



YOUTH CAN!

Warum sich Deutschland für eine aufgeklärte
und gesunde Jugend in Afrika engagieren sollte

Titelbild: Schülerinnen der Shompole Schule im südlichen Kenia. Die Schule unterstützt alternative Übergangsriten und Zeremonien für junge Massai-Stammesmädchen. So wird verhindert, dass die Schülerinnen die traditionelle weibliche Beschneidung durchmachen und dafür gesorgt, dass sie weiterhin zur Schule gehen können.

Foto: © Jonathan Torgovnik

YOUTH CAN!

**Warum sich Deutschland für eine aufgeklärte
und gesunde Jugend in Afrika engagieren sollte**

IMPRESSUM

Herausgeber

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW)
Hindenburgstr. 25
30175 Hannover
Tel.: +49 511 94373-0
Fax: +49 511 94373-73
E-Mail: hannover@dsw.org
www.dsw.org

Diese Studie wurde im Auftrag der DSW vom Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung erstellt.

Autoren: Theresa Damm, Ruth Müller, Alexandra Reinig und Tanja Kiziak

Konzeptionelle Beratung: Reiner Klingholz

Lektorat: Daniel Hegemann

Gestaltung: Simone Schmidt, grafik.design, Hannover

Originalausgabe: Februar 2018 ©

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Sämtliche, auch auszugsweise Verwertung bleibt vorbehalten.

INHALT

Vorwort	4
Das Wichtigste in Kürze	6
1 Warum sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte wichtig für Afrikas Entwicklung sind	8
2 Internationale Vereinbarungen zur Stärkung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte	28
3 Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit unter der Lupe	36
3.1 Entwicklungspolitische Leitlinien: Konzepte und Strategien	38
3.2 Engagement auf internationaler Bühne	42
3.3 Finanzielle Ausstattung der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit für SRGR	43
3.4 Unterstützung gefragt? Wie BMZ und die Partnerländer ihre Zusammenarbeit aushandeln	49
3.5 Von der Planung zur Umsetzung	51
3.6 Fazit: Was die deutsche Entwicklungszusammenarbeit tatsächlich leistet und vor welchen Herausforderungen sie steht	58
4 Was tun? – Forderungen an die deutsche Entwicklungszusammenarbeit	60
Methodische Anmerkungen	63
Abkürzungsverzeichnis	65

VORWORT



Im September 2015 haben die Vereinten Nationen die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung und die 17 Ziele für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDGs) verabschiedet, die bis 2030 umgesetzt werden sollen. Die künftige Bundesregierung hat die Chance, ihre Politik so zu gestalten, dass Deutschland seiner Verantwortung für nachhaltige Entwicklung nachkommt.

Insbesondere in Afrika südlich der Sahara ist es für die Umsetzung der SDGs von zentraler Bedeutung, der größten Jugendgeneration aller Zeiten ein selbstbestimmtes, gesundes und produktives Leben zu ermöglichen. Die Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW) engagiert sich daher besonders für die Belange von Jugendlichen in den Bereichen Gesundheit (SDG 3) und Gleichstellung der Geschlechter (SDG 5). Mit unserer politischen Arbeit setzen wir uns für Themen ein, die oft nicht im Zentrum der entwicklungspolitischen Debatte stehen – oder gar tabuisiert werden: der universelle Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten (SRGR) und zu umfassender Sexualaufklärung.

Mit der vorliegenden Studie wollen wir dazu beitragen, diese Themen auf die politische Agenda zu setzen. Denn: Mehr als eine von drei sexuell aktiven Mädchen und Frauen zwischen 15 und 19 Jahren in Entwicklungsländern können keine modernen Verhütungsmittel verwenden, obwohl sie nicht schwanger werden wollen. Dieser ungedeckte Bedarf an Verhütung führt zu Millionen ungewollter Schwangerschaften, die große gesundheitliche Risiken bis hin zum Tod bergen. Zudem erschweren frühe Schwangerschaften es Mädchen und jungen Frauen, die Schule zu beenden, einer qualifizierten Arbeit nachzugehen und ein selbstbestimmtes Leben zu führen.

Die Studie zeigt auch auf, welche volkswirtschaftlichen Vorteile es haben kann, wenn in Gesundheit, Sexualaufklärung und Gleichstellung von jungen Menschen investiert wird. Sie geht außerdem der Frage nach, wie sich die Bundesregierung in den vergangenen Jahren für die Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte junger Menschen engagiert hat. Dafür wurden die Strategiepapiere des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) ebenso untersucht, wie die finanziellen Mittel, die in diesen Bereich fließen. Dabei wird deutlich, dass es zwar viele gute Ansätze gibt aber gerade für Jugendliche mehr getan werden kann und muss. Ich plädiere daher dafür, dass SRGR in der künftigen Gesundheitsstrategie des BMZ eine zentrale Rolle spielt und sich dies in der bi- und multilateralen Zusammenarbeit widerspiegelt.

