

Antwort
der Bundesregierung

**auf die Große Anfrage der Abgeordneten Frau Schmidt (Hamburg), Volmer
und der Fraktion DIE GRÜNEN**
— Drucksache 11/4901 —

**Zu der Beteiligung der Bundesrepublik Deutschland an bevölkerungspolitischen
Programmen in Entwicklungsländern**

Vorbemerkung

Die Antwort ist wie folgt gegliedert:

Die Teile I und II erläutern die Position der Bundesregierung zum Bereich Bevölkerungspolitik/Familienplanung im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit.

Teil III (Hauptteil) enthält die Antworten auf die Fragen 1 bis 62 der Großen Anfrage.

I. Gründe für die Förderung der Familienplanung im Rahmen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit

Im Rahmen ihrer Entwicklungszusammenarbeit fördert die Bundesregierung aus vier Gründen Maßnahmen der Familienplanung:

1. Familienplanung trägt zur verantwortlichen Selbstbestimmung der Ehepaare in den Entwicklungsländern bei. Die Möglichkeit, Kinderzahl und Geburtenabstand zu beeinflussen, gehört zum Selbstbestimmungsrecht des Menschen. Für viele Menschen in den Entwicklungsländern ist auch der Wunsch nach Kindern und dessen Erfüllung wesentlicher Teil ihres Lebensentwurfes. Kinderlosigkeit ist dort häufig – gerade für Frauen – ein schweres Schicksal. Daher beziehen die von der Bundesregierung geförderten Projekte der Familienplanung die Behandlung der Unfruchtbarkeit ein, die auch in Entwick-

lungsländern nicht selten vorkommt. Damit dienen die deutschen Maßnahmen der Verwirklichung des Lebensziels und -glücks vieler Menschen in den Entwicklungsländern.

2. Familienplanung dient der Gesundheit der Bevölkerung – insbesondere von Frauen und Kindern – in den Entwicklungsländern. Es ist heute allgemein bekannt, daß zu den Hauptursachen der hohen Müttersterblichkeit in den Entwicklungsländern zu frühe, zu späte, zu viele oder zu rasch aufeinanderfolgende Schwangerschaften gehören; hinzu kommen Schwangerschaften von Frauen, deren Gesundheit durch frühere Erkrankungen, Mangel- und/oder Fehlernährung sowie Überarbeitung geschädigt ist. Diese sog. Risikoschwangerschaften führen auch häufig zu schweren chronischen Krankheiten. Ursächlich für den Tod vieler Mütter in Entwicklungsländern sind ferner unsachgemäß durchgeführte Abtreibungen bei ungewollten Schwangerschaften. Hinzu kommt, daß die Gesundheit der Frauen in den Entwicklungsländern gefährdet ist, weil sie – neben ihrer ohnehin schon zu hohen Arbeitsbelastung – auch noch eine sehr große Anzahl von Kindern zu versorgen haben.

Ferner sind Neugeborene gesundheitlich erheblich gefährdet, wenn ihre Mütter schon bald wieder schwanger werden, weil sie dann nicht mehr lange genug gestillt werden können. Gesundheitlich und sozial gefährdet sind aber auch die vielen Waisenkinder, deren Mütter Risikoschwangerschaften zum Opfer gefallen sind.

Die hier nur beispielhaft genannten Gefahren für Leben und Gesundheit von Müttern und Kindern könnten vor allem durch Familienplanung abgewendet werden. Sie ermöglicht „Child Spacing“ und verhindert ungewollte Schwangerschaften. – Teilaspekte der Familienplanung bekommen auch – insbesondere im Zusammenhang mit HIV-Infektion und AIDS – eine neue gesundheitspolitische Bedeutung: Beratung und Aufklärung im Rahmen der Familienplanung vermitteln Erwachsenen und Jugendlichen in den Entwicklungsländern grundlegende Kenntnisse über die Zusammenhänge zwischen Fortpflanzungsvorgängen, Gesundheit und Krankheit sowie insbesondere über sexuelle Übertragungswege und die Schutzmöglichkeiten vor Geschlechtskrankheiten einschließlich HIV-Infektion. Die Anwendung von Kondomen dient in hohem Maße der Gesundheitsvorsorge für Männer und Frauen und verhindert auch die Zeugung von durch Geschlechtskrankheiten und HIV geschädigten Kindern.

Familienplanung steht somit im Dienste der Gesundheit von Frauen und Kindern in den Entwicklungsländern. Es ist nicht so – wie zuweilen behauptet –, daß Gesundheit hier „instrumentalisiert“ wird.

3. Familienplanung verbessert die Lebenssituation der Frauen in Entwicklungsländern.

Bekanntlich müssen dort viele junge Mädchen ihre Schulausbildung wegen ungewollter Schwangerschaft vorzeitig ab-

brechen. Nur durch Ausbildung finden Frauen auch in der Dritten Welt Zugang zu Berufs- und Einkommensmöglichkeiten, die ihnen in vielen Ländern verwehrt werden. Eine Ausbildung macht sie aber auch sozial unabhängiger. Sie trägt somit zu einem freiheitlich selbstbestimmten Leben bei und fördert die Persönlichkeitsbildung. – Ihre Arbeitsbelastung durch eine zu große Anzahl von Kindern, ihre geschwächte Gesundheit wegen zu häufiger, zu früher oder zu rasch aufeinanderfolgender Schwangerschaften hindert Frauen zudem häufig daran, einkommensschaffende Aktivitäten auszuüben, die sie in den Familien wirtschaftlich unabhängig machen könnten. Diese Belastungen erschweren auch ihre Weiterbildung, ihre Teilnahme am öffentlichen Leben und ihre gesellschaftliche Kommunikation, durch die ihr Selbstbewußtsein gestärkt werden könnte. Familienplanung kann hier Abhilfe schaffen.

4. Familienplanung trägt – gemeinsam mit anderen Maßnahmen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit zur Verbesserung der sozialen und wirtschaftlichen Lage der Menschen in der Dritten Welt – dazu bei, das hohe Bevölkerungswachstum in den Entwicklungsländern zu mindern, welches eine der Ursachen für ihre derzeitigen und voraussehbaren sozialen, wirtschaftlichen und ökologischen Probleme ist.

Die Weltbevölkerung wächst zur Zeit jährlich um 80 Mio. Menschen; davon werden ca. 70 Mio. in den Entwicklungsländern geboren. Schwarzafrika hat ein durchschnittliches jährliches Bevölkerungswachstum von 3,2 Prozent. Dies ist die höchste Wachstumsrate eines Erdteils in der Menschheitsgeschichte. In vielen Ländern südlich der Sahara verdoppelt sich heute die Bevölkerung in nur 22 Jahren. Insgesamt wird die Menschheit von 5 Mrd. im Jahre 1987 auf ca. 6,1 Mrd. im Jahre 2000 anwachsen. – Dabei hat die Bevölkerung in den Entwicklungsländern eine überwiegend junge Altersstruktur – über 50 Prozent der Bevölkerung sind jünger als 20 Jahre –, so daß auch bei sinkenden Fruchtbarkeitsraten noch mit hohem Wachstum in absoluten Zahlen zu rechnen ist.

Die Folge der Bevölkerungszunahme ist, daß immer mehr Nahrungsmittel, Ausbildungs- und Arbeitsplätze, Gesundheitseinrichtungen und Wohnungen in Ländern zur Verfügung gestellt werden müssen, die schon heute diese Bedürfnisse nicht mehr befriedigen können. Die übermäßige Inanspruchnahme der natürlichen Ressourcen zur Deckung der Nahrungsmittel-, Wasser- und Energieversorgung gefährdet die Umwelt (z. B. Bodenerosion, Klimaverschlechterung, Umweltbelastung). Ferner wird der steigende Bevölkerungsdruck erheblich dazu beitragen, die Probleme der Landflucht und der Verstädterung, die schon heute beängstigende Ausmaße annehmen, zu verschärfen.

Die daraus resultierenden sozialen Konflikte gefährden die politische Stabilität der Dritten Welt. – Die Gefährdung der wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Entwicklung der Dritten Welt ist zwar nicht nur auf das hohe Bevölkerungs-

wachstum im Sinne einer Monokausalität zurückzuführen. Vielmehr spielen auch andere gewichtige Faktoren eine bedeutende Rolle. Jedoch wären die hier aufgetretenen und drohenden Probleme eher lösbar, wenn das rasche und überdimensionale Bevölkerungswachstum gemindert werden könnte.

Der Hinweis, auch das hohe Bevölkerungswachstum in Europa und in den USA im 19. Jahrhundert habe ihren sozialen und wirtschaftlichen Aufschwung nicht verhindert, geht fehl. Diese Argumentation verkennt, daß damals in den heutigen Industrieländern günstigere Voraussetzungen (z. B. Kapital, Bildung, soziale Mobilität) für die Schaffung neuer Arbeitsplätze in Handwerk und Industrie bestanden. Gleichzeitig wurden die Landwirtschaft intensiviert und zusätzliche Gebiete landwirtschaftlich erschlossen. Die ökonomische Tragfähigkeit Europas und Nordamerikas konnte so gesteigert werden. In den meisten Entwicklungsländern hält jedoch die Entwicklung der Produktivkräfte mit dem Bevölkerungswachstum nicht Schritt. Ein weiterer wesentlicher Unterschied ist, daß zur Zeit des hohen europäischen Bevölkerungswachstums die Möglichkeit bestand auszuwandern, die heute in den Entwicklungsländern weitgehend entfällt. Schließlich übersieht diese Argumentation, daß in Europa seinerzeit ein Bevölkerungswachstum von nur 1 Prozent bestand gegenüber einem derzeitigen Wachstum in den Entwicklungsländern von zwischen zwei und vier Prozent. Sodann ergibt die Größe der Bevölkerung in den Entwicklungsländern zusammen mit der ungewöhnlichen Verjüngung ihrer Altersstruktur eine Bevölkerungswachstumspotenz, wie sie Europa nie erlebt hat.

Die vorstehend beschriebene entwicklungspolitische Bedeutung der Familienplanung ist heute weltweit anerkannt.

Dies gilt einmal für die Entwicklungsländer. Während 1959 Indien noch das einzige Entwicklungsland mit einer staatlichen Familienplanungspolitik war, bekannten sich 1989 bereits 63 Entwicklungsländer, die mehr als 90 Prozent der in der Dritten Welt lebenden Bevölkerung repräsentieren, zu einer solchen Politik.

Auch die VN und ihre Sonderorganisationen und -körperschaften, in denen die Vertreter der Entwicklungsländer die Mehrheit haben, haben sich für Familienplanung in den Entwicklungsländern ausgesprochen. Das gleiche gilt für die EG, die OECD sowie viele Nichtregierungsorganisationen wie etwa IPPF¹⁾ und zahlreiche Religionsgemeinschaften. Sie alle haben die Entwicklungsländer aufgefordert, verstärkt Familienplanungsmaßnahmen durchzuführen, und die Industrieländer, hierbei finanzielle Hilfe zu leisten.

Zu dem gleichen Ergebnis kamen auch zahlreiche internationale Kongresse der letzten Jahre – zuletzt noch das Internationale Forum über „Bevölkerung im 21. Jahrhundert“ Ende 1989 in Amsterdam. Auch viele Persönlichkeiten des öffent-

¹⁾ International Planned Parenthood Federation

lichen Lebens, die in der Vergangenheit die Entwicklungspolitik an entscheidender Stelle mitgestalteten und allgemein anerkannte Autoritäten in diesem Bereich sind, haben auf die Notwendigkeit der Familienplanung hingewiesen und Industrie- und Entwicklungsländer aufgefordert, ihre gemeinsamen Anstrengungen zu verstärken, um eine verhängnisvolle Entwicklung in der Dritten Welt abzuwenden. Hier seien beispielhaft nur Daniel T. Arap Moi, Willy Brandt, Robert Mugabe sowie Anerood Jugnauth genannt.

Dieser herrschenden Meinung in der internationalen Diskussion steht die Ablehnung von Familienplanung für Entwicklungsländer gegenüber, wie sie in der vorliegenden Großen Anfrage zum Ausdruck kommt.

Die Entwicklungsländer selbst sind – wie dargelegt – offensichtlich anderer Auffassung als die Fraktion DIE GRÜNEN. Sie befürworten mehrheitlich Familienplanung.

Die Bundesregierung respektiert diese Ansicht der Entwicklungsländer. Sie ist der Auffassung, daß den Entwicklungsländern, wenn sie dies wünschen, die Förderung von Familienplanungsmaßnahmen im Rahmen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit nicht verwehrt werden sollte.

II. *Grundzüge der Konzeption der Bundesregierung bei ihrer Zusammenarbeit mit Entwicklungsländern in dem Bereich: Familienplanung und Bevölkerungspolitik*

1. Es ist heute allgemein anerkannt, daß die schlechte soziale und wirtschaftliche Lage in den Entwicklungsländern eine der Hauptursachen für ihr zu hohes und rasches Bevölkerungswachstum ist; ebenso wie umgekehrt zu rasches und hohes Bevölkerungswachstum mitverantwortlich für ihre noch ungünstige sozio-ökonomische Situation ist (Interdependenzwirkung). Daher tragen die von der Bundesregierung geförderten Maßnahmen, die der Sicherung der Grundbedürfnisse in den Entwicklungsländern dienen, gleichzeitig auch zur Verminderung des Bevölkerungswachstums bei. Hierhin gehören alle Maßnahmen zur Erhöhung des Lebensstandards der allgemeinen Bevölkerung, insbesondere aber auch zur Verbesserung der Situation der Frauen, etwa durch Förderung eigenen Einkommens, ihrer Bildung, Gesundheit und Ernährung. – Wirtschaftliche und soziale Entwicklung kann aber nur langfristig das Bevölkerungswachstum in Entwicklungsländern reduzieren. Kurz- und mittelfristig jedoch werden wirtschaftliche Wachstumsraten häufig durch Bevölkerungswachstum übertraffen. Hinzu kommt, daß wachsender Wohlstand häufig zunächst noch zu einem Anstieg der Geburtenrate führt und erst bei zusätzlichen Einflußfaktoren (wie z. B. soziale Sicherung, soziale Mobilität, Zugang zu Familienplanung) die Fruchtbarkeit sinkt. Daher fördert die Bundesregierung zusätzlich Familienplanungsprogramme in Entwicklungsländern, um die Unkenntnis über die biologischen Voraussetzungen von Zeugung und Empfängnis und über moderne Methoden der Familienplanung sowie den Mangel an Einrichtungen und Leistungen

der Familienplanung als weitere Ursachen des zu hohen und zu raschen Bevölkerungswachstums zu beheben. Diese Doppelstrategie der Bundesregierung hat sich seit der Weltbevölkerungskonferenz in Mexiko 1984 allgemein durchgesetzt.

2. Die Maßnahmen der Familienplanung erfolgen im Rahmen der bilateralen staatlichen technischen Zusammenarbeit und finanziellen Zusammenarbeit. Für sie gelten folgende Grundsätze:
 - Freiwilligkeit und Wahrung der Menschenwürde; das bedeutet: Ausschluß von Abtreibungen, Zwangssterilisierungen und direkte Prämien für Familienplanung;
 - Respektierung der kulturellen und religiösen Traditionen der Zielgruppen;
 - Integration der Familienplanungsmaßnahmen in Maßnahmen der Familiengesundheit (z. B. Mutter-Kind-Fürsorge) dergestalt, daß medizinische Beratung und Betreuung bei Anwendung von Verhütungsmitteln gewährleistet ist;
 - Aufklärung über alle verfügbaren Methoden und Mittel sowie ihre Risiken, etwaige Gegenindikationen und Nebenwirkungen;
 - Angebot aller Methoden und Mittel (Contraceptive Mix).

Außerdem führen die Kirchen ähnliche Vorhaben in eigener Verantwortung durch.

Inhaltlich setzen die Maßnahmen der bilateralen Familienplanung schwerpunktmäßig in folgenden Bereichen an:

- Aufklärung der Bevölkerung zur Erhöhung der Akzeptanz von Methoden und Mitteln der Familienplanung;
- Vermittlung von Kenntnissen über moderne und natürliche Methoden und Mittel der Familienplanung sowie gesundheitliche Beratung und Betreuung im Falle von Nebenwirkungen bei Anwendung von Verhütungsmitteln;
- Förderung von Organisationen der Familienplanung z. B. durch Ausbildungsmaßnahmen für Management- und Beratungspersonal, Baumaßnahmen, Erarbeitung und Verbreitung von audiovisuellen Medien, Verbesserung der Gesundheitsinformation der Zielgruppen;
- Lieferung von Verhütungsmitteln (orale und injizierbare hormonale Kontrazeptiva, Kondome, intra-uterine Kontrazeptiva „Spirale“ und andere Barrieremethoden).

Regionale Schwerpunkte der bilateralen Förderung im Familienplanungsbereich sind Asien und Afrika.

3. Zum anderen werden Maßnahmen der Familienplanung auch multilateral gefördert. Gezahlt werden hier jährliche Beiträge an:
 - den Bevölkerungsfonds der VN (UNFPA);
 - die „Internationale Vereinigung für geplante Elternschaft“ (IPPF), eine Dachorganisation privater Familienplanungsvereinigungen in der Welt;
 - das Sonderprogramm der WHO für „Forschung, Entwicklung und Forschungsausbildung über menschliche Fortpflanzung“ (HRP).

Die deutschen Beiträge an UNFPA, IPPF und HRP sind allgemeine Programmbeiträge.

