbeit mit der Zivilgesellschaft ist also nötig. Das ist innerhalb einer Generation machbar, erfordert aber starke gesellschaftliche Transformationsprozesse, die auch vom Staat gewollt sein müssen.

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

Im Gesundheits- und Bildungsbereich sind die Kirchen in vielen afrikanischen Ländern starke Akteure, die viel Vertrauen genießen, auch über Grenzen der Religionszugehörigkeit hinweg. Schulen und Gesundheitszentren werden von allen in Anspruch genommen, da sie gerade in Ländern mit schwacher Staatlichkeit oft deutlich besser sind als vergleichbare staatliche Einrichtungen. In entlegenen Regionen leisten kirchliche Gesundheitseinrichtungen einen wichtigen, oft den einzigen, Beitrag zur Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit. Aufgrund der gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind wird darauf hingearbeitet, den zeitlichen Abstand zwischen Geburten zu vergrößern. Im Rahmen der intensiven Arbeit zu HIV/Aids konnten kirchliche Strukturen dazu beitragen, das Thema Sexualität zu enttabuisieren und „Life Skills" zu vermitteln – etwa dass junge Frauen lernen, selbstbestimmt mit ihrer Sexualität umzugehen und „Nein" zu sagen. Das erleichtert auch jenseits der Thematik HIV/Aids einen Umgang mit Sexualität, ein Sprechen darüber in Familie und Gesellschaft. In der Arbeit zur Stärkung von Frauen, die notwendiger Weise Männer einschließt, kann Kirche wichtige Beiträge liefern, um das Miteinander der Geschlechter zu verbessern und diskriminierende Rollenzuschreibungen und Praktiken zu überwinden.

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?

Aufklärung und umfassende Sexualerziehung sind Grundvoraussetzungen! Wo Mädchen und Frauen aufgrund mangelnder Bildung und mangelnden Zugangs zu Information „im Dunkeln gehalten werden“, können und werden sie vorhandene Angebote im Bereich SRGR nicht in Anspruch nehmen. Es geht um Entscheidungsfreiheit, um Wahlfreiheit auf der Grundlage ehrlicher Informationen.

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

Da es im Kern um die Rolle der Frau und ihre Stellung in der Gesellschaft geht, ist eine Arbeit mit Jungen und Männern unerlässlich. Die Überwindung patriarchaler Gesellschaftsstrukturen, in denen Frauen kaum eigene Entscheidungen treffen können, erfordert eine Arbeit mit beiden Geschlechtern. Traditionelle Rollenbilder, in denen die Frau als Eigentum des Mannes gesehen wird, geschlechtsbasierte Gewalt und negative kulturelle Praktiken können nur gemeinsam überwunden werden. Sexuelle Übergriffe, Demütigungen und Erniedrigungen vielfältiger Art machen es Frauen und Mädchen schwer, ein gesundes Selbstbewusstsein zu entwickeln, sich gegen Ungerechtigkeit zu wehren und eigene Entscheidungen zu treffen.

B5.
Wodurch ist die Streuung des Kinderwunsches in Subsahara-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)?

Die Streuung ist vor allem durch den unterschiedlichen Entwicklungsstand verschiedener Länder zu erklären. Demographische Studien belegen einen direkten Zusammenhang von Wohlstand mit der durchschnittlichen Anzahl von Kindern pro Frau: Steigt das Pro-Kopf-Einkommen, sinkt die Geburtenrate. In Kriegs- und Krisenregionen steigt die Geburtenrate stark an. Gründe liegen unter anderem im drastischen Anstieg von Vergewaltigungen und Kinderehen gerade in Flüchtlingspopulationen sowie im Zusammenbruch des Bildungssystems.
Länderübergreifend kann man beobachten, dass in vielen afrikanischen Ländern die bessergestellte Mittel- und Oberschicht deutlich weniger Kinder bekommt. Im Vergleich zu ländlichen Gebieten ist in den Großstädten vieler Länder in Subsahara-Afrika tendenziell ein demographischer Wandel zu erkennen: In den Städten sinken sowohl die hohen Mortalitätsraten wie auch die höheren Fertilitätsraten. Die Gründe sind vielfältig: bessere Bildungsmöglichkeiten und Gesundheitsversorgung, mehr Einkommensmöglichkeiten, zunehmende Geschlechtergerechtigkeit, besserer Zugang zu Informationen über Familienplanung.

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, indem Sie diesen Mechanismus mit den erwähnten oder auch anderen Vorteilsgründen erfolgreich oder nicht erfolgreich anzuwenden versucht haben?

Partnerorganisationen von Misereor arbeiten mit Jugendlichen zu „Life Skills Education“, u. a. mit dem Ziel, den Beginn der sexuellen Aktivität hinauszuzögern bis zu einem Alter, in dem eine

bewusste Entscheidungsfindung eher möglich ist und um Frühschwangerschaften mit ihren körperlichen Komplikationen, mentalen und sozio-ökonomischen Konsequenzen zu vermeiden.

Misereor fördert eine Reihe von Programmen, die als Komponenten Erziehung zu verantwortlicher Sexualität und Elternschaft haben. Es geht darum, das Thema Sexualität zu enttabuisieren und bei Männern und Frauen ein Bewusstsein zu schaffen, für wie viele Kinder sie sorgen können, wie vielen sie Bildung und Perspektiven ermöglichen können. Die Anzahl von Kindern pro Frau zu reduzieren (Spacing der Geburten, spätere Heirat) gelingt aus Erfahrung unserer Partner bspw. in Kamerun und im Tschad am besten, wenn entsprechende Programme eingebunden sind in Programme zur Sekundarschulbildung, v.a. von Mädchen. Zahlreiche Beispiele aus verschiedenen Ländern zeigen den Zusammenhang von längerer Schulbildung mit späterer Mutterschaft.