Auch internationale Ereignisse wie die Entscheidung von US-Präsident Trump, die Global Gag Rule und das Kemp-Kasten Amendment wiedereinzuführen, zeigen: Die Bemühungen für SRGR müssen dringend verstärkt werden. Die Global Gag Rule besagt, dass ausländische Nichtregierungsorganisationen, die zu Schwangerschaftsabbrüchen arbeiten, keine US-Entwicklungsgelder bekommen können. Das Kemp-Kasten Amendment dient dazu, die Finanzierung des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA), der einer der größten Anbieter von Familienplanung und Verhütungsmitteln weltweit ist, drastisch zu reduzieren. Somit ist der mit Abstand größte Geber in diesem Bereich weggebrochen.

Viele Staaten haben sich im März 2017 der „She Decides“-Initiative angeschlossen und zugesagt, ihren Einsatz für den universellen Zugang zu SRGR zu verstärken. Ich appelliere an die neue Bundesregierung, sich dieser Initiative anzuschließen und einen größeren Beitrag für eine gesunde und aufgeklärte Jugend zu leisten.



Renate Bähr

Geschäftsführerin der Deutschen Stiftung Weltbevölkerung (DSW)

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

WARUM DIE JUGEND IN AFRIKA SÜDLICH DER SAHARA SO DRINGEND ZUGANG ZU VERHÜTUNGSMITTELN UND SEXUALAUFLÄRUNG BENÖTIGT

Bis ins Jahr 2050 dürfte sich die Bevölkerung in Afrika südlich der Sahara verdoppeln – von heute etwas mehr als einer Milliarde auf knapp 2,2 Milliarden Menschen. Etwa ein Drittel der Einwohnerschaft des Kontinents ist derzeit zwischen zehn und 24 Jahre alt. An diesen jungen Menschen wird sich entscheiden, ob es den Ländern südlich der Sahara gelingt, Armut, Kriege und Hungersnöte langfristig hinter sich zu lassen und den Menschen stattdessen ein selbstbestimmtes Leben in Wohlstand und Frieden zu garantieren.

Die Hoffnung darauf ist nicht unrealistisch. So wie die Staaten Afrika südlich der Sahara heute, zählten Länder wie Südkorea oder Singapur vor fünfzig Jahren zu den ärmsten der Erde. Heute haben sie eines der höchsten Wohlstandsniveaus weltweit erreicht. Ein Drittel dieses Wirtschaftswachstums führen Ökonom_innen auf eine demografische Dividende zurück: Das große Potenzial einer zahlenmäßig großen, jungen und gut gebildeten Erwerbsbevölkerung wurde dafür genutzt.

Ein solches Wirtschaftswunder wäre prinzipiell auch in Afrika südlich der Sahara möglich. Doch dafür müssen die richtigen Voraussetzungen geschaffen werden: Eine Entwicklung nach dem Vorbild der asiatischen Tigerstaaten wird nur möglich sein, wenn die heutige Jugendgeneration – egal ob männlich oder weiblich – gesund ist, wenn die jungen Menschen eine gute Bildung bekommen, wenn sie einen Beruf erlernen und einen Arbeitsplatz finden. Investitionen in Gesundheit, Bildung und Arbeitsplätze verlangsamen zugleich das Bevölkerungswachstum, wodurch die Versorgung der Bevölkerung leichter zu finanzieren ist und sich die sozioökonomische Entwicklung beschleunigt.

Zu einer freien Entfaltung gehört auch, dass Jugendliche sich vor sexuell übertragbaren Krankheiten und ungewollten Schwanger-

schaften schützen können. Jährlich kommen mehr als zehn Millionen Kinder in Afrika südlich der Sahara zur Welt, deren Mütter jünger als 20 Jahre sind. Die jungen Mütter haben oft kaum Perspektiven darauf, die Schule abzuschließen, einen Beruf zu ergreifen und ihr Leben nach den eigenen Vorstellungen zu gestalten. Zudem sind Schwangerschaften in diesem Alter höchst riskant: Die Sterblichkeitsrate ist bei sehr jungen Müttern am höchsten. Viele der Schwangerschaften enden auch in gefährlichen, nicht professionell durchgeführten Abtreibungen, deren Folgen oft tödlich sind.

SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT IST EIN MENSCHENRECHT

Diese schwierige Lage junger Menschen in Afrika südlich der Sahara bedeutet eine millionenfache Verletzung ihrer Menschenrechte. Denn im Jahr 1994 hat sich die internationale Gemeinschaft bei der Kairoer Weltbevölkerungskonferenz darauf geeinigt, dass sich aus den universellen Menschenrechten das individuelle Recht ableitet, frei über das eigene Sexualleben, die Ehe und Familienplanung zu entscheiden – auch für Jugendliche. Im dazugehörigen Aktionsplan sagten 179 Länder zu, die dafür notwendigen Informationen und Mittel zur Verfügung zu stellen.