UNFPA setzt zwei Drittel seiner Ausgaben für spezielle Familienplanungsmaßnahmen (z. B. Aufklärung, Ausbildung, Lieferung von Verhütungsmitteln, Sterilisation) und ein Drittel für Maßnahmen der Bevölkerungspolitik (z. B. Volkszählungen, Datensammlungen, Erarbeitung nationaler Bevölkerungsprogramme) ein.

IPPF finanziert spezielle Familienplanungsmaßnahmen von Mitgliedsorganisationen in den einzelnen Entwicklungsländern. Das HRP der WHO dient der Erforschung und Erprobung neuer Verhütungsmethoden und Mittel für die Familienplanung. Es fördert auch den Ausbau von Forschungs- und Ausbildungskapazitäten in den Entwicklungsländern. Es ist Teil eines Gesamtprogramms der WHO, das das grundsätzliche Ziel verfolgt, die Gesundheit von Mutter und Kind zu verbessern. WHO-HRP ist grundsätzlich nicht als Maßnahme gegen das Bevölkerungswachstum konzipiert.

III. Die einzelnen Fragen der Großen Anfrage werden von der Bundesregierung wie folgt beantwortet:

1. a) Warum hält die Bundesregierung es zur Zeit nicht mehr für notwendig, in bezug auf bilaterale bevölkerungspolitische Programme Zurückhaltung zu üben, wie es in den siebziger Jahren auf Grund der besonderen Situation der Bundesrepublik Deutschland im Hinblick auf die Bevölkerungspolitik während des Nationalsozialismus der Fall war?

Mit der Förderung bilateraler bevölkerungspolitischer Programme der Entwicklungsländer reagiert die Bundesregierung auf ein zunehmendes Problembewußtsein der Regierungen dieser Länder in diesem Bereich und ihr Bestreben, die negativen Auswirkungen eines hohen Bevölkerungswachstums für ihre wirtschaftliche und soziale Entwicklung zu verringern. Die Bundesregierung teilt diese Einschätzung der Bedeutung bevölkerungspolitischer Maßnahmen aus der Sicht der Entwicklungsländer und hat deshalb keine Veranlassung, in diesem Bereich Zurückhaltung zu üben, zumal sie ihre diesbezügliche Politik in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Vereinten Nationen verwirklicht, die auch Grundlage entsprechender Anträge der souveränen Regierungen der Entwicklungsländer sind.

- b) Inwieweit berücksichtigt die Bundesregierung im Rahmen der von ihr finanzierten bevölkerungspolitischen Programme die kulturellen und religiösen Lebenszusammenhänge von Frauen in den jeweiligen Ländern?

Nach den Grundlinien der Entwicklungspolitik der Bundesregierung von 1986 müssen die bevölkerungspolitischen Maßnahmen die Traditionen sowie die Menschenwürde – selbstverständlich auch der Frauen – in den jeweiligen Ländern respektieren. Die

Bundesregierung lehnt Zwangsmaßnahmen jeder Art ab. In den von der Bundesregierung geförderten bevölkerungspolitischen Vorhaben werden überwiegend einheimische Familienplanungsberater/innen eingesetzt, die aus dem Kulturkreis stammen, mit dem sie besonders vertraut sind. Die Inhalte entsprechender Motivationskampagnen werden von den nationalen Familienplanungsbehörden der Entwicklungsländer in eigener Verantwortung bestimmt. Dabei werden die Lebensumstände der Frauen berücksichtigt. Den besonderen Lebenszusammenhängen der Frauen wird auch dadurch Rechnung getragen, daß die von der Bundesregierung geförderten Projekte alle verfügbaren Mittel und Methoden der Familienplanung anbieten, von denen die Frauen diejenigen auswählen können, die ihnen aufgrund ihrer sozialen, kulturellen und religiösen Situation am meisten zusagen.

Die von der Bundesregierung geförderten Projekte der Familienplanung sprechen nach Möglichkeit Männer und Frauen gleichzeitig an, weil Familienplanung ihrer gemeinsamen Verantwortung unterliegen sollte. Wo dies nicht möglich ist, können allerdings auch Frauen, wenn sie dies wünschen, alleinige Adressatinnen von Familienplanung sein.

2. Wieviel von den finanziellen Mitteln, die die Bundesregierung zur Finanzierung der Entwicklungsprogramme der Weltbank beiträgt, wird für Familienplanung und Bevölkerungsprogramme verwendet?
 - a) Wie hoch ist davon der Anteil, der für explizite Bevölkerungsprogramme verwendet wird?
 - b) Welchen Anteil haben Aufwendungen für Familienplanung innerhalb der Gesundheitsprojekte der Weltbank?

Die Weltbank finanziert ihre Entwicklungsprogramme teils aus den Kapitaleinzahlungen ihrer Mitgliedsländer, teils aus Darlehen, die sie auf den Kapitalmärkten aufnimmt. Die Bundesrepublik Deutschland wird nach der gegenwärtig durchgeführten Kapitalerhöhung der Weltbank einen Anteil von ca. fünf Prozent am Weltbankkapital halten. Für welche Entwicklungsprogramme die deutschen Kapitaleinzahlungen eingesetzt werden, läßt sich im einzelnen nicht verfolgen.

3. Im Bericht über die Bevölkerungsentwicklung der Bundesrepublik Deutschland von 1984 heißt es: „Weltweit gesehen stellen die Auswirkungen dieses Bevölkerungswachstums ein schwerwiegendes, wenn nicht das größte Problem überhaupt dar.“
 - a) Nach welchen Kriterien bewertet die Bundesregierung die Geburtenraten eines Landes, die Bundesrepublik Deutschland eingeschlossen, als zu hoch, bzw. zu niedrig?

Die Beurteilung der Geburtenrate eines Landes ist in erster Linie abhängig von den bevölkerungspolitischen Zielvorstellungen des Landes selbst. Seit der VN-Weltbevölkerungskonferenz 1974 in Bukarest setzt sich zunehmend – vor allem auch in den Ländern der Dritten Welt – die Ansicht durch, daß die Beurteilung der Geburtenrate als zu hoch oder zu niedrig nach dem Kriterium erfolgen sollte, ob sie das Bestandserhaltungsniveau erreicht bzw. es nicht erreicht oder übersteigt.

- b) Welche demographischen Folgeprobleme sieht die Bundesregierung, wenn die Geburtenraten in den Entwicklungsländern sinken?

Angesichts der derzeitigen und noch auf absehbare Zeit zu erwartenden hohen Geburtenraten in vielen Entwicklungsländern würde ihr Sinken zu einer ausgeglicheneren demographischen Struktur führen.

UN-Schätzungen zufolge würde eine Überalterung der Bevölkerung in Entwicklungsländern erstmalig gegen 2020 zu erwarten sein, und zwar vor allem in Lateinamerika.

Die deutschen Maßnahmen im Bereich Bevölkerungspolitik in Entwicklungsländern werden sich zu gegebener Zeit auf diese Entwicklung einstellen.

4. In welcher Weise sollte Bevölkerungspolitik nach Auffassung der Bundesregierung die Beeinflussung qualitativer Aspekte wie Verhaltensweisen, Wertnormen (auch in bezug auf die gewünschte Kinderzahl), Gesundheit und Bildung einschließen?

Die Bevölkerungspolitik hat nach Auffassung der Bundesregierung die jeweiligen Verhaltensweisen und Wertnormen zu berücksichtigen. Dabei setzt sie u. a. auch mit Maßnahmen in den Bereichen Gesundheit und Bildung an, um den Paaren Vor- und Nachteile der Familienplanung bewußt zu machen und ihnen die Selbstbestimmung zu überlassen. Dies ist jedoch keine Beeinflussung der Bevölkerung, sondern nur Aufklärung über ihre „real needs“.

5. Wie erklärt die Bundesregierung den ursächlichen Zusammenhang zwischen Bevölkerungswachstum und Umweltzerstörung, im besonderen die ursächliche Beziehung zwischen
- Bevölkerungswachstum und Hungersnöten,
 - Bevölkerungswachstum und Versteppung,
 - Bevölkerungswachstum und klimatischen Veränderungen?

a) Weltweit werden zur Zeit noch genügend Nahrungsmittel erzeugt, um die Ernährung aller Menschen potentiell sicherstellen zu können. Wenngleich auch heute wesentlich mehr Menschen ernährt werden als Anfang der siebziger Jahre und trotz großer Erfolge der Steigerung der Agrarproduktion und der Kaufkraft, insbesondere auch in Entwicklungsländern, sind nach Schätzungen der Weltbank nach wie vor 340 bis 730 Millionen Menschen ernstlich unter- bzw. fehlernährt. Die Tendenz steigt mit wachsender Weltbevölkerung. Die Mehrzahl der Unter- und Mangelernährten besitzt weder den Boden zur Eigenproduktion von Nahrung noch wegen fehlender Beschäftigung die Kaufkraft, um sich Nahrung zu beschaffen. Fehlt es aber an Kaufkraft, besteht auch kein Anreiz zur Produktionssteigerung über den Eigenbedarf der Produzenten hinaus.

Für die gegenwärtige Situation gilt deshalb allgemein, daß die absolute Armut bzw. das Fehlen von Kaufkraft die Hauptursache des Hungers in der Welt ist.

Doch die Ernährungssituation kann nicht allein weltweit betrachtet werden. Es gibt Unterschiede in der Ernährungssicherung innerhalb eines Landes wie z. B. in Indien, das als Ganzes gesehen genügend Nahrungsmittel für die Bevölkerung erzeugt.

Es gibt aber auch Länder, die sich nicht mehr selbst ernähren können, weil die natürlichen Ressourcen (Boden, Wasser) dazu nicht mehr ausreichen (wie z. B. Ruanda, Burundi, Jemen, Mauretanien, Kap Verde). Die FAO prognostiziert in der Veröffentlichung „Land, Food and People“, daß sich bei anhaltend wachsender Bevölkerung zum Jahr 2000 64 Länder aus eigener Produktion nicht mehr selbst ernähren können, wenn das Produktionsniveau so niedrig bleibt wie bisher. Selbst der Einsatz modernster Agrartechnologie aber wird nach der FAO-Studie nicht verhindern können, daß zum Jahr 2000 19 Länder hinsichtlich ihrer Ernährungslage kritisch werden. Das Wachstum der Bevölkerung wird sich auf die Entwicklungsländer konzentrieren, also auf die Regionen, die bereits heute große Probleme haben, ihre Einwohner mit Nahrungsmitteln zu versorgen.

In vielen dieser kritischen Länder wird in zunehmendem Maße Raubbau an den natürlichen Ressourcen betrieben. Die lokalen Produktionsmethoden, die vor einem Jahrzehnt noch ökologisch verträglich waren, wie die Brandrodung, tragen heute durch die wachsende Bevölkerung und die dadurch knapper werdenden Landressourcen zu einem verheerenden Ausmaß an Bodenverarmung und Erosion bei. Nahrungsmangel treibt zur Übernutzung von Grenzböden oder zur Nutzung selbst völlig ungeeigneter Gebiete, wie z. B. der Regenwaldgebiete, und von Standorten in der Sahelzone. Dadurch gehen nicht nur erhebliche Wirtschaftsflächen verloren, sondern auch die angrenzenden etablierten Anbaugelände werden derart gefährdet, daß in absehbarer Zeit ihre Nutzung nicht mehr möglich sein wird.

Die Überbevölkerung muß in Ländern, die auf die natürlichen Ressourcen Boden und Wasser angewiesen sind, langfristig zu einem zwangsläufigen Raubbau an diesen Ressourcen führen, weil die Tragfähigkeit der landwirtschaftlichen Nutzflächen überschritten wird. Um deshalb langfristig eine irreversible Schädigung der natürlichen, in den Entwicklungsländern oft sehr sensiblen Ressourcen zu verhindern, bedarf es in den Entwicklungsländern des politischen Willens, eine durchgreifende Politik zur Verringerung des Bevölkerungswachstums durchzuführen. Diese muß sich in die allgemeine Wirtschafts- und Sozialpolitik ebenso einpassen, wie eine auf Eigenversorgung mit Grundnahrungsmitteln ausgerichtete Agrarpolitik. Die internationale Gebergemeinschaft hat hierzu erhebliche Anstrengungen unternommen (Weltbank: Joint Program of Action for Sub-Saharan Africa; IFAD: Special Program for Sub-Saharan African; FAO: Tropenwald-Aktionsplan; UN: Sondergeneralversammlung für Afrika). Diese Bemühungen werden ergänzt durch konzertierte Aktionen der bilateralen Geber, und – verbunden mit den unerläßlichen Eigenanstrengungen

der Entwicklungsländer – können sie einen Weg aus einer Situation weisen, die für alle Menschen bedrohlich ist.

- b) Versteppungsprozesse in ariden und semi-ariden Gebieten lassen sich aus einem komplexen Wirkungsgefüge erklären, in dem Bevölkerungswachstum sowie ökonomische und soziokulturelle Faktoren eine tragende Bedeutung haben. Ein genaueres Bild der Vernetzungen in diesem Wirkungsgefüge kann erst bei einer regionenspezifischen Betrachtung gewonnen werden.

Wie bereits in den Entwürfen für den Bericht der Enquete-Kommission „Vorsorge zum Schutz der Erdatmosphäre“ hinreichend dokumentiert, hat der Druck auf die natürlichen Ressourcenpotentiale in den o. g. Gebieten insgesamt zugenommen. Der Nahrungs- und Energiebedarf einer wachsenden Bevölkerung führt zu zunehmenden ökologischen Schäden

- durch eine dauerhafte Verringerung der Vegetationsdecke auf Grund von Überweidung;
- durch landwirtschaftliche Nutzung ökologisch empfindlicher Grenzböden (zum Beispiel an erosionsgefährdeten Hängen);
- durch eine Verringerung der für den Brandrodungsfeldbau notwendigen Brachezeiten;
- durch vermehrten Brennholzeinschlag.

Diese verschiedenen Faktoren haben in ihrer vernetzten Wirkung einen zunehmenden Verlust der Vegetationsdecke zur Folge, was wiederum Boden- und Wassererosion und damit weitere Vegetationschädigung (u. a. durch Rückgang der Bodenfruchtbarkeit) begünstigt. Rückgang der Vegetationsdecke geht mit verringerter Wasserrückhaltefähigkeit des Bodens einher. So entstehen schließlich Ödlandflächen, die nicht mehr für land- und forstwirtschaftliche Kulturen geeignet sind und deren Rekultivierung schwierig und äußerst kostspielig ist.

In diesem Wirkungsgefüge sind die lokalen Nutzergruppen Täter und Opfer zugleich. Bei rückläufiger Ertragsfähigkeit der Böden muß noch extensiver und damit ressourcenzerstörender gewirtschaftet werden. Unter derartigen Bedingungen erschwert eine große Familie die Überlebenssicherung. Das Bevölkerungswachstum trägt deshalb zur Umweltzerstörung bei.

- c) Ein Zusammenhang zwischen Bevölkerungsentwicklung und klimatischen Veränderungen besteht vor allem für die Tropenwaldgebiete. Wegen der beachtlichen Absorptionsfähigkeit der Feuchtwaldregionen für atmosphärisches Kohlendioxyd stellen die großen Waldgebiete der Innertropen bedeutsame „Co₂-Senken“ dar, denen von wissenschaftlicher Seite im Zusammenhang mit dem globalen „Treibhauseffekt“ erhebliche Bedeutung beigemessen wird. Wie in der Antwort zu Frage 5b erläutert, muß dem Bevölkerungswachstum im Rahmen eines komplexen Wirkungsgefüges zusammen mit anderen Faktoren eine wesentliche Bedeutung für die zunehmende Tropenwaldzerstörung zugeschrieben werden.

Vor allem für die Länder des tropischen Afrika hat der expandierende Wanderfeldbau eine herausragende Bedeutung für die Tropenwaldzerstörung. Er steht in direkter Beziehung mit dem Bevölkerungswachstum, das wiederum in Zusammenhang mit dem Einkommen steht. Armut und mangelnde Einkommensalternativen sind inzwischen für ca. 300 Millionen Menschen auf der Welt unmittelbarer Grund, die Befriedigung der Grundbedürfnisse durch subsistenz-orientierten Wanderfeldbau auf brandgerodeten Standorten zu decken. Nach den Analysen der o. g. Enquete-Kommission hat der Wanderfeldbau einen Anteil von ca. 40 Prozent an der weltweiten Primärwaldzerstörung.

Die Bevölkerungszunahme in vielen Entwicklungsländern verursacht eine steigende Nachfrage nach Holz als Brennstoff, die den Druck auf die tropischen Waldgebiete verstärkt. Die Brennholzvorräte der Entwicklungsländer, besonders der afrikanischen und südasiatischen Staaten, schrumpfen ständig. Mit der zunehmenden Verknappung wird Brennholz eine vermarktbarere Ressource, vor allem in den städtischen Gebieten, was die ökologisch unverträgliche Entwaldung weiter befördert.

6. Kann die Bundesregierung die Kausalität dieser Zusammenhänge an einigen Beispielländern, in denen sie bevölkerungspolitische Programme unterstützt, belegen?

Die in der Beantwortung der Fragen 5 b und c skizzierten Zusammenhänge sollen hier an den Beispielen von Kenia und Ruanda illustriert werden.