Kirchliche Gesundheitseinrichtungen in Afrika leisten einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit. Ohne die vielen substantiellen kirchlichen Beiträge zur medizinischen Grundversorgung in Afrika wäre die Lage der Frauen erheblich dramatischer. Eine zu schnelle Abfolge von aufeinander folgenden Schwangerschaften birgt erhebliche Risiken für Frauen und ihre Kinder und stellt einen der Hauptgründe für die hohe Mütter- und Kindersterblichkeit dar. Deswegen arbeiten Projekte für Mutter-Kind-Gesundheit darauf hin, den zeitlichen Abstand zwischen Geburten zu vergrößern. Bei der Beratung der Projektpartner achtet Misereor darauf, dass über Methoden der Familienplanung umfassend informiert wird oder an Institutionen verwiesen wird, die eine solche Beratung kompetent leisten können. In sehr traditionellen Gesellschaften mit wenig Entscheidungsfreiheit für Frauen kommen Methoden der Familienplanung, sowohl natürliche wie nicht-natürliche, allerdings an ihre Grenzen.

Kurzbiographie:

Dorothee Klüppel leitet seit 2006 die Abteilung Afrika und Naher Osten des bischöflichen Hilfswerks MISEREOR.
Von 2002 bis 2004 arbeitete sie als AGEH-Fachkraft im Zivilen Friedensdienst. In Kenia baute sie ein Programm für Traumaarbeit und psychosoziale Begleitung auf. Der Fokus lag dabei auf der zivilen Bewältigung von inter-ethnischen Konflikten sowie auf der Beratung zur Überwindung innerfamiliärer und geschlechtsspezifischer Gewalt. Dorothee Klüppel ist Diplompsychologin und Beraterin für systemisch-lösungsorientierte Supervision und Organisationsberatung.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. wirtschaftl. Zusammenarbeit u. Entwicklung
Ausschussdrucksache
19(19)136 h
Öffentliche Anhörung 12.12.2018
11. Dezember 2018

Save the Children

Stellungnahme zur Öffentlichen Anhörung zum Thema „Stärkung der Rechte der Frauen – Freiwilligen Familienplanung in Subsahara Afrika“

Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (AwZ)

12. Dezember 2018

Zusammengestellt von Dr. Sabine Baunach und Anna Wasiak

Save the Children ist die größte unabhängige Kinderrechtsorganisation der Welt und setzt sich ein für eine Welt, die die Rechte der Kinder achtet. Seit fast 100 Jahren tritt Save the Children für Gesundheit, Bildung und Schutz für alle Kinder weltweit ein.

Das Recht auf Gesundheit muss weltweit für alle verwirklicht werden durch Zugang zu bezahlbarer und qualitativer Gesundheitsversorgung. Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) umfassen das körperliche wie geistige Wohlbefinden und die freie Entscheidungsmöglichkeit über die eigene Sexualität und Fortpflanzung. Hierzu gehört unter anderem die Freiheit, über die individuelle Familienplanung und den Zeitpunkt und die Anzahl der Kinder entscheiden zu können. Zahlreiche nationale Gesetze und internationale Menschenrechtsabkommen und –Konventionen betonen die Notwendigkeit, Neugeborenen, Mütter- und Kindersterblichkeit zu reduzieren und Zugang zu qualitativer und bezahlbarer Versorgung mit SRGR, darunter Familienplanung, Vor- und Nachsorge in der Schwangerschaft und nach der Geburt sowie Notfallversorgung während der Geburt, zu ermöglichen.

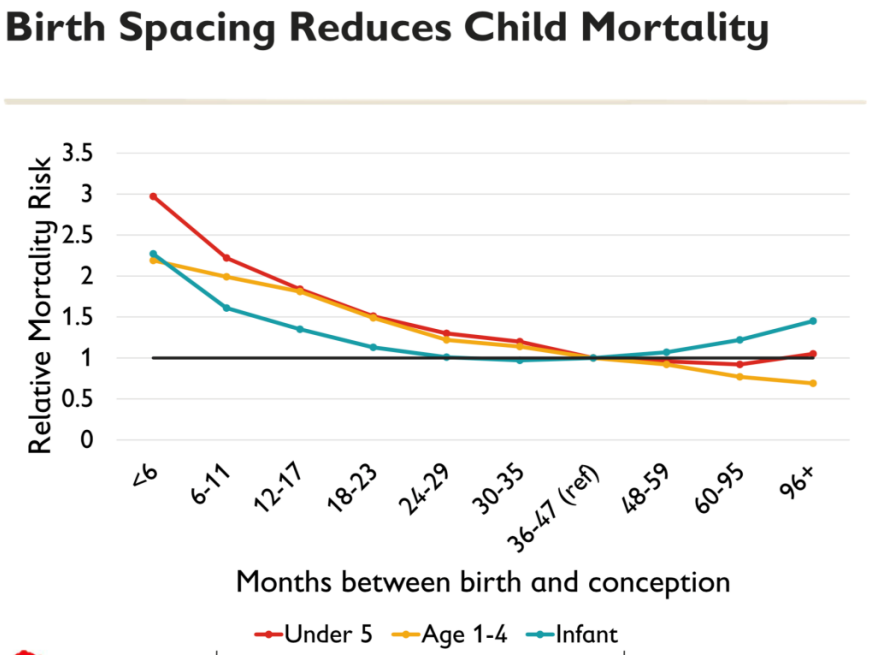
In unseren Richtlinien zum Thema SRGR unterstreicht Save the Children, dass der Zugang zu sexuellen und reproduktiven Gesundheitsinformationen und Diensten ein essentieller Ansatz zur Reduzierung von Mütter- und Kindersterblichkeit ist. Wir setzen uns dafür ein, dass Frauen und Männer, einschließlich Jugendlicher, Zugang zu sicheren, wirksamen und bedarfsorientierten planung (Information, Beratung, klinischer Services) haben und als Entscheidungsträger in der Erfüllung ihrer Verantwortung, u.a. durch Informationen und Beratung, unterstützt werden. Dienste und Informationen sollten zur Verfügung gestellt werden mit dem Ziel die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Männern und Frauen zu sichern: um ungewollte Schwangerschaften und verknüpfte Risiken zu verhindern, Mädchen und Frauen die Möglichkeit zu geben selbstbestimmt ihre Familien zu planen, den Zeitpunkt und Abstand ihrer Schwangerschaften selbst zu bestimmen und sich auch gegen sexuell übertragene Infektionen (STIs) zu schützen.