Alle Aspekte rund um das körperliche und geistige Wohlbefinden und die Entscheidungsfreiheit in Bezug auf Sexualität, Familienplanung oder Fortpflanzung werden seitdem unter dem Begriff „sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte“ zusammengefasst.

Die Staatengemeinschaft hat sich immer wieder zu den im Kairoer Aktionsplan verabschiedeten Zielen bekannt – zuletzt in den nachhaltigen Entwicklungszielen (SDGs). Darin hat sie unter anderem zugesagt, die Müttersterblichkeit zu senken, HIV und Aids zu bekämpfen, den Zugang zu Familienplanung zu garantieren und den Zugang zu Sexualaufklärung zu verbessern. Jugendliche

stehen hierbei zunehmend im Fokus. Denn sie stehen in den genannten Bereichen besonderen Herausforderungen gegenüber, sind zugleich aber der Schlüssel für eine positive Entwicklung Afrikas südlich der Sahara.

BUNDESREGIERUNG IN DER PFLICHT

Auch die Bundesrepublik Deutschland hat sich zu den nachhaltigen Entwicklungszielen bekannt. Als reiche Industrienation muss sie die SDGs nicht nur im eigenen Land umsetzen. Die Bundesrepublik hat auch eine Verantwortung dafür, die ärmeren Länder beim Erreichen der SDGs – und damit auch bei der Umsetzung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte – zu unterstützen. Die vorliegende Studie hat untersucht, ob die deutsche Entwicklungszusammenarbeit diesem Anspruch insbesondere für Jugendliche gerecht wird.

Die Ergebnisse zeigen:

- Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit engagiert sich bereits seit Jahrzehnten für die Stärkung von sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten. Deutschland ist in absoluten Zahlen zwar eines der wichtigsten Geberländer für diesen Bereich. Der Bereich hat jedoch verglichen mit den anderen Sektoren in den vergangenen Jahren in der bilateralen Zusammenarbeit mit den Entwicklungsländern insgesamt an Gewicht verloren.
- In der Entwicklungszusammenarbeit mit Afrika südlich der Sahara haben sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte dagegen an Stellenwert gewonnen. Der Fokus auf Jugendliche könnte allerdings noch ausgebaut werden.
- Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte stehen in ständiger Konkurrenz um politische Aufmerksamkeit und finanzielle Mittel zu anderen Themen innerhalb und außerhalb des Gesundheitsbereichs – und das, obwohl dieser Bereich zentral für die Erreichung der SDGs ist.

Handlungsaufforderungen an die Bundesregierung:

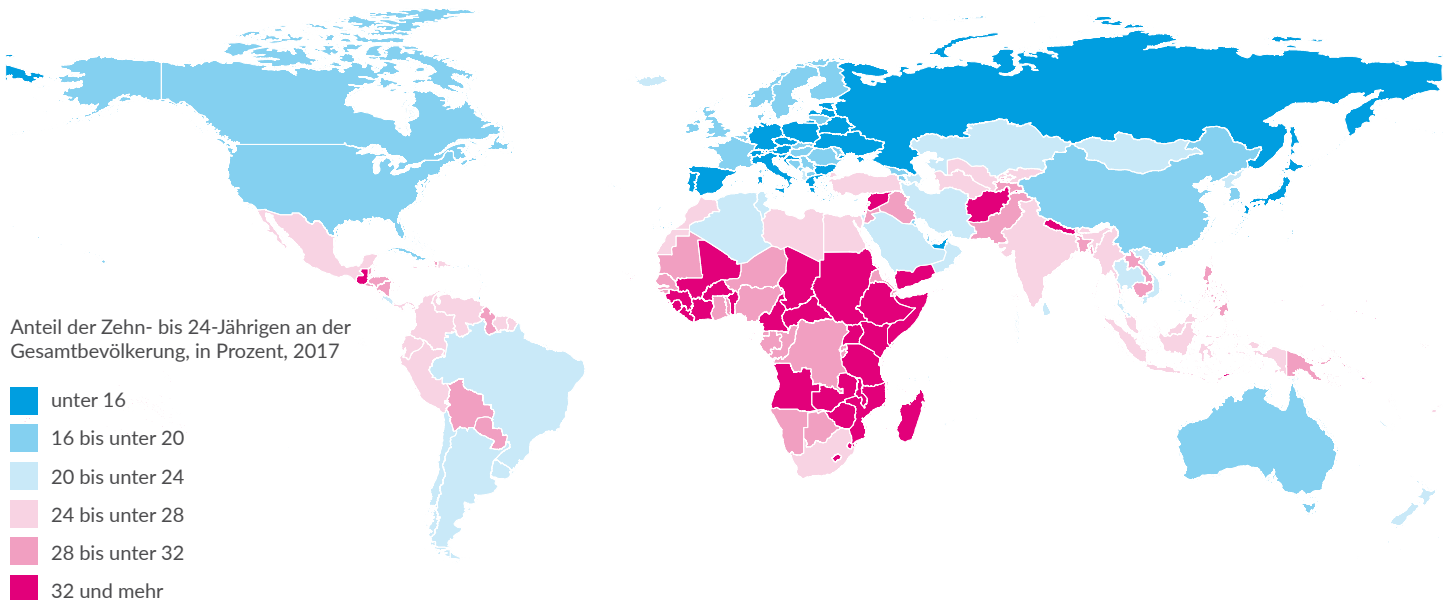
- Deutschland muss seine jahrzehntealte Zusage einlösen, dauerhaft mindestens 0,7 Prozent des Bruttonationaleinkommens für die Entwicklungszusammenarbeit bereitzustellen – und zwar ohne Kosten für Geflüchtete im Inland anzurechnen.
- Diese Erhöhung sollte unter anderem dafür genutzt werden, mehr in Sexualaufklärung, Familienplanung und allgemein in sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte zu investieren. So sollte zum Beispiel der deutsche Beitrag an den Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) und die Internationale Familienplanungsvereinigung (IPPF) mindestens verdoppelt werden. Deutschland sollte sich zudem der Initiative „She Decides“ anschließen, die es sich zum Ziel gesetzt hat, die seit dem Regierungswechsel in den USA entstehende Finanzierungslücke zu schließen. Denn die US-Administration hat angekündigt, die Gelder im Bereich Familienplanung und Müttergesundheit stark zu reduzieren.
- Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) überarbeitet zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Studie das „Sektorkonzept Gesundheit“ aus dem Jahr 2009, um es den SDGs und aktuellen Herausforderungen der Entwicklungszusammenarbeit anzupassen. Dies ist begrüßenswert. Bei dieser Arbeit darf das BMZ inhaltlich aber keinesfalls hinter die bisherige Strategie zurückfallen. Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte müssen als eigenständiges Schwerpunktthema der bilateralen und multilateralen Zusammenarbeit verankert bleiben.
- Das BMZ sollte gegenüber den Partnerregierungen in den Entwicklungsländern für Projekte werben, die den Zugang zu jugendfreundlichen Gesundheitsdienstleistungen, HIV-Prävention, modernen Verhütungsmitteln sowie umfassende Sexualaufklärung für alle Jugendliche, unabhängig von der Zustimmung Dritter, in den Mittelpunkt stellen.

1 WARUM SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT UND RECHTE WICHTIG FÜR AFRIKAS ENTWICKLUNG SIND

Afrika südlich der Sahara ist die Region mit der jüngsten Bevölkerung der Welt. Knapp 639 Millionen Menschen, etwa zwei Drittel der Bevölkerung, sind unter 25 Jahre alt.¹ Ob es den Ländern südlich der Sahara gelingt, Armut, Kriege und Hungersnöte

langfristig hinter sich zu lassen und ihren Bevölkerungen stattdessen ein selbstbestimmtes Leben in Wohlstand und Stabilität zu garantieren, entscheidet sich an dieser Generation.

JUNGE WELTREGION



Mit Ausnahme Südafrikas stellt die Jugendbevölkerung zwischen zehn und 24 Jahren in allen Ländern südlich der Sahara mehr als ein Viertel der Bevölkerung, in den meisten Ländern sogar etwa ein Drittel. Die Weltregion ist damit die jüngste der Erde.

Datengrundlage: UNDESA.² Die Landkarte wurde erstellt auf Grundlage des Programms EasyMap der Lutum+Tappert DV-Beratung GmbH, Bonn

Diese Entscheidung fällt nicht erst in einigen Jahren, sondern bereits heute. Denn etwa die Hälfte der afrikanischen Kinder und Jugendlichen ist bereits über zehn Jahre alt. Viele stehen vor dem Ende ihrer Schullaufbahn und dem Berufseinstieg sowie häufig kurz davor, selbst Kinder zu bekommen. Manche haben erste Schritte ins Erwachsenenleben bereits hinter sich gebracht. Damit sie diese entscheidende Lebensphase erfolgreich meistern, benötigen sie die Unterstützung von Erwachsenen – nicht nur innerhalb, sondern vor allem von außerhalb der Familie. Ihnen müssen Lehrkräfte zur Seite stehen, die sie in der Schule aufs Berufsleben vorbereiten und ihnen ermöglichen, Selbstbewusstsein und die Fähigkeit zum kritischen Denken zu entwickeln. Sie

brauchen Ausbildungs- und Arbeitsplätze, die ihnen die Aussicht darauf bieten, einen Beruf zu erlernen und später genügend Geld zu verdienen, um ihren Lebensunterhalt zu bestreiten. Zudem benötigen sie medizinischen Rat und Versorgung durch geschultes Personal, um den eigenen Körper zu verstehen und Krankheiten und ungewollten Schwangerschaften vorbeugen zu können. Je besser die jungen Menschen von heute für sich selbst sorgen können, desto besser werden auch die Startbedingungen ihrer Kinder sein. Den Zehn- bis 24-Jährigen Chancen zu verschaffen, bedeutet also, den sozioökonomischen Fortschritt in Afrika südlich der Sahara in Bewegung zu setzen.