Kenia ist mit über vier Prozent das Land mit dem höchsten Bevölkerungszuwachs in Afrika, wobei die Bevölkerungsdichte deutliche regionale Disparitäten aufweist. Von den 569 000 km² Gesamtfläche können nur ca. 15 Prozent landwirtschaftlich genutzt werden. Unter diesen Bedingungen sehen sich die bäuerlichen Familien in den dicht besiedelten feuchteren Gebieten des Landes (z. B. im Siedlungsgebiet der Kikuyu) mehr und mehr mit Erosionsprozessen konfrontiert. Abnehmende Bodenfruchtbarkeit und rückläufige Erträge sind die für erosionsgeschädigte Flächen unausweichliche Konsequenz (s. Beantwortung der Frage 5 b). Die durch akute Landknappheit bedingte Ausdehnung der landwirtschaftlichen Nutzung auf steilere Hanglagen hat diesen Ressourcendegradierungsprozeß beschleunigt. Immer mehr Familien entscheiden sich daher für Binnenemigration, um Flächen in den angrenzenden, weniger dicht besiedelten, semi-ariden Gebieten zu nutzen. Der Einsatz standortunangepaßter Landnutzungsformen fördert in Verbindung mit zunehmender Abholzung (Landnahme und Deckung des Brennholzbedarfs) inzwischen auch in diesen Gebieten Erosionsprozesse mit den damit verbundenen ressourcenzerstörenden Konsequenzen.

Ruanda ist bezogen auf die Gesamtfläche das Land mit der höchsten Bevölkerungsdichte Afrikas: 220 Einwohner pro km². Wegen der akuten Landknappheit beträgt die durchschnittlich von einer

bäuerlichen Familie bewirtschaftete Fläche nur 0,5 ha. Außerlandwirtschaftliche Beschäftigungsmöglichkeiten sind nicht in ausreichendem Maße gegeben. Die dadurch zunehmende Nutzung steilerer Hanglagen führt ebenso wie in Kenia zu massiven Erosionsprozessen mit den geschilderten Konsequenzen. Landwirtschaftliche Nutzung und Deckung des Brennholzbedarfs haben dazu geführt, daß die tropischen Bergwaldgebiete innerhalb des Landes stark reduziert wurden.

7. Wie begründet die Bundesregierung die besondere Verantwortung der Frauen für den Umweltschutz?

Frauen und Männer sind in gleicher Weise für den Umweltschutz verantwortlich.

Frauen in Entwicklungsländern haben allerdings aufgrund ihrer traditionellen Zuständigkeiten eine Schlüsselrolle beim Management der natürlichen Ressourcen. Dies betrifft vor allem die Bereiche Wasser- und Energieversorgung. Aber auch in Land-, Vieh- und Forstwirtschaft sind Frauen für einen großen Teil der Tätigkeiten verantwortlich. Sie sind daher aufgrund ihrer traditionellen Zuständigkeit, wie z. B. bei der Brennholzbeschaffung, einerseits Betroffene, andererseits tragen sie aber auch zu den ökologischen Problemen mit bei.

8. Wie beurteilt die Bundesregierung die Tatsache, daß die Aktivitäten der IPPF in Ländern, die keine nationale Bevölkerungspolitik formulieren, die Etablierung einer solchen zum Ziel haben?

Die Aktivitäten der IPPF richten sich nicht auf eine direkte Beeinflussung nationaler Bevölkerungspolitiken. IPPF ist eine internationale Nicht-Regierungsorganisation, die von nationalen Nicht-Regierungsorganisationen getragen wird. Sie bietet Informationen, Erziehungs- und Familienplanungsdienste über ihre nationalen Mitgliedsorganisationen an. Dazu gehören auch Informationen an Meinungsführer und politische Entscheidungsträger wie etwa Abgeordnete; dies geschieht aber nur über die nationalen Mitgliedsgesellschaften, die über die jeweiligen Politiken autonom entscheiden.

9. Hält die Bundesregierung die Erhebung und Verwaltung von Daten zur Bevölkerungsstatistik einzelner Staaten durch internationale Organisationen für gerechtfertigt und warum?
- a) Wie sieht sie die Souveränität dieser Staaten in Fragen der Bevölkerungspolitik unter diesen Umständen gewährleistet?
 - b) Hat sie Kenntnis von der Manipulation dieser Daten, bzw. dem Einsatz solcher Daten, um den Forderungen internationaler Organisationen nach bevölkerungspolitischen Aktivitäten in diesen Ländern Nachdruck zu verleihen?

Internationale Organisationen erheben Daten zur Bevölkerungsstatistik nur mit Einwilligung und Beteiligung der jeweiligen Länder. Auch geben einzelne Regierungen Daten an internatio-

nale Organisationen weiter und erlauben ihnen die Verwendung der Daten. Eine beabsichtigte Manipulation ist dabei bisher nicht bekanntgeworden.

10. Hält die Bundesregierung den Druck, der durch die Weltbank im Bereich Bevölkerungspolitik auf lateinamerikanische und afrikanische Länder (z. B. Brasilien) ausgeübt wird, für vereinbar mit der im WPPA festgelegten Souveränität der einzelnen Staaten in Fragen der Bevölkerungspolitik?

Die Weltbank kann keinem Land eine bestimmte Bevölkerungspolitik vorschreiben. Sie stellt Hilfe in Form von Krediten und Analysen zur Verfügung. Es steht den Ländern frei, diese in Anspruch zu nehmen. Allerdings mißt die Bank der Analyse der wirtschaftlichen und bevölkerungspolitischen Lage eines Landes große Bedeutung bei. Wo sie der Auffassung ist, daß das Bevölkerungswachstum die wirtschaftliche und soziale Entwicklung behindert oder einengt, spricht sie dieses Problem im Dialog mit der betreffenden Regierung an. Sie würde ihren Auftrag als Entwicklungsinstitution mangelhaft erfüllen, täte sie dies nicht. – Es wird von der Bank kein Druck dahin gehend ausgeübt, daß eine bestimmte Bevölkerungspolitik einzuführen ist. Sie unterstützt Maßnahmen von Familienplanung im Rahmen von Gesundheitsdiensten auch aus den offensichtlichen gesundheitlichen Gründen. In dieser Haltung gibt es mit der Regierung Brasiliens keinerlei Dissens.

11. Ist der Bundesregierung bekannt, daß die Weltbank Strukturanpassungsmaßnahmen von der Zustimmung zu Bevölkerungspolitik abhängig macht?
 - a) Wenn ja, in welchen Ländern führt die Weltbank Strukturanpassungsmaßnahmen mit bevölkerungspolitischen Aspekten durch?
 - b) Wo ist in solchen Fällen die Bundesregierung in welcher Höhe beteiligt?
 - c) Welche Möglichkeit hat die Bundesregierung, Einfluß auf solche Konditionierungen zu nehmen und in welcher Weise nimmt sie solche Möglichkeiten wahr?

Die Weltbank macht Strukturanpassungsmaßnahmen nicht abhängig von der Zustimmung zur Bevölkerungspolitik.

12. Welche Kenntnis hat die Bundesregierung von den Methoden, mit denen die Berater der Weltbank oder des IWF den Regierungen zu der Institutionalisierung solcher Programme rät?

Die Weltbank berät Mitgliedsregierungen hinsichtlich der Institutionalisierung von Bevölkerungsprogrammen im Wege des Politikdialogs auf den verschiedenen Ebenen ihrer Zusammenarbeit mit Entwicklungsländern sowie bei Workshops und Seminaren.

Der IWF ist im Gegensatz zur bzw. in arbeitsteiliger Ergänzung der Weltbank keine Entwicklungsinstitution, sondern die zentrale Organisation zur Überwachung des Weltwährungssystems.

Bevölkerungspolitische Programme thematisieren IWF-Mitarbeiter daher nicht bzw. unter Umständen nur am Rande bei ihrer Mitwirkung zur Ausarbeitung der sog. Politischen Rahmenpapiere (Policy Framework Papers), die im Zuge der Formulierung von Strukturanpassungsprogrammen in Zusammenarbeit mit den nationalen Behörden eines Landes erstellt werden.

13. a) Führt die Bundesregierung in den Ländern, in denen sie sich an Strukturanpassungsmaßnahmen beteiligt, in diesem Rahmen auch Familienplanungsprogramme durch oder berät die Regierung in Bevölkerungsfragen?
- b) Wenn ja, in welchen Ländern?

a) Im Rahmen von Strukturhilfemaßnahmen, mit denen sie wirtschaftspolitische Reformprogramme von Entwicklungsländern zur Verbesserung gesamtwirtschaftlicher oder sektoraler Rahmenbedingungen unterstützt, führt die Bundesregierung weder Familienplanungsprogramme durch, noch berät sie die Regierungen dieser Länder in Bevölkerungsfragen.

b) entfällt

14. Auf welche Weise setzt die Bundesregierung sich konkret dafür ein, daß in den von ihr mitfinanzierten Bevölkerungsprogrammen der Grundsatz der Freiwilligkeit gewahrt bleibt?

Für die Durchführung von Familienplanungsmaßnahmen bestehen international (WHO, IPPF, UNFPA) anerkannte Prinzipien, wie das der Freiwilligkeit und das der freien Auswahl von Kontrazeptiva. Diese Grundsätze werden auch von der Bundesregierung vertreten.

Bei den von der Bundesregierung finanzierten Vorhaben der bilateralen TZ werden diese Prinzipien bereits in der Projektplanungsphase mit dem Partner abgestimmt und festgelegt. Sie dienen als Basis für die Projektdurchführung. Der Ansprechpartner am Ort hat den Auftrag, bei der Durchführung der Maßnahmen die Einhaltung der Grundsätze zu beachten.

15. Hält die Bundesregierung Anreize in Form von direkten Leistungen für Frauen, die sich nach dem dritten oder vierten Kind freiwillig sterilisieren lassen, für berechtigt?

Die Bundesregierung überläßt es grundsätzlich den Regierungen der Entwicklungsländer – unter Achtung ihrer Souveränität –, wie sie ihre Bevölkerungspolitik gestalten. Sie lehnt eine belehrende Bewertung der Politik souveräner Staaten ab.

Die Haltung der Bundesregierung in ihren eigenen Projekten zu dieser Frage ergibt sich aus der Antwort zu Frage 16 a.

16. a) Kann die Bundesregierung sicherstellen, daß innerhalb der von ihr unterstützten bilateralen und multilateralen Familienplanungsprojekte keine finanziellen und materiellen Anreize an Mitarbeiter oder Akzeptoren/innen von Verhütungsmitteln gegeben werden?

Nach Auffassung der Bundesregierung verstößt es grundsätzlich nicht gegen das Prinzip der Freiwilligkeit, wenn in deutschen Projekten materielle Anreize an Akzeptoren/Akzeptorinnen von Verhütungsmitteln oder Mitarbeiter entsprechender Dienste gewährt werden. Familienplanung richtet sich allerdings hauptsächlich an die Bevölkerungsschichten, die wegen ihrer Armut besonders empfänglich für materielle Anreize sind. Daher müssen die Kriterien für die Gewährung materieller Anreize sehr eng gefaßt werden. So wären z. B. Fahrgelderstattungen und Ausgleich für verlorene Arbeitszeit zulässig, damit ärmere Bevölkerungsschichten die gleichen Zugangschancen zur Familienplanung haben wie die Bessergestellten. Unzulässig hingegen wäre es, die Anwendung von Familienplanung unmittelbar an die Gewährung von materiellen Anreizen zu knüpfen. Prinzipiell können materielle Anreize nicht Gesundheitsaufklärung und -beratung ersetzen und dürfen niemals die Einzelperson in der Entscheidung beeinflussen, ob sie Familienplanung anwendet oder nicht.

In den deutschen Projekten der bilateralen TZ und FZ werden allerdings z. Z. keine finanziellen oder materiellen Anreize an Mitarbeiter/innen gegeben oder an Paare, die Verhütungsmittel anwenden.

Im multilateralen Bereich stellt die Bundesregierung durch ihre mit anderen westlichen Gebern abgestimmten Vorgaben im Verwaltungsrat und durch ihre Teilnahme an Evaluierungen sicher, daß bei den von UNFPA und IPPF geförderten Familienplanungsmaßnahmen der Grundsatz der Freiwilligkeit gewahrt bleibt, zumal er in deren Statuten verankert ist.

- b) Wenn nicht, wie kann die Bundesregierung garantieren, daß trotz der, wie auch immer gegebenen Einbindung der Familienplanung in ein System von Anreizen und Sanktionen, der Grundsatz der Freiwilligkeit bewahrt bleibt, wobei Freiwilligkeit der von sozialer Not und anderen materiellen Erwägungen freie Wunsch zur Benutzung eines angebotenen Verhütungsmittels bedeutet?

Auf die Antwort zu Frage 16a wird hingewiesen.

17. a) Kann die Bundesregierung gewährleisten, daß die von ihr im Bereich Familienplanung unterstützten Organisationen oder Staaten keine materiellen Anreize oder andere Methoden des Zwanges benutzen, um die Akzeptanz von Familienplanung zu steigern?

Es wird auf die Antworten zu den Fragen 14 und 16a verwiesen.

- b) Wenn nicht, wie kann die Bundesregierung die Unterstützung solcher Organisationen und Staaten mit der von ihr deklarierten Freiwilligkeit vereinbaren?

Eine Beantwortung dieser Frage erübrigt sich (vgl. Antwort zu Frage 16a).

Die indische Regierung betreibt seit 1952 offiziell Bevölkerungspolitik. Der Fünfjahresplan von 1986 bis 1990 sieht zur Erreichung der Zwei-Kind-Norm für diesen Zeitraum 31 Millionen Sterilisationen und 21,3 Millionen Einsetzungen von Spiralen vor. Sowohl die Akzeptoren/innen dieser Verhütungsmethoden als auch die an dem Eingriff beteiligten Familienplanungsmitarbeiter/innen bekommen landesweit eine monetäre Kompensation dafür. Die IPPF führt im Rahmen dieser Regierungsprogramme in Kalkutta Sterilisationen durch, bei denen die Frauen das Motivationsgeld erhalten. UNFPA und die Weltbank sind im Rahmen von Verträgen mit der indischen Regierung für die Durchführung der Bevölkerungsprogramme in verschiedenen, besonders unterversorgten Distrikten zuständig. Auch hier werden Sterilisationen ausgeführt und Spiralen eingesetzt, für die es die Motivationsgelder der Regierung gibt.

18. Ist die Bundesregierung der Ansicht, daß die von IPPF, UNFPA und Weltbank in Indien unter solchen Umständen durchgeführten Sterilisationen und die Verbreitung von Spiralen dem Gebot der Freiwilligkeit entsprechen?

Im Rahmen des indischen Familienwohlfahrtsprogramms wurden Männern und Frauen, die sich sterilisieren ließen, von der Weltbank ein finanzieller Ausgleich gezahlt. Diese Zahlungen, die ebenso Frauen gewährt wurden, die sich eine Spirale einsetzen ließen, dienten dazu, für entgangene Löhne, Reisekosten und verlorene Zeit zu entschädigen. Ferner wurden an Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Familienplanungsprogramms Zahlungen für bestimmte Aufgaben geleistet, wie es in vielen Gesundheitsprogrammen üblich ist. Diese Zahlungen haben Lohncharakter bzw. entschädigen für besonderen Aufwand.

Die Bundesregierung ist mit der Weltbank der Auffassung, daß die vorgenannten Zahlungen das Prinzip der Freiwilligkeit nicht beeinträchtigen.

UNFPA unterstützt nur Regierungsprogramme und andere von den Regierungen autorisierte Programme, die auf dem Prinzip der freiwilligen Akzeptanz der die Leistungen in Anspruch nehmenden Männer und Frauen beruhen. Selbst führt UNFPA allerdings keine Programme durch, sondern überläßt die Durchführung von ihm und anderen Gebern unterstützter Familienplanungsmaßnahmen den Regierungsstellen in den Entwicklungsländern.

Nach Feststellungen aus der Mitte der 70er Jahre über die Ausübung von Druck bei Sterilisationsprogrammen in Indien mit dem Ziel, höhere Akzeptanzquoten zu erreichen, hat sich die indische Regierung verpflichtet und dies auch nachgewiesen, daß alle ihre Programme einschließlich der Spiralen-Komponente auf freiwilliger Basis durchgeführt werden.

IPPF führt selber keine Programme in Indien durch, sondern betraut damit eine ihr assoziierte Organisation, die Family Planning Association of India (FPA). Diese Vereinigung ist rein indisch und steht unter der Leitung örtlicher Freiwilliger. Wie alle Tochterorganisationen von IPPF ist auch die FPA in Indien autonom und bestimmt selber ihre Prioritäten und Programme in Übereinstimmung mit dem Bedarf und dem Gesamtkontext in den Projektprogrammgebieten.

Von der FPA durchgeführte Sterilisationsprogramme beruhen auf der freien Entscheidung von einwilligungsfähigen Frauen und Männern für diese Form der Empfängnisverhütung. Dabei bietet sie der Zielgruppe umfassende Information und Beratung hinsichtlich aller verfügbaren Methoden, so daß die Interessenten die ihren Bedürfnissen und ihrer Lage jeweils am besten angepaßte Methode frei auswählen können. Die FPA in Indien bietet auch Behandlungen an, die durchgeführte Sterilisationen für den Fall, daß im nachhinein doch noch mehr Nachkommenschaft gewünscht wird, rückgängig machen können.

- a) Falls nicht: Hat die Bundesregierung Aktivitäten unternommen, um eine derartige Praxis von IPPF, UNFPA und Weltbank zu unterbinden?

Da die in Frage 18 unterstellte Praxis nach Auskunft der drei internationalen Organisationen nicht ausgeübt oder unterstützt wird, entfällt die Beantwortung.

- b) Falls nein: Warum nicht?

Auf die Antwort zu Frage 18a wird hingewiesen.