Die Datenlage beschreibt eindeutig:

- Von den weltweit 222 Millionen Frauen und jugendlichen Mädchen, die keinen Zugang zu Methoden der Familienplanung haben, werden jährlich 80 Millionen Frauen unbeabsichtigt schwanger. Etwa 290,000 dieser Frauen sterben an Komplikationen während der Schwangerschaft oder Geburt - 99 % dieser Fälle sind in Entwicklungsländern zu finden. Wenn dieser Bedarf an Verhütungsmethoden durch qualitative und effektive Dienstleistungen gedeckt werden würde, nnte die Müttersterblichkeit um 30% reduziert und die Leben von mehr als 1,6 Millionen Kindern gerettet werden (siehe Grafik). Übertragen hieße das, dass eins von fünf Kinderleben gerettet werden könnte, wenn alle Frauen, die Bedarf auch Zugang zu Verhütungsmethoden hätten.
- Des Weiteren würden unbeabsichtigte Schwangerschaften um 70 % fallen (von 74 Millionen auf 22 Millionen pro Jahr) und die Anzahl unsicherer Abtreibungen würde um 74 % (von 20 Millionen auf 5,1 Millionen) zurück gehen.
- Etwa 16 Millionen jugendliche Mädchen entbinden jedes Jahr, davon leben 95 % in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen. Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt sind die

Haupttodesursachen für Mädchen im Alter von 15-19 Jahren. Auch haben Neugeborene von jugendlichen Müttern eine weitaus höhere Sterblichkeitsrate. Ihnen Zugang zu umfassender Familienplanung zu ermöglichen, wäre ein effektives Mittel, diesem Trend entgegen zu wirken.

Save the Children ist aktives Mitglied von FP2020, einer internationalen Plattform, die Regierungen, Zivilgesellschaft, multilaterale Organisationen, Geber, den privaten Sektor und den Forschungs- und Entwicklungssektor durch seine Arbeit zusammenbringt, um Frauen und Mädchen weltweit Zugang zu effektiven, qualitativen und modernen Verhütungsmethoden zu ermöglichen. FP 2020 trägt zur Umsetzung der *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health* der UN bei.



Neben dem positiven Einfluss auf Mütter- und Kindersterblichkeit, hat universeller Zugang zu Verhütungsmethoden auch einen positiven Effekt auf ALLE anderen Sustainable Development Goals (siehe Grafik). Positive Effekte des Zugangs zu Methoden der Familienplanung umfassen: Gleichstellung der Geschlechter; verbesserte schulische, berufliche und soziale Aussichten für Frauen und Mädchen; Vermeidung von Schulabgängen aufgrund früher Schwangerschaft; verbesserte Lebensbedingungen von Familien; höhere finanzielle Ressourcen für die Versorgung von Kindern in der Familie; gesündere Gemeinden; geringere Belastung hinsichtlich Ernährung, sozialen und gesundheitlichen Strukturen auf Landesebene und positiver Einfluss auf Bevölkerungsdynamiken national und global sowie deren Auswirkungen auf Natur, Umwelt und Landwirtschaft.

Zugang zu universeller Gesundheitsversorgung, inklusive Familienplanung

Es besteht anhaltende Ungleichheit im Zugang zu Dienstleistungen, die eine integrierte Versorgungskontinuität von der Adoleszenz über die Schwangerschaft bis hin zur Geburt sowie in der postnatalen Phase bis in die frühe Kindheit gewährleisten. Während hier zwar einiges erreicht werden konnte – insbesondere bei der Immunisierung und der Behandlung von Kinderkrankheiten – sinkt die Sterblichkeit von Neugeborenen und Müttern langsamer als die von Kindern unter fünf Jahren. Die Gründe dafür liegen in der kontinuierlichen Vernachlässigung der 24-Stunden-Versorgung während und nach einer Geburt sowie in der mangelnden Qualität von Gesundheitsversorgung, unter der viele der ärmsten und am meisten benachteiligten Bevölkerungsgruppen leiden. Wenn wir SDG 3 erreichen wollen, muss aber Versorgungskontinuität gewährleistet werden, die effektiv, bezahlbar, bedürfnisorientiert und allgemein zugänglich sein muss.

Basisgesundheitsversorgung (Primary Health Care, PHC) ist der erste Berührungspunkt zwischen Menschen und dem Gesundheitssystem des Landes. Die Weltbank schätzt, dass 90% aller Gesundheitsbedarfe über primäre

Gesundheitsversorgung gedeckt werden kann.[1] Dabei sollte die medizinische Grundversorgung Behandlung, Vorsorge und Routineimpfungen umfassen sowie sexuelle, reproduktive, Mütter-, Neugeborenen-, Kinder- und Jugendgesundheit entlang des Versorgungskontinuums (continuum of care) umfassen, die zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme kostenfrei zur Verfügung stehen.