ENTSCHEIDENDES ALTER

Durchschnittsalter	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Mädchen	Voradoleszenz			frühe Adoleszenz		mittlere Adoleszenz		späte Adoleszenz		Jugendalter			junges Erwachsenenalter			
Jungen	Voradoleszenz			frühe Adoleszenz		mittlere Adoleszenz		späte Adoleszenz		Jugendalter			junges Erwachsenenalter			

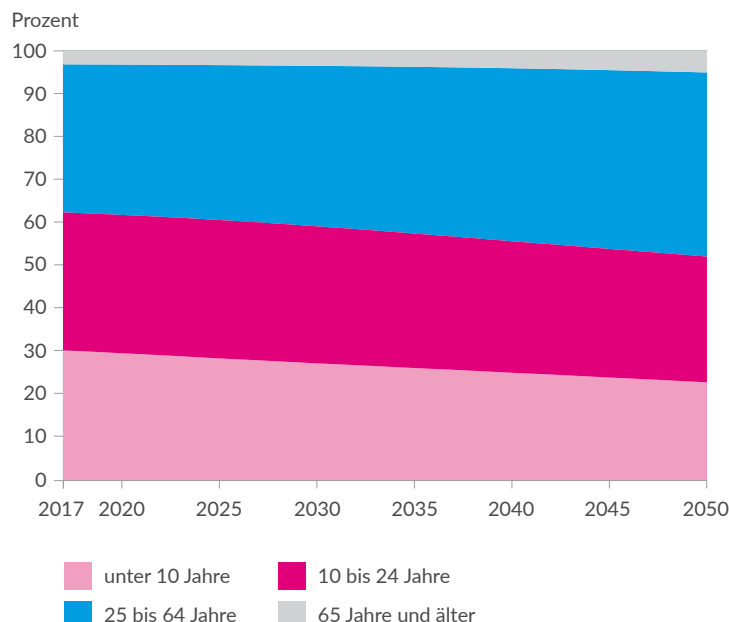
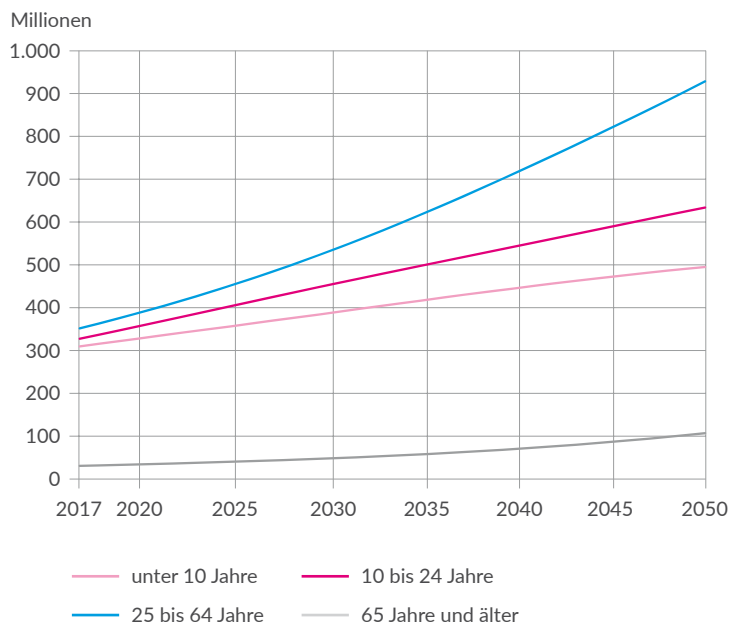
Bis sie im Alter von 25 Jahren als Erwachsene gelten, durchlaufen Mädchen ab neun und Jungen ab zehn Jahren zunächst die Adoleszenz, das Jugendalter und dann die junge Erwachsenenphase. In diesen Jahren verändern sich nicht nur ihre Körper, sie entwickeln auch zentrale kognitive Fähigkeiten wie abstraktes,

zukunftsorientiertes Denken und treffen erste individuelle Entscheidungen. Nicht zuletzt fallen in diese Phase eine intensivere Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität, oft auch der erste Geschlechtsverkehr und der Aufbau erster romantischer Beziehungen.^{4,5}