19. Worauf stützt die Bundesregierung ihre Behauptung, daß das Familienplanungsprogramm in Bangladesh auf Freiwilligkeit basiert und alle beteiligten Geberorganisationen diesem Grundsatz folgen, wenn das gesamte nationale Programm auf dem Einsatz von Motivationsgeldern, sozialem Druck und der Erreichung bestimmter Sollzahlen basiert?

Im nationalen Familienplanungsprogramm der Volksrepublik Bangladesh wurden in der Vergangenheit Sollzahlen für die Anwendung von Familienplanung festgelegt, die u. a. durch die Anwendung von positiven und negativen Anreizen erreicht wurden.

Die 1985 vom zuständigen Ministerium eingeführten „disincentives“ (negative Anreize) für Mitarbeiter bei Nichterreichen von Sollzahlen wurden noch im gleichen Jahr wieder abgeschafft, da Bedenken bestanden, daß sie möglicherweise zu einer Nötigung potentieller Akzeptoren führen könnten. Nachfolgend wurde der Begriff Sollzahlen durch den Begriff Projektionen ersetzt. Die Gewährung von Anreizen (incentives) wurde seit 1986 kontrovers diskutiert; wegen ihrer Gefahren für die Freiwilligkeit von Entscheidungen angesichts großer materieller Not wurden auch sie 1988 ersatzlos gestrichen. Zu dieser Entwicklung haben multilaterale und bilaterale Geber wesentlich beigetragen.

Heute werden in Bangladesh Kompensationsleistungen für Verdienstaufschlag, Fahrtkosten und auswärtige Mahlzeiten gezahlt; außerdem erhalten Männer und Frauen aus hygienischen Gründen unmittelbar vor der Operation einen Lungi bzw. einen Sari. Diese Zuwendungen werden weder von der Bundesregierung

noch von anderen Gebern als finanzielle Anreize betrachtet, die ihrer Höhe nach geeignet wären, die Freiwilligkeit bei irreversiblen kontrazeptiven Eingriffen negativ zu beeinflussen. Der Erstattungsbetrag für Verdienstaufschlag, Fahrtkosten und auswärtige Mahlzeiten beträgt für jeden Sterilisations-Klienten 9,50 DM. Jeder Frau, die sich eine Intrauterin-Spirale einlegen läßt, werden Fahrtkosten in Höhe von 0,80 DM erstattet.

Das auf Freiwilligkeit basierende FP-Programm Bangladeshs hat für irreversible Familienplanungsmethoden (Tubenligatur und Vasektomie) ein formatiertes Verfahren eingeführt, das eine freie und informierte Entscheidung ohne Zeitdruck sicherstellt.

Die Einhaltung der Vorschriften sowie die Qualitätskontrolle insbesondere bei Sterilisationen wird u. a. durch Family Planning Clinical Surveillance Teams, die paritätisch mit ausländischen und nationalen Beobachtern besetzt sind, fortlaufend überwacht.

20. Welchen Stellenwert mißt die Bundesregierung innerhalb ihrer Entwicklungszusammenarbeit mit Bangladesch der Bevölkerungspolitik bei unter Berücksichtigung der Tatsache, daß die Ressourcen des Landes zu einer Versorgung der Bevölkerung bei gerechter Verteilung ausreichend wären?

Für die Bundesregierung ist Familienplanung vor allem auch eine Maßnahme zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, besonders der Mütter und Kinder. Wie die WHO und ihre Mitgliedstaaten betrachtet sie „Mutter- und Kind-Gesundheit einschl. Familienplanung“ als eine der acht Komponenten der Primären Gesundheitsversorgung.

Schon eine FAO-Studie von 1982 über die Tragfähigkeit der Erde weist, gerechte Verteilung der Ressourcen unterstellt, für Bangladesch Überbevölkerung aus. Nach dieser Studie wäre Bangladesch auch bei gerechter Verteilung der Ressourcen erst bei hohem technologischen Mitteleinsatz in der Lage, seine Bevölkerung zu ernähren. Gegenwärtig ist das Land selbst in katastrophenfremden Jahren auf Nahrungsmittelimporte angewiesen. Die Größe der landwirtschaftlichen Betriebe liegt durchschnittlich unter 1 ha, die Hälfte der landwirtschaftlichen Haushalte bewirtschaftet weniger als 0,2 ha.

Aus den vorstehenden Gründen mißt die Bundesregierung der Familienplanung im Rahmen ihrer Entwicklungszusammenarbeit mit Bangladesch einen hohen Stellenwert bei.

- a) Hält sie finanzielle Anreize in Bangladesch für notwendig und gerechtfertigt?

Die Bundesregierung hält finanzielle Anreize zur Familienplanung in Bangladesch nicht für sinnvoll, da sie wegen der großen finanziellen Not weiter Bevölkerungskreise in Bangladesch die freie Entscheidung beeinflussen könnten. Die Bundesregierung hat zusammen mit anderen Gebern erfolgreich auf die Abschaffung der finanziellen Anreize gedrängt.

- b) Wie sieht sie unter diesen Umständen – vor allem auch bei der dürftigen Ausbildung der Mitarbeiter/innen – die erforderliche Sorgfalt und Beratung bei der Familienplanung gewährleistet?

Die Bundesregierung fördert durch Technische Zusammenarbeit mit dem bangladeschischen Institut für Bevölkerungsforschung und Ausbildung NIPORT die Aus- und Weiterbildung des staatlichen Familiengesundheitspersonals (ca. 50 000 Mitarbeiter/innen). Die Ausbildungszeit beträgt für Family Welfare Assistants (FWA) zwei und für Family Welfare Visitors (FWV) 18 Monate; dies ist im internationalen Vergleich lang. Die Aus- und Fortbildung wird verbessert durch Erhöhung des Praxisbezuges und Verbesserung der Lehr- und Lernmethoden (Curriculumentwicklung).

Die Hauptaufgaben der FWA und FWV liegen in der Beratung der Frauen in Gesundheitsfragen einschließlich Familienplanung, Ernährung und Hygiene. Im Bereich Familienplanung dürfen die FWA Pillen, Kondome und andere Barrieremethoden abgeben; die Erstuntersuchung wird durch FWV vorgenommen. Die FWV sind im Bereich Familienplanung zur Durchführung gynäkologischer Untersuchungen ausgebildet, die zur Vergabe der Kontrazeptiva und zur Betreuung der Anwender/innen notwendig sind.

Im Familienplanungsbereich ist neben der Vermittlung von kontrazeptivem Wissen und Fertigkeiten das theoretische und praktische Training in Kommunikation und Beratung ein besonderer Ausbildungsschwerpunkt.

Parallel zu der Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter/innen auf Dorfebene und in den Basisgesundheitszentren betreibt das Projekt die Weiterbildung der Programmbeamten der nächsthöheren Ebenen, denen die fachliche und Personalbetreuung obliegt.

Maßnahmen anderer Geber, wie die von Großbritannien und Holland finanzierte Management Development Unit von NIPORT, wirken flankierend. Die Qualität der Arbeit auf Dorfebene und in den Basisgesundheitszentren wird durch regelmäßige Supervision fortlaufend überwacht und periodisch evaluiert.

21. Hält die Bundesregierung das Community Incentive Scheme der Weltbank, wie es seit 1980 in Indonesien durchgeführt wird, für eine geeignete Methode, Frauen freiwillige Familienplanung anzubieten?

Das zweite Bevölkerungsprojekt der Bank in Indonesien, welches im Zeitraum 1978 bis 1984 durchgeführt wurde, betraf die Finanzierung eines Pilotprojekts zur wirtschaftlichen Förderung von Dorfgemeinschaften und Einzelpersonen; Adressaten waren Gruppen, die zur Familienplanung bereit waren. Die Mittel wurden dabei der Dorfgemeinschaft zur Verfügung gestellt. Förderungswürdige Gruppen waren Gruppen mit mindestens 35 Paaren, die bereits Familienplanung praktizierten. Die Mittel wurden als Kleinstkredite an Dorfgemeinschaften und Familien für einkommensschaffende Aktivitäten wie etwa für die Produktion von

Marktf Früchten, Viehzucht, für Handwerk und für Dienstleistungen im Transportsektor vergeben. Diese Aktion stellte sich als wirksam heraus; neben der Versorgung von einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen mit Krediten wurde gleichzeitig die Attraktivität des Familienplanungsprogramms gefördert. Eine Evaluierung im Jahre 1984 kam zu dem Ergebnis, daß sich die Zahl der Benutzer von Verhütungsmitteln im Gebiet des Pilotprojektes deutlich erhöht hatte. Die indonesische Regierung erkannte, daß die Maßnahme den Familien und Dorfgemeinschaften beträchtliche Vorteile gebracht hatte und beschloß, das Projekt mit finanzieller Unterstützung durch die Regierung auch auf andere Teile des Landes auszuweiten. Das Projekt läuft gegenwärtig – nach Einführung von Verbesserungen etwa durch Einschaltung von Handelsbanken als Zwischenfinanzierungsträger oder durch Einbeziehung des privaten Sektors zur Schaffung gewinnbringender kleinerer Nebenbetriebe (z. B. Reparatur und Unterhalt von Motorbooten usw.) – als einkommensschaffende Maßnahme des National Family Planning Board und deckt etwa 10 bis 15 Prozent der Dörfer Indonesiens ab. Zusammenfassend kann gesagt werden, daß das Projekt in vollem Gange und in den Dörfern Indonesiens sehr beliebt ist; Evaluierungen zu verschiedenen Zeitpunkten deuten darauf hin, daß das Projekt die wirtschaftliche Lage von Frauen verbessert und gleichzeitig zur Förderung von Familienplanung beiträgt. Es wird gegenwärtig von der Regierung durch die BKKBN (Indonesische Familienplanungsbehörde) in ähnlicher Weise bei Jugendgruppen als Mittel zur Schaffung von Einkommen durchgeführt; außerdem soll es junge Menschen (Frauen und Männer) dahin gehend motivieren, eine Ehe erst nach Erhalt einer bezahlten Beschäftigung zu schließen und nach der Heirat Familienplanung zu praktizieren.

Die Bundesregierung hält das Community Incentive Scheme für eine geeignete Methode, um die wirtschaftliche Lage der Bevölkerung, insbesondere der Frauen, zu verbessern. Da die Zielgruppen dieses Projekts Paare sind, die bereits die Entscheidung zur Anwendung von Familienplanung getroffen haben, sieht die Bundesregierung das Prinzip der Freiwilligkeit gewahrt.

Längerfristig sind Maßnahmen zur Einkommensschaffung gut geeignet, um auch ärmeren Bevölkerungsschichten den Zugang zu Familienplanungsdiensten zu ermöglichen. Die Bundesregierung beurteilt aus den obigen Gründen das Community Incentive Scheme der Weltbank positiv.

22. Mit welchen Methoden trägt die GTZ innerhalb ihrer regionalen Entwicklungsprojekte Ost-Kalimantan und West-Pasaman zur Verbreitung der Familienplanung bei, und welche Verhütungsmittel bietet sie an?

Im Projektteil Gesundheit des Regionalentwicklungsprojektes Ost-Kalimantan unterstützt die Familienplanungskomponente das nationale Familienplanungsprogramm durch die Aus- und Fortbildung von Personal.

Im Regionalentwicklungsprojekt West-Pasaman fördert die Familiengesundheitskomponente in 24 Pilotdörfern Dienstleistungen der Mutter-Kind-Fürsorge einschließlich Familienplanung.

Verhütungsmittel werden durch die GTZ in keinem der beiden Vorhaben bereitgestellt.

Die GTZ war bis 1987 beratend an der Gestaltung des ägyptischen Bevölkerungsprogramms beteiligt. Außerdem führte sie Ausbildungsmaßnahmen für Mitarbeiter/innen durch und trug zur Erhöhung der Akzeptanz von Verhütungsmitteln bei.

23. In welcher Weise hat die GTZ im Rahmen dieser Tätigkeit Stellung genommen zu der Einführung materieller Anreize für Frauen, die Kontrazeptiva akzeptieren, und den Sonderzahlungen an Mitarbeiter/innen für Erfolge in der Familienplanung?

Die Zusammenarbeit der GTZ mit der Familienplanungsabteilung des ägyptischen Gesundheitsministeriums bezog sich vor allem auf die Aus- und Fortbildung von Gesundheitspersonal sowie auf die Verbesserung der Infrastruktur. Das Projekt wurde Anfang 1985 vorläufig beendet und erst im September 1987, nach Unterzeichnung des Projektabkommens, wieder aufgenommen. In der Beratungstätigkeit der GTZ stellte sich die Frage der „Incentives“ nicht; das Gesundheitsministerium zahlte keine materiellen Anreize für Paare, die empfängnisverhütende Methoden oder Mittel anwandten.

24. Stimmt die Bundesregierung mit der Ansicht der PDA überein, daß Familienplanung der erste Entwicklungsschritt sein muß?

Soweit die PDA die Ansicht vertritt, daß Familienplanung der erste Entwicklungsschritt sein muß, stimmt die Bundesregierung nicht überein; sie ist vielmehr der Meinung, daß die verschiedenen sich gegenseitig beeinflussenden Determinanten von Entwicklung gleichzeitig beachtet werden müssen.

- a) Falls nein, warum unterstützt sie eine Organisation, die solche Ansichten vertritt?

Die Bundesregierung betrachtet es als legitim und als der Souveränität des Partnerlandes angemessen, daß ein Projektträger, dessen Hauptziel in der Förderung von Familienplanung und Gesundheitsfürsorge sowie der Durchführung kleinerer Programme auf Gemeindeebene liegt, die Familienplanung als ersten und dringenden Schritt eines Entwicklungsprozesses bezeichnet, der durch Wechselbeziehungen wirtschaftlicher, sozialer, ökologischer und demographischer Faktoren gekennzeichnet ist. Zudem ist ein wichtiger Teil der Technischen Zusammenarbeit immer auch die Programmberatung. Die Bundesregierung kann daher auch Programme unterstützen, deren Konzeptionen nicht vollständig mit denen der Bundesregierung übereinstimmen. Die GTZ wirkt jedoch durch die beratende Tätigkeit ihrer Fachkräfte

darauf hin, daß der Partner international anerkannte Kriterien übernimmt.

- b) Wie kontrolliert sie, daß im Rahmen der Tätigkeit einer solchen von ihr direkt und indirekt über die internationalen Geber unterstützten Organisation, die Maßstäbe und Kriterien der Bundesregierung für Familienplanung eingehalten werden?

In den von der Bundesregierung unterstützten Projekten gehört die Beachtung der Maßstäbe und Kriterien der Bundesregierung für Familienplanung zu den Aufgaben des Projektmanagements.

25. Glaubt die Bundesregierung, daß es sich um die freiwillige Akzeptanz eines frei gewählten Verhütungsmittels handelt, wenn dieses wie in den Programmen der PDA die Bedingung für bestimmte einkommensfördernde Maßnahmen ist, und besondere Vergünstigungen für die Akzeptanz von Depo Provera gegeben werden?

Die Bundesregierung geht davon aus, daß der Kinderwunsch in Entwicklungsländern auch von materiellen Faktoren beeinflusst wird. Die Größe der Familie beeinflusst wiederum die materielle Lage. Deshalb ist es legitim, einkommensfördernde Maßnahmen bevorzugt solchen Zielgruppenmitgliedern zukommen zu lassen, die Verhütungsmittel freiwillig anwenden.

Die PDA hat Fonds eingerichtet, aus denen die Mitglieder der Mütterclubs und der Satisfied Users Clubs zinsgünstige Kredite erhalten können. Neben diesem Fonds gibt es aber drei bis vier weitere Fonds auf Dorfebene, so daß die Frauen die Möglichkeit haben, sich in diejenigen Selbsthilfestrukturen zu integrieren, denen sie sich zugehörig fühlen, und an den jeweiligen anderen Fonds zu partizipieren.

Es ist der Bundesregierung nicht bekannt, daß besondere Vergünstigungen für Depo Provera gegeben werden.

26. Waren die durch das BMZ finanzierten Nahrungsmittelprogramme der PDA in Thailand ebenfalls mit der Verbreitung von Familienplanung verbunden?
- a) Wurde in dem „Food for Work“ Programm der PDA, das durch das BMZ unterstützt wurde, auch unter den Teilnehmer/innen für die Akzeptanz von Verhütungsmitteln geworben oder Familienplanung zur Bedingung für eine Teilnahme gemacht?
- b) War die Verteilung der Produkte aus dem „Small Farmers Fair Price Program“ an kambodschanische Flüchtlinge an die Akzeptanz von Familienplanung gebunden?

PDA teilte mit, daß sie weder in Food for Work-Programmen noch im Small Farmers Fair Price Programme solche Teilnehmer/innen, die keine Familienplanung akzeptieren, benachteiligt hat. Die Verteilung von Nahrungsmitteln war also nicht an die Akzeptanz von Familienplanung gebunden.

27. Teilt die Bundesregierung die Ansicht der PDA, daß integrierte Programme das primäre Ziel haben, die Akzeptanz der Familienplanung auch da zu steigern, wo sie nicht vordringliches Bedürfnis der Frauen ist?

Es ist weder Absicht der Bundesregierung noch der PDA, Akzeptanz der Familienplanung auch da zu stärken, wo sie nicht vordringliches Bedürfnis der Frauen ist. Wenn Frauen und Familien in den Entwicklungsländern allerdings die Mittel zur Geburtenkontrolle nicht zur Verfügung haben oder sie nicht einmal kennen, dann wird es ihnen schwer möglich sein, eine deutliche Motivation in Richtung Familienplanung zu entwickeln. Der Wunsch nach Verhütungsmitteln wird dann nicht artikuliert werden. Die Aufklärung über Verhütungsmittel sowie Informationen über sexuelle und soziale Zusammenhänge werden von der Bundesregierung auch da unterstützt, wo das Bedürfnis nach diesem Angebot noch nicht deutlich artikuliert werden konnte. Dies geschieht auch in integrierten Programmen.