Die vergleichsweise langsam fortschreitende Reduzierung von Sterberaten bei Neugeborenen und Müttern liegt vor allem daran, dass der Zugang zu medizinischen Maßnahmen, die gut funktionierende und allen rund um die Uhr zugängliche Gesundheitssysteme erfordern, nicht die notwendige Gewährleistung erfahren hat. Generell gibt es keine flächendeckende und nur ungleich verteilte Versorgungskontinuität hinsichtlich sexueller, reproduktiver, Mütter-, Neugeborenen- und Kindergesundheit. Das betrifft insbesondere den Zugang zu fachlicher medizinischer Betreuung während und nach der Geburt sowohl für Mütter als auch für Neugeborene. Aktuell treten vermeidbare Todesfälle während Schwangerschaft und Geburt sowie unter Neugeborenen und Kindern unter fünf Jahren hauptsächlich in den ärmsten und am meisten benachteiligten Bevölkerungsgruppen auf, außerdem zunehmend in humanitären Situationen und in instabilen Kontexten.

Nur mithilfe von universellem Zugang zu Gesundheitsversorgung (UHC) als Garant für den Zugang zu qualitativ hochwertiger und bezahlbarer Basisgesundheitsversorgung kann vermeidbare Mütter-, Neugeborenen- und Kindersterblichkeit beendet werden, um die *Global Strategy for Women's Children's and Adolescent's Health* in die Praxis umzusetzen und um sicherzustellen, dass keine Frau und kein Kind zurückgelassen werden. Daher müssen Regierungen Gesundheitssysteme stärken und neue Gesetze und Strategien beschließen, die universellen Zugang zu Gesundheitsversorgung anstreben, wenn es um kontinuierliche Basisgesundheitsversorgung geht und darum, die anhaltende und manchmal wachsende Ungleichheit in der Mütter-, Neugeborenen- und Kindergesundheit aufzuheben. Die *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health* erkennt an, dass die SDGs nur erreicht werden können, wenn humanitäre Krisen und instabile Kontexte besonders beachtet werden. Daher betont sie, dass essenzielle Gesundheitsmaßnahmen auch in diesen Kontexten sichergestellt werden müssen.

Finanzierung und politischer Wille

Neben Gesetzen und Richtlinien, die Zugang zu grundlegenden Dienstleistungen in guter Qualität gewährleisten, darunter auch Bildung und SRGR Gesundheitsdienstleistungen, sind finanzielle Ressourcen für deren Umsetzung notwendig. Die Mobilisierung von Ressourcen und deren Verteilung ist von essenzieller Bedeutung, um sicherzustellen, dass Mädchen Zugang zu qualitativer Basisgesundheitsversorgung haben und die Möglichkeit bekommen andere ihrer Rechte in Anspruch zu nehmen.

Immer noch sterben weltweit jährlich mehr als 5 Millionen Mütter und Kinder an vermeidbaren Ursachen. Die globale Finanzierungslücke beträgt schätzungsweise 33 Milliarden US-Dollar jährlich. Trotz der erfreulichen Entwicklung in der Aufmerksamkeit für globale Gesundheit auf Seiten den deutschen Bundesregierung in den vergangenen Jahren, liegt Deutschland bei der gesundheitsbezogenen Entwicklungszusammenarbeit mit 0,33% des Bruttonationaleinkommens (BNE) weit hinter der Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zurück mindestens 0,1% des BNE für die Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich bereitzustellen.[2] Gleichzeitig liegt Deutschland trotz der Erhöhungen im Etat für das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung weiterhin zurück bei der Erreichung des Ziels 0,7% des BNE für Öffentliche Entwicklungszusammenarbeit (ODA) aufzuwenden – ein Ziel, das auch im aktuellen Koalitionsvertrag der Bundesregierung verankert ist.

Das Ziel von UHC muss es sein, langfristig in ein nationales, sicheres Gesundheitssystem integriert zu werden. Internationale Zusammenarbeit sollte daher Ansätze verfolgen, die neben der Gesundheitssystemstärkung die Aufwendung lokaler Ressourcen für Gesundheitsdienstleistungen (Domestic Resource Mobilisation, DRM)

[1] Doherty G and Govender R, The cost effectiveness of primary care services in developing countries: A review of international literature', Working Paper No. 37, Disease Control Priorities Project, World Bank, WHO and Fogarty International Centre of the US National Institutes of Health, 2004

[2] Save the Children Deutschland e.V., Leaving no one behind? Deutschlands Beitrag zur Verbesserung der globalen Kinder- und Müttergesundheit, 2017

anregen. Nachhaltig finanzierte Gesundheitssysteme benötigen vor allem nationale Ressourcen, die in der Regel durch Steuern generiert werden.[3] Diese machen aber bisher nur einen geringen Teil der Gesundheitsbudgets in Ländern mit mittlerem und niedrigem Einkommen aus.

Basisgesundheitsversorgung, inklusive SRGR wird weder von Regierungen noch von Gebern ausreichend priorisiert, dabei sollten laut der WHO 57% der Gesundheitsausgaben in Basisgesundheitsversorgung – als ersten Berührungspunkt mit den Menschen – fließen. Der Großteil der Gesundheitskosten (59%) wird von den Menschen selbst getragen (out of pocket spending).[4] Private Ausgaben für Gesundheitsversorgung auch während der Schwangerschaft und Geburt sind weiterhin üblich in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen. Häufig müssen Frauen für die Versorgung bezahlen und müssen ihre eigenen Medizin- und Hygieneartikel mitbringen, wenn sie für die Geburt ins Krankenhaus gehen.[5]

Entwicklungsgelder erreichen nicht zwangsläufig die am meisten benachteiligten und zurückgelassenen Kinder und verringern auch nicht automatisch Ungleichheiten. Deshalb setzt sich Save the Children dafür ein niemanden zurück zu lassen (leave no one behind) und universellen Zugang zu sexueller, reproduktiver, Neugeborenen-, Jugendlichen, Mütter- und Kindergesundheit zu realisieren.