Grafik in Anlehnung an Breinbauer, C. und Maddaleno, M.³

BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG AFRIKAS

Vorausschätzung von Zahl und Anteil der Bevölkerung Afrikas südlich der Sahara in unterschiedlichen Altersgruppen, in Millionen und in Prozent, 2017 bis 2050, mittlere Variante



Bis ins Jahr 2050 dürfte sich laut Schätzungen der Vereinten Nationen die Bevölkerung Afrikas südlich der Sahara von heute etwas mehr als einer Milliarde auf knapp 2,2 Milliarden Menschen verdoppeln. Mit beinahe einem Drittel Bevölkerungsanteil ist die Gruppe der Zehn- bis 24-Jährigen in der Region derzeit etwa so groß wie die Bevölkerung im Erwerbsalter zwischen 25 und 64 Jahren. Diese jungen Menschen werden die Zukunft der Region

maßgeblich mitgestalten. Welchen Lebensweg sie einschlagen und wie es ihnen dabei geht, entscheidet sich nicht erst in ferner Zukunft, sondern heute. Denn die jungen Menschen befinden sich kurz vor oder bereits mitten im Übergang ins Erwachsenenleben. Sie haben dringenden Bedarf an Schulen, an gut qualifizierten Lehrkräften, an gesundheitlicher Versorgung, Sexualaufklärung und Verhütungsmitteln sowie an Ausbildungs- und Arbeitsplätzen. Angesichts der wachsenden Bevölkerung dürfte die Nachfrage nach diesen Leistungen rapide steigen.

Datengrundlage: UNDESA⁶

GUTE NACHRICHTEN...

Die heutige Generation junger Menschen in Afrika südlich der Sahara ist ehrgeizig und bereit gesellschaftliche Verantwortung zu übernehmen. Darauf deuten die Ergebnisse des World Values Survey hin, einer Erhebung zu Wertevorstellungen weltweit. Mit Ghana, Nigeria, Ruanda, Südafrika und Simbabwe haben fünf Länder in Afrika südlich der Sahara an der Befragung teilgenommen, die zusammengekommen etwa 30 Prozent der Bevölkerung dieser Weltregion repräsentieren. In der letzten Erhebung (2010 bis 2014) gaben beinahe zwei Drittel der Befragten zwischen 18 und 29 Jahren aus diesen Ländern an, dass Erfolg und Anerkennung für sie wichtig seien. Ebenso viele sagten, ihnen sei es wichtig, etwas Gutes für die Gesellschaft zu tun.^{i,7} Zum Vergleich: In Deutschland streben ähnlich viele junge Menschen nach Erfolg und Anerkennung, allerdings gibt nur knapp ein Fünftel in dieser Altersgruppe an, es sei ihnen wichtig, einen gesellschaftlichen Beitrag zu leisten.

Bei der Jugend Afrikas südlich der Sahara handelt es sich zudem um eine Gruppe, die sich in ihrer Art zu kommunizieren vollkommen von jeder Vorgängergeneration unterscheidet – sogar von denjenigen, die nur wenige Jahre älter sind als sie: In der jüngsten Erhebung (2014 und 2015) des Afrobarometers gab ein Drittel der 15- bis 29-Jährigen an, mehrmals die Woche online zu sein – noch sechs Jahre zuvor hatte dies für nur ein Zehntel gegolten.^{ii,8} Im Internet verfolgen junge Afrikaner_innen globale Entwicklungen, profitieren vom weltweiten Wissensschatz und schaffen damit wesentliche Voraussetzungen dafür, dass der Kontinent nach vorne streben und sich modernisieren kann.

ⁱ Um sicherzustellen, dass die Umfrageergebnisse für die jeweilige Gesamtbevölkerung repräsentativ sind, wenden die Wissenschaftler_innen aufwändige Verfahren an, etwa die Übersetzung der Fragebögen in die Sprachen der unterschiedlichen ethnischen Gruppen oder statistische Gewichtungungsverfahren.

ⁱⁱ Die Befragung umfasst 18.327 Personen zwischen 15 und 29 Jahren in 32 Ländern. In der Erhebungsrunde 2008/2009 sind unter 18-Jährige nicht abgebildet. Die Befragungsgruppe umfasst 11.045 Personen zwischen 18 und 29 Jahren in 20 Ländern.