Wie in den Industrieländern ist auch in den Entwicklungsländern vom Wunsch der Frauen nach größerem Einfluß auf die eigenen Lebensbedingungen und die ihrer Familien auszugehen; dieser Wunsch wird von der Bundesregierung unterstützt.

Die Arbeit im Gesundheitsbereich der Entwicklungsländer zeigt, daß nicht nur die Notwendigkeit, sondern auch der Bedarf nach einem diversifizierten Angebot an Familienplanung groß ist. Der Bericht der UN zur Fertilität in der Welt nennt bezüglich des ungedeckten Bedarfs folgende Zahlen: In Afrika wenden weniger als 25 Prozent der Frauen, die keine Kinder mehr haben möchten, Verhütungsmittel an; in Asien sind es 43 Prozent, in Lateinamerika 57 Prozent. IPPF schätzt, daß im Jahr 2000 ca. 600 Millionen Paare in Entwicklungsländern Bedarf an Familienplanung haben werden; die meisten von ihnen wollen die Geburtsintervalle verlängern und die Geburtenzahlen verringern. Den meisten von ihnen dürften wohl die Mittel fehlen, ihren Wunsch nach Familienplanung zu realisieren.

28. Beabsichtigt die Bundesregierung in ihren Programmen eine Versorgung der Bevölkerung mit Kontrazeptiva über den vorhandenen Bedarf hinaus, und wie verhält sie sich gegenüber entsprechenden Bestrebungen in Projekten, die von UNFPA, Weltbank und IPPF gefördert werden?

Die Vorhaben der Bundesregierung gehen nicht über den bestehenden Bedarf nach Verhütungsmitteln hinaus.

Diese Politik wird auch von Weltbank, UNFPA und IPPF verfolgt.

29. Ist das primäre Ziel der vermehrten Unterstützung von Gesundheitsprojekten in Afrika durch die GTZ, die spätere oder gleichzeitige Einführungen von Familienplanung, bzw. die Akzeptanzsteigerung für Geburtenkontrolle?

Das primäre Ziel der Unterstützung von Gesundheitsprojekten durch die GTZ in Afrika, Asien und Lateinamerika ist die Verbes-

serung der Gesundheitssituation der Menschen. Dabei strebt die GTZ die Verwirklichung der Primary Health Care Strategie der WHO (PHC) an, die international als am geeignetsten gilt, um dem Globalziel „Gesundheit für alle bis zum Jahre 2000“ spürbar näher zu kommen. Eine der acht Komponenten der Primären Gesundheitsversorgung ist die Familienplanung. Sie wird dementsprechend, soweit es die Rahmenbedingungen zulassen, integriert angeboten.

Falls wegen unzureichender Infrastruktur des Gesundheitssektors in einem Partnerland und daraus resultierender finanzieller und personeller Engpässe nicht das vollständige PHC-Programm eingeführt werden kann, werden mehrere oder einzelne Programmkomponenten, entsprechend den vordringlichsten Gesundheitsproblemen der Region, zuerst gefördert und später die restlichen Komponenten ergänzt. Die Reihenfolge richtet sich dabei nur nach der Problemschwere.

- a) Gibt es einen solchen Zusammenhang bei den GTZ Aktivitäten in Tansania?

Im Familiengesundheitsprogramm Tansania wurden die Komponenten schrittweise – entsprechend den Notwendigkeiten und Möglichkeiten der Region und des Projekts – implementiert:

1. Kontrolle von Atemwegserkrankungen
2. Behandlung von Diarrhoe
3. Behandlung von Parasiten und Malaria
4. Reduzierung der Mangelernährung
5. Familienplanung

- b) In welchem Verhältnis stehen Familienplanung und andere Angebote in dem von der GTZ unterstützten Frauenprojekt in Sambia?

Die GTZ unterstützt in Sambia das „Integrierte ländliche Ernährungsprojekt Kawambwa“, das sich mit Ernährungsberatung und einkommensschaffenden Maßnahmen vor allem an Frauen wendet. In diesem Projekt werden weder Maßnahmen im Bereich Familienplanung durchgeführt, noch waren sie je vorgesehen.

Dem von der GTZ geförderten Projekt „Regionalentwicklung in der Nordwestprovinz“ (IRD) wurde ein Frauen Sonderprogramm angegliedert. Im Rahmen dieses Sonderprogramms unterstützt die GTZ Maßnahmen im Gesundheitsbereich, die jedoch keine Familienplanungsmaßnahmen beinhalten.

- c) Welche Ziele hat das für 1989 geplante Projekt zu Familienplanung und Sexualerziehung in der Zentralafrikanischen Republik, einem Staat, der für sich selbst das Bevölkerungswachstum als zu gering einschätzt?

Das Projekt „Familiengesundheit und Familienkundeunterricht/ Zentralafrikanische Republik“ wurde von der Regierung der ZAR beantragt; die Prüfung durch die GTZ ist angelaufen. Als das dem Vorhaben zugrundeliegende Kernproblem wurde von der ZAR der mangelhafte Gesundheitszustand von Müttern und von Kindern unter fünf Jahren benannt. Verlässliche Zahlen liegen vor zur Säuglingssterblichkeitsrate; sie ist mit 145 von 1000 Lebendgeburten eine der höchsten Afrikas. Als weitere Problembereiche sind die häufigen, ungewollten Schwangerschaften junger Mädchen besonders in der Hauptstadt anzusehen, mit den Folgen zu vieler Risikogeburten und gefährlicher Abtreibungen, außerdem eine rasche Verbreitung von Geschlechtskrankheiten und von AIDS. Projektziel ist ein verbessertes Angebot an und eine gesteigerte Nachfrage nach Mutter-Kind-Fürsorgediensten einschließlich Familienplanung und die Einführung von Familienkundeunterricht (Sexualkundeunterricht) in Schulen.

- d) Welchen Stellenwert hat Familienplanung in den Basisgesundheitsprojekten der GTZ in Madagaskar, Sudan, Mali, Burkina-Faso und Uganda?

Zum Stellenwert von Familienplanung in den Basisgesundheitsprojekten der GTZ in Madagaskar, Sudan, Mali, Burkina Faso und Uganda:

Madagaskar: Es handelt sich um ein PHC-Projekt, das noch im Aufbau begriffen ist; Familienplanung ist in der Mutter-Kind-Fürsorge angesiedelt und integrierter Bestandteil des Projektes, hat aber keinen Schwerpunkt innerhalb der Maßnahmen.

Sudan: Im Gesundheitsprojekt Südsudan wird die Programmkomponente Familienplanung nicht angeboten.

Mali: Es handelt sich um ein PHC-Projekt auf Distriktebene. Familienplanung ist integrierter Bestandteil des PHC-Programms und in der Mutter-Kind-Fürsorge integriert.

Burkina Faso: Es handelt sich um ein PHC-Projekt auf Distriktebene. Familienplanung ist integrierter Bestandteil der ländlichen Gesundheitsversorgung, hat aber keinen besonderen Schwerpunkt.

Uganda: Familienplanung ist als integrierte Komponente des PHC-Projekts vorgesehen, die Implementierung kann jedoch erst nach Verbesserung der Infrastruktur des Distriktgesundheitssystems realisiert werden.

30. Welchen Anteil hat in den von der Bundesregierung geförderten Mutter- und Kindprogrammen tatsächliche Gesundheitsfürsorge gegenüber Familienplanung, und wie wird bei der vorauszu- sehenden Überlastung des Personals garantiert, daß nicht ausschließlich Familienplanung betrieben wird?

Familienplanung ist von ihrer Konzeption und positiven Auswirkung her eine tatsächliche Gesundheitsfürsorgemaßnahme.

Sie ist eine der acht Komponenten von Primary Health Care und im Rahmen von PHC-Vorhaben bei den Mutter-Kind-Fürsorgediensten angesiedelt. Der Anteil von Familienplanung an den Projektaktivitäten wechselt von Projekt zu Projekt entsprechend den vordringlichen Gesundheitsproblemen der Region, den Bedürfnissen der Zielgruppe und den Rahmenbedingungen des Vorhabens.

Leider werden bei der häufig vorhandenen Arbeitsüberlastung des Gesundheitspersonals gerade die präventiven und Beratungsaktivitäten aller Gesundheitsbereiche vernachlässigt, auch die Beratung in Familienplanung. Die Förderung und Unterstützung des Gesundheitswesens auch durch Ausbildung reduziert personelle Engpässe und erhöht die Qualifikation des Gesundheitspersonals. Damit soll die Benachteiligung gerade von Familienplanung und anderen präventiven Diensten gegenüber den kurativen Leistungen aufgehoben werden.

31. Wie beurteilt die Bundesregierung die Evaluierung der integrierten Familienplanungsprogramme anhand der Kriterien von Zahl der Akzeptoren/innen, die auf Dauer ein Verhütungsmittel benutzen und den Kosten, die pro Akzeptorin aufgewendet werden müssen?

Die Familienplanungsprogramme werden nicht nur anhand der in der Frage genannten Kriterien evaluiert. Diese sind zwar notwendig, aber nicht hinreichend für die Beurteilung des Projekterfolges. Wesentlicher Indikator ist ferner die Qualität der Familienplanungsprogramme. Aus ihr ergibt sich z. B., ob die Zielgruppen richtig und ausreichend beraten wurden, ob auf vorhandene Nebenwirkungen und Risiken hingewiesen wurde, ob alle verfügbaren Mittel und Methoden zur freien Auswahl angeboten wurden, ob das Prinzip der Freiwilligkeit gewahrt wurde, ob bei Komplikationen gesundheitliche Beratung zur Verfügung stand.

32. Hält die Bundesregierung Studien, wie sie durch die UNFPA in Matlab Thana durchgeführt wurden, für geeignet, um die Möglichkeit der Integration von Kinder- und Mütterfürsorge und Familienplanung zu evaluieren?

Ja. Bei der Matlab-Studie des UNFPA handelt es sich um das übliche Vorgehen zur Durchführung operationaler Studien unter Verwendung von Kontrollgruppen. Zweck ist die Evaluierung der Effizienz von zusätzlichem Aufwand. Dabei werden Art und Umfang des Aufwands zu den gesundheitsrelevanten Ergebnissen in Beziehung gesetzt.

- a) Wie sieht sie die Wahrung der Intimsphäre, Datenschutz und das Recht auf freiwillige Familienplanung bei den untersuchten Familien in Versuchs- und Vergleichsregion gewährleistet?

Alle Daten der Forschungsstudien, die begleitend zu der Bereitstellung von Dienstleistungen durchgeführt werden, werden vertraulich behandelt. Ein grundlegendes Merkmal des Projektes, ohne welches ein Vergleich gar nicht möglich wäre, ist die Freiwilligkeit der angebotenen Dienste.

- b) Wie beurteilt sie die Tatsache, daß bei solchen Versuchen Teilen der Versuchsgruppe bewußt Gesundheitsleistungen vorenthalten werden?

Es trifft nicht zu, daß Teilen der Bevölkerung Gesundheitsleistungen bewußt vorenthalten wurden. Der gesamte Distrikt wurde vielmehr im Rahmen des nationalen bangladeschischen Gesundheits- und Familienplanungsprogramms mit den entsprechenden Dienstleistungen versorgt. Das Programm förderte eine Region durch intensive Betreuung der regulären Dienstleistungen und des regulären Personals. Zusätzliches Personal wurde zur Durchführung der begleitenden Feldforschung eingesetzt. Den in der Studie untersuchten Versuchsgruppen wurden zusätzliche Dienstleistungen angeboten. Die übrige Bevölkerung erhielt die üblichen Gesundheitsleistungen.

- c) Falls die Bundesregierung derartige Evaluierungsprojekte nicht unterstützt, welchen Einfluß kann sie innerhalb der UNFPA geltend machen, um derartige Projekte zu verhindern?

Die Bundesregierung hat gegen die Durchführung derartiger Studien keine Bedenken.

Die Bundesregierung hat in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE GRÜNEN (Drucksache 10/5008) gesagt, die Verminderung der Geburtenraten sei nicht nur eine Frage der Anwendung von Verhütungsmaßnahmen, sondern habe letztlich mit Bewußtseinsveränderung sowie Beseitigung der vielfältigen Armutsursachen zu tun. Doch sowohl die GTZ als auch die Weltbank gehen davon aus, daß „großangelegte Familienplanungsprogramme, wenn sie gut organisiert sind, einen substantiellen Effekt auf die Fruchtbarkeit haben, unabhängig vom Einfluß sozio-ökonomischer Faktoren“ (Family Planning Strategies in the 80's S. 46 1983).

33. Wie beurteilt die Bundesregierung vor diesem Hintergrund den Zusammenhang zwischen sozialer Entwicklung und Geburtenrückgang, und stimmt sie der Analyse der Weltbank zu, daß Familienplanungsprogramme eine Schlüsselrolle bei der Senkung der Geburtenraten spielen?

Es trifft nicht zu, daß GTZ und Weltbank die Meinung vertreten, daß „groß angelegte Familienplanungsprogramme, wenn sie gut organisiert sind, einen substantiellen Effekt auf die Fruchtbarkeit haben, unabhängig vom Einfluß sozio-ökonomischer Faktoren“. Dies ist vielmehr eine Auffassung, die Herr W. Parker Mauldin von der Rockefeller-Foundation anläßlich einer Fachtagung über Familienplanungsstrategien in den achtziger Jahren vertreten hat, wie sich aus der in der Großen Anfrage zitierten Fundstelle ergibt.

Nach Auffassung der Bundesregierung beeinflussen sich Maßnahmen der Familienplanung und der wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung im Hinblick auf die Bevölkerungsentwicklung wechselseitig.

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß Familienplanung eine wichtige Rolle bei der Senkung der Geburtenraten spielt. Sie befindet sich dabei in Übereinstimmung mit der Meinung der Mehrheit der Entwicklungsländer.

34. Unterstützt die Bundesregierung die Forderung der Weltbank nach Erzeugung von Bedarf nach Familienplanung in Kenia unabhängig von der wirtschaftlichen Entwicklung, und welche Maßnahmen befürwortet sie dabei konkret?

Die Weltbank fördert im Falle von Kenia nicht die Erzeugung von Bedarf nach Familienplanung. Ein Bedarf ist dort vorhanden. Das Bevölkerungsprojekt der Weltbank in Kenia ist eine Komponente in der Entwicklungsstrategie des Landes, die – angesichts der Bevölkerungswachstumsrate von vier Prozent – eine große Bedeutung hat.

35. Geht die Bundesregierung davon aus, daß eine Reduzierung der Kinderzahl in jedem Fall die Lebensbedingungen der Frauen und ihrer Familien in Entwicklungsländern verbessert? Wenn das nicht so ist: Warum unterstützt die Bundesregierung eine Politik, die zur Durchsetzung von Bevölkerungspolitik derartige Thesen verbreitet?

Die Bundesregierung geht nicht davon aus, daß eine Reduzierung der Kinderzahl in jedem Fall die Lebensbedingungen der Frauen und ihrer Familien in Entwicklungsländern verbessert. Sie ist vielmehr der Auffassung, daß dieser Faktor nur in Verbindung mit wirtschaftlicher und sozialer Entwicklung wirksam werden kann. Hierzu gehören Maßnahmen wie beispielsweise eine bessere Gesundheitsversorgung zur Reduzierung der Mütter- und Kindersterblichkeit, die Verbesserung der Bildungs- und Ausbildungsmöglichkeiten für Mädchen und Frauen sowie der verbesserte Zugang von Frauen zu Einkommensmöglichkeiten, arbeits erleichternden Technologien, Krediten und Land. Hinzu kommen Maßnahmen zur Hebung des Lebensstandards der Gesamtbevölkerung.

In diesem Zusammenhang wird auch auf die Antwort zu Frage 24 verwiesen.

Die Bundesregierung unterstützt auch nicht eine Politik, laut der eine Reduzierung der Kinderzahl in jedem Falle die Lebensbedingungen der Frauen und ihrer Familien in Entwicklungsländern verbessert.

36. In welchem Umfang werden in den von der Bundesregierung bilateral unterstützten Familienplanungsprojekten und in den Projekten der IPPF, UNFPA und Weltbank Sterilisationen durchgeführt?

In den durch die Bundesregierung bilateral unterstützten Vorhaben werden auch Sterilisationen in den Familienplanungsprojekten in Jamaika, Simbabwe, Bangladesch und Ägypten durchgeführt.

- Das Familienplanungsprogramm der University of the West Indies (UWI) in Jamaika wird von der Bundesregierung durch einen Finanzierungsbeitrag gefördert. Angeboten werden die Sterilisationen in der Abteilung für Geburtshilfe und Frauenheilkunde der UWI sowie in 23 weiteren Einrichtungen. Die chirurgischen Techniken für die Durchführung von Sterilisationen werden in der medizinischen Fakultät der UWI gelehrt.
- In Simbabwe unterstützt die Bundesregierung die Abteilung für Gesundheitserziehung des Gesundheitsministeriums und der parastaatlichen Familienplanungsbehörde (ZNFPC) in der Medienproduktion. Die ZNFPC führt auch Sterilisationen durch. Diese Maßnahmen werden jedoch von der Bundesregierung nicht gefördert.
- Die Bundesregierung beteiligt sich an der Förderung des 3. Bevölkerungs- und Familiengesundheitsprogramms der Volksrepublik Bangladesch durch die Aus- und Weiterbildung staatlichen Personals im Bereich Familiengesundheit.