Familienplanung in Zeiten der Krise

Über die Entwicklungszusammenarbeit hinaus, setzt sich Save the Children dafür ein, Frauen, Mädchen und Familien, Zugang zu SRGR Gesundheitsdienstleistungen auch in Krisensituationen als Menschenrecht zu gewährleisten. Weltweit sind 35 Millionen Frauen im reproduktiven Alter auf humanitäre Hilfe angewiesen. Notfallsituationen, wie Vertreibung, und Flucht sowie von Menschen verursachte und Natur-Katastrophen erhöhen den Bedarf nach SRGR Gesundheitsleistungen. Sexuelle Gewalt, Kollaps von Gesundheitssystemen und der Verlust von sozio-ökonomischen Strukturen liefern insbesondere Frauen und Mädchen erhöhter Gewalt, Vulnerabilität, Morbidität und Mortalität aus. Durch internationale Notfalleinsätze (emergency responses) arbeitet Save the Children in akuten Krisen (z.B. Mali, Niger, Syrien, Jemen, Somalia), in langanhaltenden Krisen (z.B. DR Kongo), in der Flüchtlingshilfe (z.B. Bangladesch, Uganda, Ruanda, Ägypten) und in der Katastrophenhilfe (z.B. Kenia, Nepal, Philippinen) nach internationalen Standards des Minimal Initial Services Package (MISP) für SRGR der Interagency Working Group (IAWG).[6] SRGR Dienstleistungen inklusive Familienplanung sind essentielle Komponenten um die Bedürfnisse von Frauen und Mädchen in Krisensituationen zu bekämpfen und Fluchtursachen zu bekämpfen. Wie eine globale Evaluierung hinsichtlich SRG in humanitären Interventionen für den Zeitraum 2012-2014 durchgeführt von IAWG ergab, stellen nach wie vor Familienplanung, Abortion Care und ASRH die Schwachstellen hinsichtlich humanitärer Interventionen dar.[7]

Handlungsempfehlungen

- Wichtige Maßnahmen für Geber sind somit die Unterstützung von nationalen Regierungen dabei ihre Gesundheitssysteme zu stärken und universellen Zugang zu Gesundheitsversorgung zu schaffen, der Basisgesundheitsversorgung (Primary Health Care, PHC), einschließlich Maßnahmen zur Förderung der Familienplanung, in den Mittelpunkt stellt, der qualitativ, bedarfsorientiert und kostenfrei zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme ist.
- Die Bundesregierung sollte einen erheblichen Beitrag zur Schließung der Finanzierungslücke von 33 Milliarden US-Dollar jährlich für Mütter- und Kindergesundheit leisten und ihrem Versprechen gerecht werden 0,7% des Bruttonationaleinkommens (BNE) für öffentliche Entwicklungszusammenarbeit (ODA) aufzuwenden. Davon sollten entsprechend der Empfehlung der WHO 0,1% des BNE in gesundheitsbezogene Entwicklungszusammenarbeit fließen. Um zum Aufbau nachhaltiger und stabiler Gesundheitssysteme beizutragen, die allen Menschen Zugang zu Gesundheitsversorgung ermöglichen, sollten Staaten außerdem dabei unterstützt werden eigene lokale Ressourcen für Gesundheit

[3] Save the Children UK, Tick Tax: Why Taxation is Critical to the GFF's Success, 2018
[4] Save the Children UK, Primary Health Care First, 2017
[5] Save the Children UK, A Common Cause, 2016
[6] http://iawg.net/minimum-initial-service-package/
[7] https://www.who.int/hac/global_health_cluster/events/IAWG_Global_Evaluation.pdf

aufzuwenden und zusätzliche Gelder für Gesundheit zu mobilisieren (Domestic Resource Mobilisation, DRM).

- Globale Maßnahmen sollten sich darauf konzentrieren, Ungleichheiten in Bezug auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte zu reduzieren und allen Bevölkerungsgruppen Zugang zu einer qualitativen medizinischen und bezahlbaren Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage, UHC) zu ermöglichen. Wichtige Chancen liegen darin, einen Fokus auf Mütter- und Kindergesundheit zu legen, inklusive Maßnahmen der Familienplanung, auf die besonderen Bedürfnisse von Jugendlichen einzugehen und somit dazu beizutragen Versorgungskontinuität (continuum of care) in der Gesundheitsversorgung zu ermöglichen sowie die Stärkung von Frauen und Mädchen und Einbeziehung von Männern und Jungen hervorzuheben.
- Maßnahmen sollten die Ziele und Verpflichtungen von FP2020 unterstützen, um 120 Millionen Frauen und Mädchen bis 2020 umfassenden Zugang zu Familienplanung zu ermöglichen. Zielvorgabe muss es sein, allen Frauen, egal welchen Landes, Zugang zu lebensrettenden und verbesserten Verhütungsmethoden zu gewährleisten (siehe SDG 3 und 5).
- Maßnahmen der Familienplanung sollten landespezifisch und kultursensitiv vor allem jungen Frauen den Zugang zu SRGR Dienstleistungen ermöglichen und unter Einbeziehung von Männern und Jungen sowie kirchlichen Vertretern als Champions und Agents for Change stattfinden.
- Hinsichtlich humanitärer Krisen kann die Verbesserung der Lebensbedingungen (Mutter-/Kind Sterblichkeit, Verbesserung sozio-ökonomischer Lebenschancen, etc.) von Frauen, Männern und Jugendlichen SRGR, einschließlich Familienplanung, eine Schlüsselrolle spielen, die konsequent in Maßnahmen und Interventionen integriert werden sollte.