...ABER AUCH SCHLECHTE NACHRICHTEN

Obwohl die urbane Mittelschicht aus jungen, technikbegeisterten Menschen in Afrika südlich der Sahara wächst, stellt sie weiterhin eine Minderheit dar. Nach wie vor leben große Teile der afrikanischen Bevölkerung unterhalb der Armutsgrenze. Besonders schlecht ist die Lage auf dem Land, wo knapp 60 Prozent der Bevölkerung und damit auch die Mehrheit der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen aufwächst.⁹

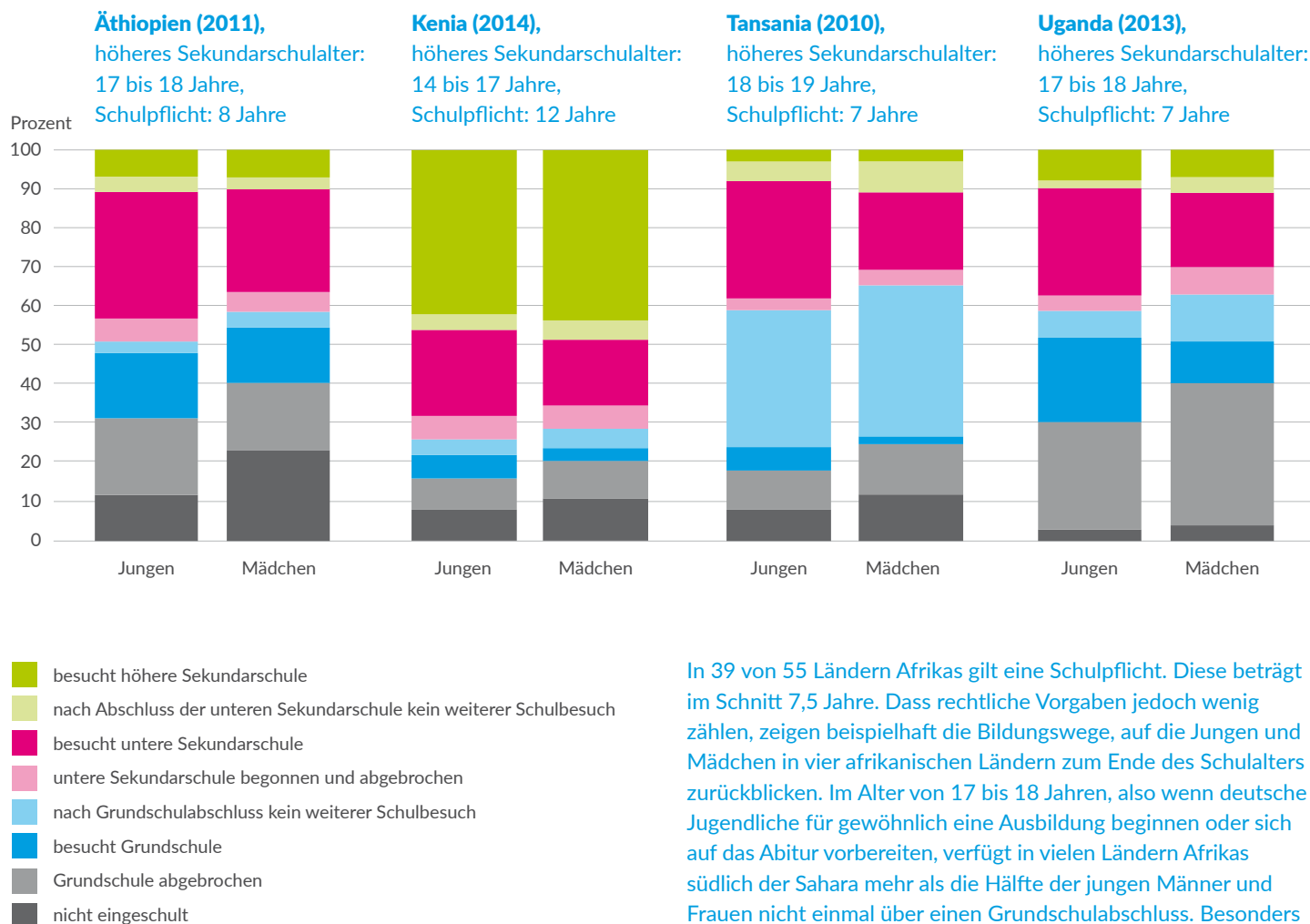
Dort leben weite Teile der Bevölkerung in Armut und stehen vor immensen infrastrukturellen, ökonomischen und sozialen Problemen. Fast zwei von fünf Kindern in Afrika südlich der Sahara besuchen im dafür vorgesehenen Alter keine Grundschule, zwei Drittel keine weiterführende Schule.¹⁰ Schätzungen der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) zufolge arbeitete im Jahr 2012 stattdessen mehr als jedes vierte Kind zwischen fünf und 14 Jahren. 83 Prozent davon galten als Kinderarbeiter_innen, mussten also zum Beispiel für ihr Alter zu anstrengende, teilweise gar gefährliche Tätigkeiten erfüllen oder arbeiteten zu viele Stunden.¹¹ Die meisten dieser Kinder werden für ihre Arbeit nicht bezahlt.¹² Auch für Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 15 und 24 Jahren ist die Lage oft sehr schwierig: Etwa die Hälfte von ihnen arbeitet – die meisten davon für einen Hungerlohn unterhalb der Armutsgrenze von umgerechnet 3,10 US-Dollar am Tag.¹³

Armut ist eine der Hauptursachen dafür, dass afrikanische Kinder und Jugendliche früh die Schule abbrechen. Viele Eltern können es sich schlicht nicht leisten, ihr Kind bis ins junge Erwachsenenalter zur Schule zu schicken und auf dessen Arbeitskraft bei der Feldarbeit zu verzichten. Statt die Schulbank zu drücken, müssen die betroffenen Kinder das eigene Überleben und das ihrer Familien sichern helfen.¹⁴ Solange sie aber arbeiten und nicht zur Schule gehen oder sich anderweitig ausbilden lassen, ergeben sich für die jungen Leute kaum Perspektiven, künftig der Armut zu entinnen.