Die Gesamtzahl der durch die bangladeschische Regierung für den Fünfjahresplan projizierten Sterilisationen beträgt 2,4 Millionen. Durchgeführt wurden bis zum Oktober 1989 1,1 Millionen Sterilisationen.

- Die Bundesregierung unterstützt das Familienplanungsprogramm des ägyptischen Gesundheitsministeriums durch einen Finanzierungsbeitrag bei der Aus- und Fortbildung von Gesundheitspersonal sowie infrastrukturelle Maßnahmen.

Sterilisationen werden bei der hohen Ärztedichte in Ägypten ausschließlich von Medizинern durchgeführt. Die entsprechenden chirurgischen Techniken werden als Fortbildungsmaßnahme in der Ausbildungskomponente des Projekts gelehrt.

Angaben zur Anzahl der im Rahmen der oben genannten Vorhaben durchgeführten Sterilisationen liegen der Bundesregierung nicht vor.

IPPF und UNFPA unterstützen ihre Mitgliedsorganisationen und Mitgliedsregierungen auf Antrag bei der Erarbeitung und Durchführung der von ihnen selbst beschlossenen Bevölkerungsprogramme. Dabei bilden Beratung, Aufklärung, Motivation und Verteilung von Kontrazeptiva den Schwerpunkt. Freiwillige Sterilisationen können Bestandteil dieser Programme sein, sofern sie den strengen Richtlinien entsprechen, die IPPF und UNFPA entwickelt haben, d. h. Übereinstimmung mit der einheimischen Gesetzgebung, vorherige Beratung über Vorteile sowie mögliche Nebenwirkungen und Risiken.

Die Weltbank hat in den vergangenen 20 Jahren 85 Familienplanungs- und Gesundheitsprojekte durchgeführt. Sie ist nicht in der Lage, Auskunft zu geben, ob in einem dieser zahlreichen Projekte auch Sterilisationen durchgeführt wurden. Sie kann allerdings bei einer gezielten Anfrage nach konkreten Projekten Auskunft erteilen.

- a) Welchen Anteil hat dabei die weibliche Sterilisation gegenüber der männlichen?

Obwohl die Quote von Land zu Land leicht unterschiedlich ist, betrifft der Hauptteil an Sterilisationen Frauen.

- b) Welche Rolle spielen dabei durch mobile Teams durchgeführte Sterilisationsaktionen?

In den durch die Bundesregierung geförderten bilateralen Projekten kommen keine mobilen Teams für die Durchführung von Sterilisationen zum Einsatz.

UNFPA:

UNFPA unterstützt nationale Familienplanungsprogramme in einzelnen Entwicklungsländern, die für die Ausgestaltung der angebotenen Dienste voll verantwortlich sind. In einzelnen Fällen kommt es dabei auch zum Einsatz mobiler Teams, um verstreut liegende Dörfer mit Basisgesundheitsdienstleistungen, zu denen auch Familienplanung gehört, versorgen zu können. Diese Dienste werden nur dann von UNFPA unterstützt, wenn sie medizinisch bedenkenlos durchgeführt werden können.

IPPF:

Der mobile Einsatz ist die einzige Möglichkeit, die Dienste zu breiten Bevölkerungsschichten zu bringen, die in abgelegenen ländlichen Gebieten leben. Ohne diese Einsätze hätten diese keinerlei Zugang zu Leistungen, die denen zur Verfügung stehen, die in günstigeren Umständen leben.

- c) Wie wirkt die Bundesregierung darauf hin, daß bei allen Sterilisationen ausreichende Vor- und Nachsorge der Patient/innen, hygienische und professionelle Durchführung und die Freiwilligkeit garantiert sind?

Sterilisationen in von der Bundesregierung bilateral unterstützten Projekten werden ausschließlich von qualifiziertem Gesundheitspersonal durchgeführt. Die Vor- und Nachsorge in der Gesundheitsstation wird ebenfalls von Fachpersonal sichergestellt. Familienplanungsprogramme der Entwicklungsländer, die von der Bundesregierung unterstützt werden, haben in der Regel eine Ausbildungskomponente. Die Aus- und Weiterbildung des

Gesundheitspersonals soll sicherstellen, daß es die Vor- und Nachsorge qualifiziert durchführen kann.

Die Bundesregierung wirkt in den Gebergremien von IPPF und UNFPA, durch regelmäßige Gespräche mit den Leitungsgremien von IPPF und UNFPA und ihre Teilnahme an Evaluierungen darauf hin, daß bei den multilateral geförderten Bevölkerungsprogrammen ausreichende Vor- und Nachsorge, hygienische und professionelle Durchführung und Freiwilligkeit der Sterilisationen bei vollständiger Information gewährleistet sind.

37. Auf welche Grundlage stützt die Bundesregierung ihre Aussage in der Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE GRÜNEN (Drucksache 10/6005), daß APROFAM nur in geringem Umfang Sterilisationen durchführe und dabei strenge Kriterien einhalte?
- Hält die Bundesregierung diese Kriterien auch bei Sterilisationen durch mobile Teams in unversorgten Gebieten für gewährleistet?
 - Hat die Bundesregierung Kenntnis von den Sterilisationsmethoden, die APROFAM anwendet, bzw. testet?

Für alle IPPF-Mitgliedsverbände, also auch für APROFAM, gelten strenge Satzungsbestimmungen, die sicherstellen, daß die Methoden der Familienplanungsmaßnahmen dem hohen Standard an Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit entsprechen, der von dem Internationalen Ärztlichen Berufsausschuß des IPPF und der Weltgesundheitsorganisation empfohlen wird. Dies gilt auch für Sterilisationen durch mobile Teams in unversorgten Gebieten.

IPPF hat anlässlich der jährlich veranstalteten Geberkonferenzen berichtet, daß APROFAM die satzungsmäßig festgelegten Grundsätze einhält. Die Sicherstellung medizinisch einwandfreier Sterilisationsmethoden wird durch das IPPF-eigene Evaluierungsinstrumentarium überwacht. Nach Auffassung der Bundesregierung werden die Evaluierungen des IPPF mit großer Zuverlässigkeit gehandhabt. Die IPPF-Evaluierungen haben bisher zu keinerlei Beanstandungen der von APROFAM angewendeten Methoden geführt.

Die Bundesrepublik Deutschland unterstützt seit 1977 das Trainings- und Forschungszentrum für Sterilisationstechnik der University of West Indies in Jamaika. Ein deutscher Forscher nimmt an den Sterilisationsforschungen teil.

38. Welche Ziele verfolgt die Bundesregierung bei diesem Projekt?

Die University of the West Indies (UWI) in Jamaika hat ihrer gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung eine Familienplanungseinheit angegliedert, deren Familienplanungsprogramm über die GTZ durch einen Finanzierungsbeitrag gefördert wird. Es befindet sich kein von der GTZ entsandtes Auslandspersonal in diesem Vorhaben, da die Partnerorganisation qualifiziertes Personal für die Durchführung des Vorhabens selbst bereitstellt. Die UWI hat im Bereich Familienplanung koordinierende Funktion für den englischsprachigen karibischen Raum und benennt als Kernproblem: Die Qualität und Quantität der angebotenen Familienpla-

nungsmaßnahmen reicht nicht aus, um die nationalen und regionalen Erfordernisse auch längerfristig zu befriedigen.

Ziel des Vorhabens ist die Verbesserung der Effektivität der Dienstleistungen im Bereich Familienplanung und Familiengesundheitserziehung in den Inselstaaten der Karibischen Gemeinschaft (CARICOM). Durch qualifiziertes Personal und durch gezielte Aufklärungsarbeit soll die Akzeptanz von Verhütungsmethoden erhöht und die Vielzahl an Familienplanungsmethoden den individuellen Bedürfnissen entsprechend angeboten werden, um damit langfristig zu einer Verbesserung der Gesundheitssituation von Müttern und Kleinkindern sowie zu einer Senkung der Geburtenrate beizutragen. Zielgruppen sind Jugendliche und Erwachsene beiderlei Geschlechts im fortpflanzungsfähigen Alter sowie medizinisches und para-medizinisches Personal im Rahmen der Ausbildungsmaßnahmen.

- a) Welche Sterilisationstechniken werden in dem Zentrum erforscht?

An der University of the West Indies werden keine Sterilisationstechniken erforscht.

- b) Befürwortet sie den vermehrten Einsatz von Sterilisationen im karibischen Raum, z. B. auch durch mobile Teams?

Die Bundesregierung befürwortet die vermehrte Durchführung von Sterilisationen im karibischen Raum, da die Nachfrage nach operativen Sterilisationen so groß ist, daß Wartezeiten von bis zu sechs Monaten entstehen.

Mobile Teams werden nicht befürwortet.

- c) Will die Bundesregierung die Ergebnisse der Sterilisationsforschung auch in anderen Ländern nutzen? Wenn ja, wo?

Auf die Antwort zu Frage 38a wird verwiesen.

39. a) Wie sieht die Bundesregierung gewährleistet, daß Mindestkriterien für die Vergabe von oralen Kontrazeptiva bei Community Distribution in Thailand eingehalten werden, d. h. daß Frauen vor dem Verkauf eines Pillenzyklus eingehend über Kontraindikationen befragt werden?

Die Bundesregierung befürwortet – im Einklang mit WHO und UNFPA – Community Based Distribution für Mittel wie die Pille, Kondome und andere Barrieremethoden – unter der Voraussetzung, daß zuvor durch dafür speziell ausgebildetes Personal eine Untersuchung im Hinblick auf die Hauptrisiken stattgefunden

hat. Zu diesem Zweck sind Standardfragebögen entwickelt worden, die zusammen mit medizinischen Untersuchungsmethoden vom Personal vor der ersten Anwendung von Kontrazeptiva eingesetzt werden. Sie stellen sicher, daß nur solche Frauen orale Kontrazeptiva erhalten, bei denen keine Gegenindikationen bestehen.

- b) Hält die Bundesregierung die Verbreitung der Pille durch nicht-medizinisches Personal für empfehlenswert, und wie sieht sie die Durchführung der für die Vergabe der Pille notwendigen Vor- und Nachuntersuchungen gewährleistet, bzw. die Verabreichung einer auf die Bedürfnisse der Patientin abgestimmten Pille?

Die Verbreitung der Pille durch nicht-medizinisches Personal wird von der Bundesregierung als eine wichtige Maßnahme zur Erhöhung der CPR (Kontrazeptiva-Prävalenzrate) angesehen. Die Bundesregierung hat im bilateralen Bereich der Entwicklungszusammenarbeit (EZ) die Erfahrung gewonnen, daß die Pille vielerorts in EL auch durch nicht-medizinisches Personal problemlos verabreicht wird.

Das nicht-medizinische Personal wird im Rahmen der von der Bundesregierung unterstützten Vorhaben ausgebildet und fachlich dazu qualifiziert, die notwendigen Vor- und Nachuntersuchungen, d. h. die periodische Betreuung der Anwenderinnen, durchzuführen. Dazu gehört auch das Anbieten verschiedener Arten von oralen Kontrazeptiva im Rahmen des Methoden-Mix, damit die Frauen entsprechend ihren Bedürfnissen versorgt werden. Die Einhaltung dieses Vorgehens wird vom Projektmanagement sichergestellt.

Wie in der Antwort auf Frage 31 dargestellt, hat sich jedoch die WHO der Frage der zweckmäßigsten Vorbildung und möglichst sichersten Verteilungsorganisation zentral angenommen und ihren Rat einschließlich eines Informations- und Referenzsystems allen Entwicklungsländern angeboten.

Die Bundesregierung ist intensiv bemüht, den Auf- und Ausbau des Systems der Basisgesundheitsdienste in Entwicklungsländern weiter zu fördern, wodurch gewährleistet ist, daß auch die notwendigen Vor- und Nachuntersuchungen bei Frauen, die hormonelle Verhütungsmittel einnehmen, erfolgen und diese weitestgehend bedürfnisgerechte, sichere, problemlose und erschwingliche Verhütungsmittel erhalten.

40. Werden im Rahmen der bilateralen Familienplanungsprogramme der Bundesrepublik Deutschland Pillen ohne ärztliche Vor- und Nachuntersuchung abgegeben?

In von der Bundesregierung unterstützten Gesundheitsprojekten werden orale Kontrazeptiva abgegeben, wenn Vor- und Nachuntersuchungen durch dazu qualifiziertes nicht-ärztliches Personal

keine Kontraindikation ergeben haben. Untersuchungen ausschließlich durch Ärzte werden von der Bundesregierung für nicht praktikabel angesehen, da die sehr geringe Arztdichte in den meisten Entwicklungsländern großen Teilen der Bevölkerung den Zugang zu Familienplanung verwehren würde.

41. a) Welche Kenntnis hat die Bundesregierung über den Vertrieb und Einsatz von auf dem bundesdeutschen Markt nicht zugelassenen Pillen, bzw. Spiralen in Familienplanungsprojekten durch UNFPA, IPPF oder Weltbank?

Die Bundesregierung hat keine Kenntnis über den Einsatz von auf dem bundesdeutschen Markt nicht zugelassenen Pillen bzw. Spiralen in Familienplanungsprojekten durch UNFPA, IPPF oder Weltbank.

Die genannten Organisationen handeln selbst nach strengen ethischen und sachlichen Verfahrensregeln, was sicherstellt, daß keine Arznei- oder Verhütungsmittel in den Programmen verwendet werden, die die Mindeststandards und Sicherheitsanforderungen der WHO nicht erfüllen.

- b) Was tut sie, um die Verbreitung von für den Gebrauch in Entwicklungsländern nicht geeigneten Pillen und Spiralen zu unterbinden?

Alle oralen Kontrazeptiva und intra-uterine Pessare, die in bilateralen deutschen TZ-Projekten zur Anwendung kommen, sind entweder vom Bundesgesundheitsamt in der Bundesrepublik Deutschland zugelassen oder von der Weltgesundheitsorganisation geprüft und zur Verwendung ausdrücklich empfohlen worden.

Die Entscheidung über die Verfügbarkeit und Vermarktung eines Produktes in einem Land, egal ob es sich um ein entwickeltes oder ein Entwicklungsland handelt, liegt bei der Regierung des betreffenden Landes, nicht bei irgendeiner anderen Regierung oder Organisation. Entscheidungen werden getroffen auf Antrag eines Herstellers zur Registrierung des Mittels in dem betreffenden Land. Die einzelnen Länder wiederum, unabhängig davon, ob sie nun entwickelte oder Entwicklungsländer sind, können hier unterschiedlich reagieren und tun dies auch.

Die Entwicklungsländer treffen ihre eigenen Entscheidungen auch darüber, für welche Mittel sie Unterstützung durch Geber beantragen. Sie können von der WHO fachliche Unterstützung erhalten, die ihnen die Entscheidungen erleichtern. Das Special Programme on Human Reproduction der WHO bietet auf Antrag Mitgliedsländern Beratung an. Außerdem bietet es Informationen als Entscheidungshilfe für deren Regierungen an.

42. Auf welche Weise wirkt die Bundesregierung auf die von ihr unterstützten Organisationen IPPF, UNFPA und Weltbank ein, um sicherzustellen, daß im Rahmen von Familienplanungsprogrammen keine Verhütungsmittel, weder Pillen noch Spiralen, ohne die ausreichende ärztliche Vor- und Nachsorge abgegeben, bzw. eingesetzt werden?

Die direkte Verteilung oder Austeilung von Verhütungsmitteln ohne entsprechende unterstützende gesundheitliche Versorgung ist eine Vorgehensweise, die nach Auskunft von IPPF und UNFPA nicht praktiziert wird. Was die Weltbank-Programme angeht, wird auf die Antwort zu Frage 41 a verwiesen.

Die Bundesregierung ist im übrigen in den Steuerungsgremien der genannten Organisationen vertreten und wacht darüber, daß in unterstützten Programmen ausreichende gesundheitliche Vor- und Nachsorge gewährleistet wird.

Das von der GTZ durchgeführte Projekt an der University of West Indies umfaßt außer der Sterilisationsforschung die Untersuchung von Akzeptanz und Motivation zur Familienplanung und die Ausbildung von Mitarbeiter/innen aus dem gesamten karibischen Raum. Die GTZ ist auch in Ägypten, Kenia und anderen Ländern an der Ausbildung von Familienplanungsmitarbeiter/innen beteiligt. Sie unterstützt zusätzlich die überregionalen Ausbildungszentren für Familienplanung in Harare (Simbabwe) und Ouagadougou (Burkina Faso).

43. In welchen Verhütungsmethoden werden die an den Trainingskursen teilnehmenden Mitarbeiter/innen in diesen von der GTZ unterstützten Zentren ausgebildet?

Jamaika: Es wird keine Sterilisationsforschung betrieben. Sterilisationen werden durchgeführt, Sterilisationstechniken sowie alle anderen als unbedenklich bekannten Verhütungsmethoden gelehrt.

Ägypten: Es wird in allen unbedenklichen Verhütungsmethoden ausgebildet.

Kenia: Es wird in allen unbedenklichen Verhütungsmethoden außer der der Sterilisation ausgebildet.

Simbabwe und Burkina Faso: Es handelt sich um überregionale Ausbildungszentren für Gesundheitssystemanalyse im Bereich Mutter-Kind-Fürsorge/Familienplanung und Managementforschung im Gesundheitswesen. Eine Ausbildung zum Thema Verhütungsmittel findet hier nicht statt.

- a) Wird hier die Verbreitung von Dreimonatsspritzen und Norplant gefördert?