Fragen:

B1.
a) Inwiefern wirkt die Gewährleistung von SRGR auf die Stärkung und Teilhabe von Mädchen und Frauen ein? Welche Rolle spielen Normen und Traditionen in dem Prozess?
c) Ist die EZ in der Lage, Kultur und Tradition zu ändern, ohne sich den möglichen Vorwurf der Bevormundung oder des Neo-Kolonialismus auszusetzen?
B2.
Auf die gesellschaftliche Akzeptanz von Familienplanung haben in Subsahara-Afrika unter anderem die Kirchen und religiösen Autoritäten einen großen Einfluss. Welchen Beitrag können kirchliche Akteure dort leisten, um den Zugang zu Aufklärungsarbeit, zu sexueller Gesundheit, Familienplanung und Rechtsberatung zu verbessern?

Save the Children setzt sich global dafür ein, Frauen und Mädchen uneingeschränkten Zugang zu Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, darunter SRGR, um ihren gesundheitlichen Bedürfnissen und Rechten zu entsprechen und ihnen Informationen und Möglichkeiten zur Hand zu geben, ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten. Insbesondere Familienplanung und die Anzahl und der Zeitpunkt von Schwangerschaften und Geburten haben einen erheblichen Einfluss auf die Lebensgestaltung von allen Frauen und sind weichenstellend für schulische Bildung, berufliche Möglichkeiten und spätere soziale und ökonomische Lebenschancen.
Die Bedürfnisse von jungen Frauen und Mädchen, die vielerorts noch im minderjährigen Alter verheiratet und schwanger werden, haben ein extrem erhöhtes gesundheitliches Risiko und Entbindung und Mutterschaft einen einschneidenden Einfluss auf das junge Leben.

Umfassender und barrierefreier Zugang zu Gesundheitsversorgung, darunter sexuelle und reproduktive Gesundheit, gewährt Frauen und Mädchen zunächst Zugang zu Informationen, damit sie selbstbestimmt und freiwillig Entscheidungen zu Familienplanung innerhalb ihres lokalen kulturellen Umfeldes treffen können. Die Bereitstellung von qualitativen, effektiven und allgemein zugänglichen Dienstleistungen sind notwendig, um Frauen und Familien, basierend auf ihrer individuellen und freiwilligen Entscheidungsfindung, Möglichkeiten zu bieten, selbstbestimmt über ihre Gesundheit und ihr Leben zu entscheiden. Es ist von grundlegender Bedeutung Maßnahmen an den lokalen Bedürfnissen zu orientieren und in kulturelle und religiöse Gepflogenheiten einzubinden. Männern, religiösen Anführern und anderen Entscheidungsträgern kann hierbei eine tragende Rolle in der Aufklärungsarbeit zukommen.

In vielen Kontexten, in denen Save the Children arbeitet herrschen patriarchalische Strukturen und Männer sind die Entscheidungsträger, insbesondere in Familienangelegenheiten. Männer bereits im jugendlichen Alter in die Projektarbeit einzubeziehen ist essentiell für den Erfolg vor Ort. Durch unsere Arbeit auch in streng konservativen Kontexten wie Somalia und der DR Kongo zeigt sich, dass durch kulturell adaptierte und Kontext spezifische Aufklärungsarbeit, die Männer und andere Entscheidungsträger, wie religiöse Anführer, miteinbezieht, Vorteile von Familienplanung effektiv vermittelt werden können. Oft zeigt sich, dass tiefsitzende kulturelle Gepflogenheiten gesundheitlichen Vorteilen für Mütter, Kinder und die Familie nicht widersprechen, sondern eine Ergänzung sein können. Auch die Zusammenarbeit mit kirchlichen Akteuren in islamischen oder christlichen Kontexten stehen nicht per se im Widerspruch mit SRGR und Familienplanung. In vielen der Projekte arbeitet Save the Children mit Männern als „Champions" für Familienplanung und muslimische Imams als „Agents for Change" und nutzt somit ihren Einfluss und ihre Kommunikationskanäle, um wichtige Informationen, Unterstützung und Vorteile von Familienplanung zu vermitteln. Tiefsitzende kulturelle Normen können nur langfristig Wandel erfahren. Save the Children bemüht sich deshalb durch bestehende Strukturen zu arbeiten, Vorteile aufzuzeigen und schädliche Praktiken zu korrigieren – zum Wohle der Menschen vor Ort.

B1.
b) Warum ist trotz zum Teil erheblicher Entwicklungsfortschritte der traditionelle Wunsch nach einer großen Familie mit bis zu 11 Kindern in den Ländern Subsahara-Afrikas immer noch sehr weit verbreitet?
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?

Der Zusammenhang von Familiengröße, Fertilitätsrate und kontrazeptiver Prävalenz gestaltet sich vielschichtig und muss differenziert betrachtet werden, auch ist auf länderspezifische Unterschiede innerhalb der Region Subsahara Afrika hinzuweisen. Gründe für größere Familienstrukturen können zum einen auf traditionelle, ökonomische, politische, kontextuelle (z.B. Bürgerkrieg und andere Katastrophen) und demographische Faktoren (z.B. hohe Kindersterblichkeit) zurückzuführen sein, die hohe Fertilitätsraten bedingen. Zum anderen werden Frauen und deren gesundheitlichen Bedürfnisse – häufig aus Mangel an Wissen und Bewusstsein – nicht in die Entscheidungsfindung mit einbezogen. Aus fehlendem Zugang zu Gesundheitsversorgung, darunter der Zugang zu sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdienstleistungen, einschließlich der Beratung und des Zugangs zu Kontrazeptionsmethoden, stehen weder Frauen noch Männern Informationen zu Vor-und Nachteilen sowie Möglichkeiten der Familienplanung zur Verfügung, um eine informierte Entscheidung zu treffen. Der Mangel an SRGR Dienstleistungen führt in vielen Kontexten deshalb zwangsläufig zu hohen Fertilitätsraten und niedriger Nutzung von Verhütungsmethoden (Kontrazeptive Prävalenz). Es wäre daher verheerend Familiengröße bzw. die Anzahl von Kindern pro Familie mit einem Kinderwunsch gleichzusetzen. Oft wünschen sich Frauen (und Männer) ihr erstes Kind später zu bekommen, den Abstand zwischen Schwangerschaften bewusst zu gestalten oder ihre reproduktive Lebensphase abzuschließen. Dies kann situativ oder ökonomisch begründet sein oder auch andere Ursachen haben. Aufgrund des Mangels an Informationen oder an Zugang zu Methoden der Familienplanung bleibt ihnen dieser Wunsch aber verwehrt.
Wie die Studienlage aber auch unsere Projekterfahrung zeigt, bevorzugen Frauen, die freien Zugang zu Beratung und Methoden der Familienplanung haben sowie keine soziale Stigmatisierung fürchten müssen, kleinere Familiengrößen im Umfang von 2 -3 Kindern.[8] Aufklärung und umfassende Sexualerziehung von Frauen und Mädchen ist dabei grundlegend für die Verwirklichung von SRGR, insbesondere Familienplanung. Ohne umfassende Aufklärung von jungen Menschen können diese nicht befähigt werden, selbstbestimmt und sicher Entscheidungen hinsichtlich ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu fällen.

[8] https://www.unfpa.org/swop-2018

B4.
Welche Rolle kann Jungen und Männer zukommen, wenn es um die Stärkung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte von Mädchen und Frauen und letztendlich ihre gesellschaftliche, politische und ökonomische Teilhabe geht?

Für den Erfolg von SRGR, insbesondere FP Interventionen ist die Einbeziehung von Männern in vielerlei Hinsicht essentiell. Männer spielen verschiedene Rollen in der Stärkung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Mädchen und Frauen: Dienstleister, Klient, Aufklärer.

Zum einen ist es relevant FP Dienstleistungen so zu gestalten, dass Männer als Klienten das Angebot wahrnehmen können. Beratung sollte Angebote für Partner (couple counseling) beinhalten, aber auch Männer als potentielle Kunden von Verhütungsmethoden (Kondome, Vasektomie) in Erwägung ziehen.

Des Weiteren sind in vielen Kontexten Männer auch Dienstleister, deren Kompetenz und Professionalität entscheidend ist für eine qualitative, wertneutrale und effektive Beratung von Frauen und Männern jeden reproduktiven Alters und sozialen Hintergrunds. Durch Stigmatisierung und persönliche Vorurteile, beispielsweise gegenüber jungen Klienten und marginalisierten Gruppen, stellen Dienstleister nach wie vor in vielen Kontexten eines der Haupthindernisse beim Zugang zu Dienstleistungen dar. Durch klinisches Training und Value Clarification und Action Transformation (VCAT) Workshops kann hiergegen vorgegangen werden.

Nicht zuletzt können, wie bereits mehrfach erwähnt, Männer einen wichtigen Beitrag als Champions oder Agents for Change leisten, um durch Diskussionsrunden, Storytelling (Testimony) u.ä. in Aufklärungskampagnen aktiv zu werden. In vielen Kontexten obliegt Männern nach wie vor die Entscheidungshoheit in der Familie. Ihr Wissen, Bewusstsein und Einfluss kann ein elementarer Beitrag sein.

B5.
Wodurch ist die Streuung des Kinderwunsches in Subsahara-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)?

Durchaus bestehen erhebliche Unterschiede in Fertilitätsraten in den einzelnen Ländern der Region. Eine Gleichsetzung von hoher Fertilität und Kinderwunsch sollte hier nicht vorgenommen werden. Die erheblichen Unterschiede hinsichtlich kontrazeptiver Prävalenz und Fertilitätsrate zwischen verschiedenen Ländern muss kontextspezifisch betrachtet werden. Die Akzeptanz für Methoden der Familienplanung ist in den vergangenen zwanzig Jahren in vielen Ländern erheblich gestiegen. Dies – zusammen mit Veränderungen in anderen Determinanten von Fertilität – führt dazu, dass Fertilitätsraten beginnen zu sinken. Auch hinsichtlich der Verfügbarkeit von unterschiedlichen Verhütungsmethoden und deren Nutzung zeigt sich ein Trend hin zu länger wirksameren und effektiveren Methoden. Save the Children garantiert durch die Projektarbeit den Zugang zu einem breiten Spektrum an diversen Verhütungsmethoden, die die Kundin gemeinsam mit dem Dienstleister basierend auf ihrer individuellen Situation und Bedürfnissen, aber auch hinsichtlich Effektivität, wählen kann.

Die Unterschiede zwischen den Ländern sind auf verschiedene Faktoren zurück zu führen: Eine wichtige Rolle spielen nationale Gesetze und Richtlinien, die die Verfügbarkeit und den Zugang zu Gesundheitsversorgung, darunter Leistungen der Familienplanung, für alle Bevölkerungsgruppen regulieren. In der Umsetzung dieser spielen politischer Wille und Finanzierung eine entscheidende Rolle. Botswana, Kenia und Zimbabwe sind Beispiele von Staaten, in denen ein starkes öffentliches Programm zur Förderung von Familienplanung die kontrazeptive Prävalenz deutlich vorangetrieben hat. Auch in Ruanda ist der Anstieg in der Nutzung von Verhütungsmethoden klar auf den politischen Willen der Regierung zurück zu führen, die mit Unterstützung der UN und internationaler Nichtregierungsorganisationen ein umfassendes Programm zur Familienplanung umsetzte.