Die Anwendung der Dreimonatsspritze wird als Familienplanungsmethode bei vorliegender Indikation von der Bundesregierung gefördert.

Implantate (z. B. Norplant) werden von der Bundesregierung bisher nicht direkt geliefert, solange das Zulassungsverfahren in der Bundesrepublik Deutschland noch nicht vollständig abgeschlossen ist.

- b) Werden hier nichtärztliche Mitarbeiter/innen zur Abgabe von Pillen, dem Einsatz von IUD oder der Ausführung von Sterilisationen ausgebildet?

Wenn ja, in welcher Weise werden sie darauf vorbereitet?

Ausbildungsinhalte und -dauer entsprechen den unterschiedlichen, für die verschiedenen Methoden notwendigen Qualifikationen und wenden sich an unterschiedlich vorgebildete Zielgruppen.

Aus- und Fortbildung findet zu folgenden Verhütungsmethoden statt:

Jamaika: orale Kontrazeptiva, IUD, Sterilisation, Kondome und andere Barrieremethoden

Ägypten und Kenia: orale Kontrazeptiva, IUD, Kondome und andere Barrieremethoden

Simbabwe und Burkina Faso: keine Ausbildung zum Thema Verhütungsmittel

44. a) Was veranlaßt die Bundesregierung die Verbreitung von Norplant, Depo Provera und NET-EN trotz der bekannten Nebenwirkungen und der ungeklärten Langzeitriskien, die zumindest eine in Entwicklungsländern nicht gewährleistete intensive ärztliche Betreuung notwendig machen, direkt im Rahmen bilateraler technischer und finanzieller Zusammenarbeit oder indirekt über die multilateralen Organisationen zu unterstützen?

Abgesehen von dem Implantat sind die injizierbaren Kontrazeptiva bei mehreren von der Bundesregierung unterstützten Familienplanungsprogrammen Bestandteil der angebotenen Methodenpalette und werden nach entsprechender Beratung und Untersuchung von Frauen, die zur Anwendung in Frage kommen, zur Benutzung angeboten.

Hormonale Kontrazeptiva mit langer und sehr langer Wirkungs-dauer (d. h. ca. zwei Monate bis zu fünf Jahren nach einmaliger Anwendung der verschiedenen Formen, wie Injektionen und Implantate) sind bei vorliegender Indikation und fehlender Kontraindikation geeignete Methoden zur Familienplanung, da ihre empfängnisverhütende Wirksamkeit und Zuverlässigkeit der von oralen Kontrazeptiva überlegen ist. Bei letzteren ist die Versagerquote („Pearl-Index“) wegen Anwendungsfehlern (z. B. Vergessen der täglichen Einnahme) und Abhängigkeit von der Aufnahme in den Verdauungstrakt (häufige Durchfälle in warmen Ländern) höher. Eine Erhöhung des Risikos für ernsthafte Erkrankungen einschließlich bösartiger Neubildungen ist für die Gruppe der oben genannten Kontrazeptiva wissenschaftlich nicht eindeutig nachgewiesen worden. Wie für jedes andere pharmazeutische

Präparat auch, werden mögliche Langzeitwirkungen – positive wie negative – unter kontrollierten Bedingungen weltweit wissenschaftlich untersucht.

Die Verbreitung von Kontrazeptiva erfolgt unter dem Aspekt der Risikoabwägung für die Gesundheit der Frauen und leitet daraus auch ihre Berechtigung ab: In Afrika sterben jährlich 640 Frauen je 100 000 Geburten direkt an den Folgen der Schwangerschaft oder Geburt, weltweit sind das jährlich ca. 500 000 Todesfälle einschließlich ca. 200 000 Todesfälle durch unsachgemäße Abtreibungen. Eine Frau in einem Entwicklungsland hat daher ein Risiko von 1:160, an einer Schwangerschaft zu sterben. Das Risiko, an den Folgen einer hormonalen Kontrazeption zu sterben, ist nach den bisherigen Untersuchungen mindestens 400mal geringer.

Multilaterale Organisationen bevorzugen ebensowenig wie die Bundesregierung bestimmte Familienplanungsmethoden. Die in den Entwicklungsländern zuständigen Behörden entscheiden selbst über die anzuwendenden Methoden. Sie treffen auch die Entscheidung darüber, für welche Mittel sie Unterstützung durch Geber beantragen. Bei der Auswahl der Verhütungsmittel werden sie natürlich von dem beeinflusst, was auf den internationalen Märkten verfügbar ist. UNFPA und IPPF unterstützen Programme, die Produkte einsetzen, welche von der WHO empfohlen werden.

- b) Hält die Bundesregierung Norplant und die injizierbaren Mittel für geeignete Kontrazeptiva, die unter den in Entwicklungsländern herrschenden Bedingungen zur Anwendung kommen sollten?

Wenn ja, aus welchen Gründen?

Wenn nein, was unternimmt sie, um weltweit auf einen sofortigen Test- und Anwendungsstopp von Norplant und injizierbaren Mitteln hinzuwirken?

Die Bundesregierung hält aus den unter 44.a) dargelegten Gründen injizierbare und implantierbare hormonale Kontrazeptiva grundsätzlich für geeignet, in Entwicklungsländern zur Anwendung zu kommen. Gerade bei noch mangelhafter Zugänglichkeit der Familienplanungs- und Gesundheitsdienste sind langwirksame Kontrazeptiva eine von vielen Entwicklungsländern begrüßte Erweiterung der Familienplanungsmethoden.

Klinische Versuche mit Norplant im Universitätszentrum Assiut, Oberägypten, und in einer Reihe anderer Universitätszentren in Ägypten werden gegenwärtig auf Antrag des National Population Council der ägyptischen Regierung von USAID unterstützt; diese Tests wurden von der National Drug Regulatory Authority genehmigt und werden auch von dieser Behörde überwacht. Allerdings hat weder die Bundesregierung noch das HRP der WHO klinische Versuche mit Norplant unterstützt; das HRP koordiniert jedoch außerhalb der deutschen Treuhandfinanzierung eine internationale Studie über eine Reihe von Zentren zum Zwecke der großflächigen Beobachtungen von Norplant-Verwendern.

Ziel dieser Untersuchung ist herauszufinden, ob in Einzelfällen vor- oder nachteilige Auswirkungen bei der Verwendung von Norplant festzustellen sind, welche, wenn die Untersuchungen auf eine kleine Anzahl von Studienobjekten beschränkt wären, nicht entdeckt werden würden.

Jede vom HRP der WHO geförderte Studie ist in jedem Falle von den Behörden des Ziellandes der Studie genehmigt worden; das Programm arbeitet bei der Überprüfung von Forschungsprojekten auf Basis sehr detaillierter und strikter, auch ethischer Verfahrensregeln.

Die Bundesregierung wird über das Ergebnis der multinationalen HRP-Studie informiert werden und dieses für mögliche eigene Überlegungen auswerten.

45. Warum ist NET-EN und Depo Provera nach der „Roten Liste“ auf dem bundesrepublikanischen Markt nur für solche Frauen, die kein anderes Mittel nehmen können, und Norplant gar nicht zugelassen, wird aber für den generellen Gebrauch in Entwicklungsländern empfohlen? Werden hier für verschiedene Frauen unterschiedliche Kriterien bei der Verabreichung von Verhütungsmitteln zugrunde gelegt?

Die Injektionspräparate NET-EN und Depo-Provera kommen in der Bundesrepublik Deutschland dann zum Einsatz, wenn Zweifel an der ordnungsgemäßen Anwendung nach Gebrauchsanleitung oraler hormoneller Kontrazeptiva bestehen. Das implantierbare Präparat Norplant wird wegen seiner wesentlich längeren Wirkungsdauer in bestimmten Regionen als vorteilhaft befunden. Da jedoch in der Bundesrepublik Deutschland keine vergleichbare Situation gegeben ist, ist für Norplant beim Bundesgesundheitsamt kein Zulassungsantrag eingereicht worden.

Der Einzelstoff Medroxyprogesteronacetat in der injizierbaren Form Depot-Medroxyprogesteronacetat (= DMPA) ist in der Bundesrepublik Deutschland unter dem Markennamen Depo-Clinovir (R) (in anderen Ländern unter dem Markennamen Depo-Provera) zur Anwendung als „Schwangerschaftsverhütungsmittel von längerer Dauer“ verschreibungspflichtig zugelassen. Der Einzelstoff Norethisteronenantat (= NET – EN) ist in der Bundesrepublik Deutschland unter dem Markennamen Noristerat (R) zur Anwendung als „Konzeptionsverhütung für Frauen mit normalem biphasischen Zyklus“ ebenfalls verschreibungspflichtig zugelassen. Die Anwendung ist angezeigt bei Frauen, die „andere Methoden nicht vertragen oder orale Kontrazeptiva nicht einnehmen können“ (Rote Liste, Editio Cantor, Aulendorf/Württ, 1990). Die Rote Liste enthält eine Vielzahl von Arzneimitteln als Alternativen zur Anwendung bei Personen, die andere Mittel nicht vertragen oder anwenden können (z. B. Antibiotika bei Personen, die gegen andere Antibiotika allergisch sind). Die Möglichkeit, aus mehreren zugelassenen Mitteln dasjenige auszuwählen zu können, das für die Anwenderinnen und Anwender am verträglichsten ist, bedeutet

eine Zunahme an Anwendungssicherheit und Qualität der angebotenen gesundheitlichen Dienstleistungen.

Was die injizierbaren Mittel anbelangt, etwa NET-EN und Depo-Provera, so sind diese Mittel in einer großen Zahl von Ländern zugelassen, in entwickelten wie Entwicklungsländern. DMPA ist zur Verhütung in etwa 85 Ländern erhältlich, während NET-EN in mehr als 40 Ländern registriert ist. Weltweit gesehen wird die Zahl der Frauen, die diese injizierbaren Mittel verwenden, auf etwa sieben Mio. geschätzt. Die für ihre Verwendung in der Bundesrepublik Deutschland erlassenen Restriktionen gibt es in anderen Ländern nicht (siehe Antwort zu Frage 44 a).

In Übereinstimmung mit der WHO wird der Einsatz von Depo-Provera (R) und Noristerat (R) in Bevölkerungsprogrammen der Entwicklungsländer in mehreren TZ-Vorhaben unterstützt. Diese Mittel haben einen festen Platz in der Methodenpalette bei entsprechender Indikationsstellung. Dabei werden dieselben Kriterien bei der Anwendung eingehalten wie in der Bundesrepublik Deutschland. Die Beratung der Anwenderinnen empfiehlt die Wahl eines injizierbaren Mittels dann, wenn „die anderen Methoden nicht vertragen oder orale Kontrazeptiva nicht eingenommen werden können“.

Deshalb werden in der Tat sehr wohl für verschiedene Frauen unterschiedliche Kriterien bei der Empfehlung von Verhütungsmethoden zugrunde gelegt: Aus der gesamten Methodenpalette wird die Methode empfohlen und abgegeben, die der einzelnen Frau (und gewöhnlich auch ihrem Partner) gesundheitlich, psychisch und sozio-kulturell optimal entspricht.

Der Einzelstoff Levonorgestrel wird mit einer Lizenz des Population Council, New York, von „Leiras Pharmaceuticals“, Finnland, unter dem Markennamen Norplant (R) hergestellt. Das Mittel ist gegenwärtig in den folgenden Ländern von den dortigen Behörden zur Anwendung zugelassen (in alphabetischer Reihenfolge): Dominikanische Republik, Ecuador, Finnland, Indonesien, Kolumbien, Peru, Sri Lanka, Schweden, Thailand, Venezuela und Volksrepublik China. Ein Antrag auf Zulassung läuft in den USA und ist zwischenzeitlich von der wissenschaftlichen Prüfkommision genehmigt worden. Mit der Zustimmung durch die Food and Drug Administration der Vereinigten Staaten ist im Laufe dieses Jahres zu rechnen.

Die Tatsache, daß Norplant (R) bisher nicht in der Bundesrepublik Deutschland zugelassen ist, hat eher marktpolitische als medizinische und pharmakologische Gründe. Außerdem gibt es bisher keinen Antrag des Herstellers auf Registrierung und Verkauf des Mittels in der Bundesrepublik Deutschland. Die Zulassungsverfahren anderer Länder sind wesentlich restriktiver als in der Bundesrepublik Deutschland, u. a. auch im Hinblick auf die nachzuweisende Wirksamkeit eines neuen Mittels.

Der Schluß von der Nichtzulassung eines (Arznei-)Mittels wie Norplant (R) in der Bundesrepublik Deutschland auf dessen internationale Anwendungsfähigkeit wird nicht nachvollzogen. Die Anwendung von Norplant (R) wird als Bestandteil der allge-

meinen Methodenpalette zur Empfängnisverhütung sowohl in Industrie- als auch in Entwicklungsländern befürwortet.

46. Was hält die Bundesregierung von der Auffassung der Weltbank, die sich als richtungweisend für die Praxis der Familienplanung erwiesen hat, daß selbst so risikoreiche Verhütungsmittel wie Injektionen weniger Risiken für die Frauen in der Dritten Welt beinhalten als weitere Schwangerschaften?
Ist diese Feststellung eine Legitimation für den Einsatz dieser Mittel?

Die Bundesregierung teilt die Auffassung der WHO, die auch von der Weltbank übernommen wird, daß injizierbare Kontrazeptiva keine höheren Risiken als andere moderne Methoden aufweisen, sondern wie diese wesentliche positive Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen in Entwicklungsländern haben. Die im Vergleich zu anderen Arzneimitteln geringen Nebenwirkungen stehen in keinem Verhältnis zu den durch zu frühe, zu späte, zu viele und zu kurz aufeinanderfolgende Schwangerschaften verursachten Gesundheitsschäden und Todesfällen bei Frauen und Kindern in den Entwicklungsländern. Daher sind diese Mittel voll indiziert.

47. Welchen Vorteil sieht die Bundesregierung in der Förderung der Verbreitung der Dreimonatsspritzen in einem Land wie Thailand, wo bereits eine hohe Akzeptanz anderer Verhütungsmittel, z. B. Pille, Kondom, besteht?

Das verfügbare Angebot an kontrazeptiven Methoden ist in Thailand durch eine Entscheidung des Gesundheitsministeriums festgelegt. Zu diesem „Contraceptive Mix“ gehört auf Wunsch der thailändischen Regierung die Dreimonatsspritze. Für die Anwenderinnen wird durch die Hinzunahme der Dreimonatsspritze die Möglichkeit der Wahl erhöht.

48. Wird hier auf die Verbreitung einer von außen kontrollierbaren Verhütungsmethode zuungunsten weniger gesundheitsgefährdender Mittel gesetzt?

Die bisherigen Untersuchungen weisen darauf hin, daß die ersten Nebenwirkungen von Dreimonatsspritzen geringer sind als oder ungünstigstenfalls gleich denen anderer hormoneller Kontrazeptiva.

Die Dreimonatsspritze wird nicht isoliert, sondern im Rahmen einer Methodenpalette angeboten, so daß die Verwendung der geeignetsten Methoden möglich und die Gefahr eventueller Nebenwirkungen zusätzlich reduziert ist.

Die Dreimonatsspritze wird genauso wenig wie orale Kontrazeptiva von außen kontrolliert. Im Gegenteil können länger wirkende Verhütungsmittel größere Sicherheit und Unabhängigkeit für die Anwenderinnen bedeuten. Außerdem sehen sich manche Frauen gezwungen, Verhütungsmittel ohne Wissen ihres Partners anzu-

wenden. In dieser Situation bedeuten länger wirkende Verhütungsmittel die einzige Möglichkeit, Repressionen zu entgehen.

49. Wie gewährleistet die Bundesregierung die gesundheitliche Betreuung der Frauen, denen durch das mobile Team der GTZ alle drei Monate Depo Provera gespritzt wird?

Die GTZ ist am Einsatz mobiler Teams nicht beteiligt.

- a) Welche Möglichkeiten haben die Frauen bei in der Zwischenzeit auftretenden Nebenwirkungen, einen Arzt zu konsultieren?

Bei Auftreten von Komplikationen nach der Anwendung von Verhütungsmitteln wenden sich die Frauen an die nächste Gesundheitsstation. Eine dementsprechende Beratung durch das Gesundheitspersonal findet statt. Die Familienplanungsdienste sind in die Gesundheitssysteme integriert.

- b) Wie wird gewährleistet, daß Frauen die erste Injektion innerhalb von fünf Tagen nach Einsetzen der Menstruation bekommen, wenn das Team die Dörfer nur alle drei Monate besucht?

Eine Versorgung mit Depo-Provera erfolgt nur bei Frauen, bei denen der Beginn der Menstruation nicht länger als fünf Tage zurückliegt. Die Frauen, für die dies nicht zutrifft und bei denen damit eine Schwangerschaft nicht auszuschließen ist, haben die Möglichkeit, sich nach entsprechender Beratung für eine alternative Verhütungsmethode zu entscheiden bzw. zu einem anderen Zeitpunkt die Injektion zu erhalten.

50. In Jamaika werden auch Tests mit Norplant durchgeführt. Ist die UWI an diesen Versuchen beteiligt oder liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, ob die UNFPA oder Weltbank an solchen Versuchen beteiligt ist?

Der Bundesregierung liegen keinerlei Hinweise darauf vor, daß die UWI Jamaika Versuche mit Norplant durchgeführt oder an ihnen beteiligt ist.

Nach Kenntnis der Bundesregierung gibt es in Jamaika keinen Mitteleinsatz durch UNFPA für die Einführung von Norplant, weder direkt noch durch den Bevölkerungsrat.