Neben den politischen Rahmenbedingungen spielt die Kapazität des Gesundheitssystems, inklusive Gesundheitsdienstleistern und ihre klinische Kompetenz, Verfügbarkeiten von medizinischer Ausstattung und Medikamenten eine ausschlaggebende Rolle hinsichtlich Verfügbarkeit, Qualität und Zugänglichkeit. Der

Zugang zu Gesundheitsversorgung kann durch geographische (entlegene Regionen) oder sozio-ökonomische Faktoren (z.B. out-of-pocket payments) bedingt sein, in vielen Fällen aber auch aufgrund der Stigmatisierung und Diskriminierung von Bevölkerungsgruppen – im Falle des Zugangs zu Leistungen der Familienplanung, u.a. Jugendliche, unverheiratete Frauen, SexarbeiterInnen und anderweitig Marginalisierte. Im Sinne der SDGs und der Prämisse niemanden zurück zu lassen (leave no one behind) müssen Gesundheitssysteme geschaffen werden, die ALLEN Menschen Zugang zu qualitativen, bezahlbaren und bedarfsorientierten Leistungen ermöglichen.

Andere Faktoren, auf die Unterschiede in der Fertilitätsrate und kontrazeptiven Prävalenz zwischen den Ländern zurück zu führen sind, bildet der Zugang zu Bildung und Aufklärung und damit inwieweit Frauen in der Gesellschaft gleichgestellt sind und Mädchen Zugang zu Bildung und SRGR Dienstleistungen gewährt bzw. ermöglicht wird. Auch kann Urbanisierung verbesserte Schulmöglichkeiten und auch das Vorhandensein besserer Gesundheitsversorgung begünstigen. Eine Rolle spielt auch die oben genannte Rolle von Kindern als Altersvorsorge: Da Methoden der Familienplanung zur Reduzierung der Kindersterblichkeit beitragen, überleben somit mehr Kinder und die Notwendigkeit einer Frau viele Kinder zur Welt zu bringen verringert sich. Diese Entwicklungen resultieren aber nicht direkt in Werte- und Verhaltensänderungen, was den Bedarf an Aufklärungsarbeit deutlich macht. Gleichzeitig kann es aufgrund der vielschichtigen Ursachen für die Unterschiede in kontrazeptiver Prävalenz auch keine einheitliche „one size fits all"-Lösung geben. Wie alle Maßnahmen, müssen auch die der Gesundheitsversorgung und Familienplanung auf lokalen Bedarfen, Einflussfaktoren und Zusammenhängen beruhen.

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, indem Sie diesen Mechanismus mit den erwähnten oder auch anderen Vorteilsgründen erfolgreich oder nicht erfolgreich anzuwenden versucht haben?

Save the Children arbeitet beispielsweise seit mehreren Jahren in der Region Karkaar in Puntland, Somalia, um in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium umfassende SRGR Dienstleistungen, inklusive Maßnahmen der Familienplanung und der Behandlung der Folgen von unischeren Abtreibungen (post-abortion care) in 10 Gesundheitseinrichtungen bereit zu stellen. Somalia hat eine der höchsten Müttersterblichkeitsraten der Welt und eine durchschnittliche Fertilitätsrate von 6,5 Kindern pro Frau.[9] Der Zugang zu Familienplanung ist sehr begrenzt mit nur 3% Frauen, die moderne Verhütungsmethoden verwenden, und einem ungedeckten Bedarf von 35%.[10] Durch verschiedene Maßnahmen zur Bereitstellung von SRGR Dienstleistungen, Aufklärungsarbeit in Gemeinden und Advocacy-Arbeit bei Entscheidungsträgern, wurden zwischen 2012 und 2018 32.000 Frauen mit neuen Verhütungsmethoden versorgt.

Komplementär zu den Gesundheitsdienstleistungen hat Save the Children in Puntland eine kultursensitive, kontextspezifische Community Sensitization Strategie entwickelt, die neben Jugendlichen (peer education), insbesondere Männer und Imams als Champions von Familienplanung einbezieht. Beispiele für erfolgreiche Aufklärungsaktivitäten sind unter anderem:

- Puntland Konferenz für Familienplanung: Save the Children in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium und kirchlichen Oberhäuptern organisiert jährlich einen Workshop für Kirchenvertreter (Imams) und Gemeindevorsteher, um diese über SRGR, inklusive Familienplanung, und Konsequenzen ungewollter Schwangerschaft und unsicherer Abtreibung aufzuklären und diese zu unterstützen Aufklärungsarbeit in ihren Gemeinden durchzuführen.
- Männer als Champions von Familienplanung, die in Health Clubs und während Aufklärungskampagnen persönliche positive Erfahrungen (Storytelling, Testimony) zu Familienplanung abgeben, die beispielsweise gesundheitliche, ökonomische Vorteile für die Familie mit einbeziehen.
- Couple Counselling: Teil der Beratung zu Familienplanung sind Angebote für Paare.
- Diskussionsgruppen für Männer, Frauen und Jugendliche (separat): Save the Children organisiert basierend auf bestehenden Gemeindestrukturen spezielle Diskussionsrunden für Männer, Frauen und

[9] World Bank, 2014
[10] UNICEF, Multiple Indicator Cluster Survey: Somalia, 2006

Jugendliche, während derer SRGR und Familienplanung und entsprechende Möglichkeiten und Vorteile erörtert werden.

Religiöse Anführer waren in diesem Fall besonders einflussreich darin Aufklärungsarbeit zu leisten. Ein Imam in einer der von Save the Children unterstützten Gemeinden sagte: „Familienplanung hat seine Wurzeln im Islam, denn der Koran sagt, dass Frauen ihre Neugeborenen zwei Jahre lang stillen sollen, so dass das Baby ausreichend mit Milch versorgt wird und es zeitlichen Abstand zwischen den Kindern gibt. Als religiöse Anführer fördern wir diesen Ansatz".

Kontakt:

Dr. Sabine Baunach, Expertin zu Sexueller und Reproduktiver Gesundheit, Save the Children
Email: sbaunach@savechildren.org

Anna Wasiak, Co-Leitung Advocacy & Policy, Save the Children Deutschland e.V.
Email: anna.wasiak@savethechildren.de
Tel.: +49 (0)30 27 59 59 79 – 809