Ebensowenig ist bekannt, daß die Weltbank Versuche mit Norplant in Jamaika unterstützt.

51. Weiß die Bundesregierung von der Erprobung und Verbreitung von Norplant in Indonesien und ist sie, die Weltbank, UNFPA oder die IPPF an der Verbreitung dieses Mittels in Indonesien beteiligt?

Auch in Indonesien werden keine deutschen TZ-Mittel für die Erprobung und Verbreitung von Norplant eingesetzt. Die indonesische Familienplanungsbehörde (BKKBN) bringt Norplant jedoch im Rahmen einer WHO-Studie in einigen Regionen des Landes zur Anwendung.

In Indonesien verläuft das Norplant-Einführungsprogramm ausgesprochen erfolgreich und ist Teil des von UNFPA unterstützten Länderprogramms. Alle Länderprogramme werden dem Verwaltungsrat vorgelegt und von diesem gebilligt.

52. Die GTZ unterstützt in Indonesien die Durchführung pharmakologischer Tests von Verhütungsmitteln.
Um welche Mittel handelt es sich dabei, und unter welchen Bedingungen sollen sie in Indonesien eingesetzt werden?

Die GTZ unterstützt in Indonesien keine pharmakologischen Tests von Verhütungsmitteln.

53. a) Hat die Bundesregierung Kenntnis von den durch das WHO/HRP unterstützten Versuchen mit Norplant durch Wissenschaftler der Assuit Universität in Ägypten?

Nach Kenntnis der Bundesregierung und Auskunft der WHO/Genf hat letztere im Rahmen ihres Sonderprogramms zur Erforschung menschlicher Fortpflanzung (HRP) keine klinischen Versuche mit Norplant unterstützt, auch nicht an der Assiut-Universität in Ägypten.

- b) Befürwortet sie die Ausbildung von Familienplanungsmitarbeiter/innen zum Einsatz von Norplant in Ägypten?
Wenn ja, warum?
Wenn nein, was tut sie gegen diesen Einsatz?

Die Bundesregierung unterstützt keine Maßnahmen zur Ausbildung von Familienplanungsmitarbeiterinnen zum Einsatz von Norplant in Ägypten und sieht keinerlei Veranlassung, sich dazu befürwortend zu äußern. Die Frage, gegen den Einsatz von Norplant in Ägypten etwas zu tun, stellt sich demzufolge für die Bundesregierung nicht.

54. Hält die Bundesregierung die Verbreitung dieser Verhütungsmittel mit Unterstützung der UNFPA angesichts des Zwangs, dem Frauen im Hinblick auf die Benutzung von Verhütungsmitteln in China ausgesetzt sind, dort für richtig?

Die Unterstützung Chinas durch UNFPA gründet sich auf die offizielle Zusicherung, daß die Programme ohne Ausübung von Zwang durchgeführt werden. Die Bundesregierung besitzt keine

gegenteiligen Erkenntnisse bei Maßnahmen, die von UNFPA gefördert werden. Das Norplant-Einführungsprojekt ist Teil des gegenwärtigen Förderungszyklus von UNFPA und China.

55. Wie prüft die Bundesregierung nach, daß weder IPPF noch UNFPA ihre Gelder für Abtreibungen verwenden?

Die Bundesregierung wacht im Rahmen ihrer Mitwirkung in den Gebergremien bei der Rechnungslegung der Programme und durch Teilnahme an Evaluierungen darüber, daß weder IPPF noch UNFPA ihre Gelder für Abtreibungen verwenden.

56. Warum lehnt die Bundesregierung jegliche Form der Abtreibung im Rahmen der von ihr unterstützten Familienplanungsprojekte ab, unterstützt aber die Erforschung von Abtreibung induzierender Verhütungsmitteln?

Die Bundesregierung lehnt aus ethischen Gründen Abtreibung im Rahmen der von ihr unterstützten Familienplanungsprojekte grundsätzlich ab. Die von ihr geförderte Familienplanung soll gerade dazu dienen, Abtreibungen und ihre Ursachen zu verhindern.

Im Rahmen der von der Bundesregierung unterstützten Familienplanungsprogramme werden – wie oben ausgeführt – keine Tätigkeiten finanziert, die die Entwicklung von Methoden zur Abtreibung zum Gegenstand haben.

Die Bundesregierung fördert auch nicht die Erforschung von Abtreibung induzierenden Verhütungsmitteln. Ihre Beiträge zum Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP) der WHO werden zur Unterstützung von Forschung und Entwicklung in folgenden Bereichen genutzt:

- Sicherheit und Effektivität von Familienplanungsmethoden
- Soziale und Verhaltens-Determinanten von Familienplanung
- Langwirkende Kontrazeptiva
- Verhütungsmethoden für Männer
- Pflanzliche Kontrazeption
- Methoden sogenannter natürlicher Empfängnisverhütung
- Prävention und Behandlung von Unfruchtbarkeit

WHO-seits wird versichert, daß die von der Bundesregierung dem HRP zugewendeten zweckgebundenen Sonderleistungen nicht dazu verwandt wurden oder werden, Forschungsarbeiten zu finanzieren, die im Zusammenhang mit Methoden oder Mitteln zum Schwangerschaftsabbruch stehen. Dies stellt ein Sonderkontensystem für zweckgebundene Forschungsfinanzierung bei der WHO sicher.

57. Hält die Bundesregierung den zur Zeit u. a. durch das WHO-HRP sich in der Erprobung befindlichen Impfstoff gegen Schwangerschaften für ein geeignetes Verhütungsmittel, das in Entwicklungsländern zur Anwendung kommen sollte?

Wenn nein, was tut sie, um bei WHO-HRP auf die Einstellung der Forschung nach dem Impfstoff zu drängen?

Es wurde ein Prototyp einer Vakzine gegen menschliches Gonadotropin (HCG) entwickelt. Dieser Impfstoff soll zur Empfängnisverhütung eingesetzt werden. Ob er zu diesem Zweck geeignet sein wird, kann zur Zeit noch nicht abschließend beurteilt werden.

- a) Wenn ja, wirkt sie darauf hin, daß die Reversibilität dieses Verhütungsmittels getestet wird, und wie schätzt sie die Wahrscheinlichkeit der Reversibilität ein?

Die Reversibilität dieses Verhütungsmittels wird getestet. Bislang ist der Nachweis der Reversibilität über eine indirekte Methode – die Messung der Senkung des Antikörpertiters – erbracht worden. Die darüber hinaus mögliche Aufhebung des Effektes der HCG-Vakzine durch Hormongabe gilt als sehr wahrscheinlich.

- b) Hält sie den zukünftigen Einsatz eines solchen Mittels durch nichtärztliches Personal in unterversorgten Gebieten für vertretbar?

Wenn ein Anti-HCG-Impfstoff offiziell vom Bundesgesundheitsamt und/oder von der Weltgesundheitsorganisation zugelassen wird, wird er eine aufgrund ihrer Wirkungsweise, ihrer Anwendungsmöglichkeit und ihrer Sicherheit geeignete Verhütungsmethode sein, um auch durch nicht-ärztliches ausgebildetes Personal angeboten zu werden. Die Frage der Verabreichung von Kontrazeptiva durch nicht-ärztliches Personal wurde im übrigen an anderer Stelle (z. B. Antwort zu Frage 39b) bereits beantwortet.

- c) Wie schätzt die Bundesregierung die Möglichkeit ein, daß Frauen mit diesem Impfstoff ohne ihr Wissen im Rahmen anderer Vorsorgeimpfungen behandelt werden?

Die vorsätzliche oder fahrlässige Täuschung von Personen über die an ihnen vorzunehmenden oder vorgenommenen medizinischen Handlungen und über die Wirkungen und Nebenwirkungen ihnen verabreichter Arzneimittel ist theoretisch schon von jeher möglich gewesen und wird auch immer potentiell möglich sein.

Falls ein Anti-HCG-Impfstoff jemals in Familienplanungsprogrammen von Entwicklungsländern eingesetzt wird, die von der Bundesregierung im Rahmen der FZ oder TZ unterstützt werden, so unterliegen sein Angebot und seine Anwendung genau den gleichen Qualitätskriterien und Anwendungsprinzipien wie die übrigen Methoden auch. Dazu gehören als oberstes Prinzip die

Freiwilligkeit und die Aufklärung der Anwenderinnen über die angebotenen Methoden.

Überhaupt tritt die Bundesregierung in der EZ im Bereich der Familienplanung entschieden für vollständige Information bei der Verabreichung von Verhütungsmitteln an Frauen und Männer in Entwicklungsländern ein.

Ein Impfstoff zur Vermeidung von Schwangerschaften würde in diesem Rahmen stets nach diesem Grundsatz verabreicht werden.

Eine Zusammenarbeit mit Institutionen in Entwicklungsländern, die Frauen im Rahmen anderer Vorsorgeimpfungen ohne ihr Wissen gegen Schwangerschaften impfen, ist für die Bundesregierung undenkbar.

Die von der Bundesregierung unterstützten Familienplanungsprogramme in Entwicklungsländern werden gewöhnlich unter Beratung und Betreuung von deutschen Fachkräften durchgeführt, die vertraglich auch für die Einhaltung dieser Kriterien verpflichtet sind. Ferner finden generell Evaluierungen und Fortschrittskontrollen dieser Programme statt, denen eine unzulässige Abgabe von Impfungen an Frauen ohne deren Wissen kaum entgehen kann. Falls in unterstützten Familienplanungsprogrammen der Partnerländer solche Praktiken bekanntwerden sollten, müßte eine umgehende Einstellung der Förderung erfolgen und so deutlich gemacht werden, daß sie nicht akzeptabel sind.

Die WHO ihrerseits betont, daß die Anti-HCG-Vakzine über Familienplanungsinstitutionen und nicht im Rahmen von Impfprogrammen abgegeben werden sollen, um ihre Verwechslung mit anderen Vakzinen zu vermeiden.

Die Gefahr eines Mißbrauchs dieses Präparates ist nicht größer einzuschätzen als bei vergleichbaren Verhütungsmitteln (z. B. Dreimonatsspritze).

58. Hält die Bundesregierung die weitere Erforschung alter und neuer hormoneller oder genetischer Verhütungsmittel für sinnvoll und notwendig, angesichts der Tatsache, daß alle bisherigen derartigen Mittel den problemlosen Einsatz in Entwicklungsländern nicht ermöglicht haben?

Wenn nein, was tut die Bundesregierung, um die weitere Forschung nach solchen Mitteln einzuschränken?

Ja. Die Bundesregierung hält weitere Forschung im Bereich der Verhütungsmittel und -methoden für sinnvoll und notwendig, um zunehmend bessere Mittel mit noch weniger Nebenwirkungen zu finden, sowie Mittel, die von Männern angewandt werden können. Allerdings dürfte ein völlig problemloser Einsatz von Verhütungsmitteln nur schwer zu erreichen sein. Daher ist bereits eine Verbesserung der Mittel und Methoden ein Fortschritt und Ziel der Forschung. Eine stärkere Beachtung der psycho-sozialen Bedingungen und der Sexualität wird ebenfalls angestrebt.

59. Kann die Bundesregierung garantieren, daß bei der Forschungsarbeit des WHO-HRP und anderen von der UNFPA unterstützten Erprobungen von Verhütungsmitteln, die volle Information und Freiwilligkeit der Teilnahme aller Probandinnen gewährleistet ist?
- Was tut sie, um darauf hinzuwirken?
 - Wie kontrolliert sie die Einhaltung solcher Richtlinien?

Die Bundesregierung wirkt in dem Regierungsausschuß des WHO-HRP und in dem für UNFPA zuständigen UNDP-Verwaltungsrat in enger Abstimmung mit den anderen westlichen Gebern darauf hin, daß die für diese Programme geltenden Richtlinien die volle Information und Freiwilligkeit aller Probandinnen bei der Erprobung von Verhütungsmitteln gewährleisten. Die Einhaltung der Richtlinien wird durch regelmäßige Evaluierungen kontrolliert.

60. Wie beurteilt die Bundesregierung den Einsatz sogenannter natürlicher oder mechanischer Verhütungsmethoden in Entwicklungsländern?
- Wie beurteilt sie den Einsatz der Rhythmismethode,
 - des Diaphragmas,
 - von Kondomen?
 - Was tut sie, um die vermehrte Erforschung und den Einsatz dieser Methoden zu fördern?

Die Bundesregierung hält den Einsatz sogenannter natürlicher und mechanischer Methoden sowohl in Industrie- als auch in Entwicklungsländern für eine wertvolle Ergänzung des Gesamtangebots an Familienplanungsmethoden.

Dies bedeutet jedoch nicht, daß die anderen Methoden prinzipiell weniger geeignet wären.

Die Eignung eines Verhütungsmittels ist vielmehr von den Gegebenheiten im Einzelfall abhängig und von der Entscheidung der Paare. Was die Eignungsvoraussetzungen im Einzelfall angeht, spielen z. B. folgende Faktoren eine Rolle:

Nebenwirkungen und Risiken, Verfügbarkeit, Fragen der Akzeptanz, insbesondere im kulturellen Kontext, Sicherheit der Verhütungswirkung, Schutz gegen Übertragung von Geschlechtskrankheiten einschl. AIDS, Einfachheit der Anwendung, Haltbarkeit, Einbeziehung der Männer in die Familienplanung.

Dementsprechend ist eine allgemein gültige Beantwortung der Unterfragen a bis c nicht möglich.

In den von der Bundesregierung geförderten bilateralen Familienplanungsvorhaben werden alle verfügbaren Mittel und Methoden der Verhütung angeboten. Zur weiteren Erforschung und Verbesserung dieser Verhütungsmethoden unterstützt die Bundesregierung das HRP.

61. Durch die integrierten Programme und die Art der gewählten Verhütungsmittel sind Frauen in erster Linie Adressatinnen internationaler Familienplanung.

Sieht die Bundesregierung die Verantwortung für Familienplanung als alleinige Aufgabe der Frauen an?

Falls ja, warum?

Falls nein, warum unterstützt sie dann im Rahmen ihrer bilateralen Entwicklungshilfe in überwiegendem Maß Programme, die sich an Frauen als Adressatinnen von Familienplanung wenden?

Was unternimmt sie im Rahmen ihrer internationalen bevölkerungspolitischen Aktivitäten, um Männer mit Verhütungsmethoden vertraut zu machen, die von ihnen oder gemeinsam mit ihrer Partnerin angewendet werden können?

Die Bundesregierung sieht die gemeinsame Verantwortung von Männern und Frauen für die Familienplanung. Sie wird sich dafür einsetzen, daß die Bereitschaft zu partnerschaftlichem Verhalten gestärkt wird. Dazu gehören auch die gezielte Information und Ansprache von Männern.

Die von der Bundesregierung unterstützten Familienplanungsprogramme waren früher überwiegend in Mutter-Kind-Fürsorgedienste integriert, da sie vor allem auf die Gesunderhaltung von Müttern und Kindern abzielen. Die Programme wenden sich neuerdings zunehmend auch an Jugendliche und Männer, um zu frühe ungewollte Schwangerschaften sowie gefährliche Abtreibungen verhindern zu helfen, um die verantwortliche Beteiligung der männlichen Bevölkerung zu verbessern und schließlich um dem Erfordernis gerecht zu werden, Familienplanung vermehrt in der Familie zu diskutieren, sich ggf. dafür zu entscheiden und sie konsequent zu praktizieren.

In den von der Bundesregierung unterstützten Vorhaben werden Aufklärungskampagnen durchgeführt, die sich auch an die Männer als Zielgruppe richten. Ferner wird verstärkt die Benutzung von Kondomen propagiert. Im Schulunterricht werden Familien- und Sexualkunde eingeführt.

Die Bundesregierung wirkt in der Geberkoordinierung des IPPF und in dem für UNFPA zuständigen UNDP-Verwaltungsrat in enger Abstimmung mit den anderen westlichen Gebern darauf hin, daß die für die Bevölkerungsprogramme beider Organisationen geltenden Richtlinien die volle Information von Männern und Frauen bei der Beratung über Verhütungsmethoden gewährleisten. Diese Richtlinien sehen vor, daß beide Partner über mögliche Optionen für Männer und Frauen aufgeklärt werden und sich frei entscheiden können, welche Verhütungsmethoden sie gemeinsam anwenden.

62. Welche Informationen hat die Bundesregierung über Familienplanungsprojekte, die von einheimischen Frauen selbst initiiert wurden?

In welcher Art und Weise unterstützt sie diese Projekte?

In den meisten Entwicklungsländern gibt es eine Reihe von lokal organisierten Frauengruppen mit der Zielsetzung Familienplanung. Allein in Bangladesh existieren ca. 600 entsprechend aus-

gerichtete nichtstaatliche Organisationen, bei denen die einheimischen Frauen die Initiatorinnen und Trägerinnen von Familienplanungsaktivitäten sind. Dort wo solche Fraueninitiativen existieren, werden sie bereits in der Phase der Projektplanung an der Erarbeitung der Konzeption des Vorhabens beteiligt. In der Durchführungsphase werden die Organisationen und ihre Programme durch die Bundesregierung gefördert. Sie haben also die Möglichkeit, sich in bilaterale Vorhaben zu integrieren.

Solche Projekte werden auch über multilaterale (UNFPA, IPPF, WB) EZ-Beiträge und Zuwendungen mit Nachdruck von der Bundesregierung unterstützt. Dabei sind nach Auskunft dieser Organisationen die medizinische Überwachung und Einhaltung ethischer Grundsätze auf jeden Fall gewährleistet.