Besonders schlecht sind die Chancen der Mädchen. Nach wie vor besuchen sie nicht nur seltener überhaupt eine Schule als Jungen, sie scheiden auch früher aus dem Bildungssystem aus – häufig mit Beginn der Pubertät.¹⁵ Eine von vielen Ursachen dafür ließe sich

KURZE BILDUNGSKARRIERE

Erreichtes Bildungsniveau der Jugendlichen im höheren Sekundarschulalter in unterschiedlichen Ländern und Jahren, in Prozent der jeweiligen Altersgruppe, nach Geschlecht



In 39 von 55 Ländern Afrikas gilt eine Schulpflicht. Diese beträgt im Schnitt 7,5 Jahre. Dass rechtliche Vorgaben jedoch wenig zählen, zeigen beispielhaft die Bildungswege, auf die Jungen und Mädchen in vier afrikanischen Ländern zum Ende des Schulalters zurückblicken. Im Alter von 17 bis 18 Jahren, also wenn deutsche Jugendliche für gewöhnlich eine Ausbildung beginnen oder sich auf das Abitur vorbereiten, verfügt in vielen Ländern Afrikas südlich der Sahara mehr als die Hälfte der jungen Männer und Frauen nicht einmal über einen Grundschulabschluss. Besonders schwierig ist die Lage der Mädchen. Dies zeigen beispielhaft Äthiopien, Kenia, Tansania und Uganda. In allen Ländern ist der Anteil derjenigen, die niemals im Leben eine Schule besucht haben, unter den Mädchen höher als unter den Jungen. In Äthiopien liegt das Verhältnis bei 23 zu zwölf Prozent.

Datengrundlage: DHS zitiert nach Pathway Analysis¹⁶, UNESCO¹⁷

durch simple Maßnahmen beheben: Viele Mädchen besuchen alleine deshalb nicht mehr den Unterricht, weil sie in der Schule während der Menstruation nicht für ihre Hygiene sorgen können. Es mangelt ihnen nicht nur an Binden und Tampons, vor allem gibt es in vielen Schulen weder Toiletten noch sauberes Wasser oder Seife.¹⁸ Das Einsetzen der Monatsblutung bedeutet für viele Mädchen das eigentlich vermeidbare, frühzeitige Ende der Schulzeit und damit sinkende Chancen auf eine selbstbestimmte Entfaltung im Verlauf ihres Lebens.¹⁹

MANGELNDER SCHUTZ VOR UNGEWOLLTEN SCHWANGERSCHAFTEN

Eine der größten Barrieren für die freie Entfaltung von Jugendlichen in Afrika südlich der Sahara wird häufig übersehen: Zu ihren größten Problemen zählen, dass sie sich vor ungewollten Schwangerschaften und vor sexuell übertragbaren Krankheiten nur unzureichend schützen können.²⁰

VERGESSENE ALTERSGRUPPE

Während Wertevorstellungen und Sexualverhalten von 15- bis 24-Jährigen weltweit recht gut dokumentiert sind, ist über die Bedürfnisse und das Sexualleben der Zehn- bis 14-Jährigen nur wenig bekannt. Dies ist fatal. Denn in diese Lebensphase fällt bei nahezu allen Jugendlichen der Beginn der Pubertät. Für Mädchen kann das bereits die erste Schwangerschaft bedeuten.

In der Hälfte der 36 Länder in Afrika südlich der Sahara, für welche zwischen 2007 und 2017 Daten vorliegen, gibt mehr als jedes zehnte Mädchen an, bereits vor dem 15. Geburtstag den ersten Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Bei den Jungen sind es nur etwas weniger. Laut Schätzungen des Guttmacher Instituts brachten in Entwicklungsländern im Jahr 2016 rund 777.000 Mädchen zwischen zehn und 14 Jahren ein Kind zur Welt, davon 58 Prozent in Afrika.²⁶

Auch wenn die überwiegende Mehrheit in diesem Alter noch keinen Geschlechtsverkehr hat, prägen diese Jahre das sexuelle

Häufig sind sie nicht oder unzureichend aufgeklärt und haben schlechten Zugang zu Verhütungsmitteln.^{21, 22} Dass junge Menschen Sex haben, wird von Eltern, Lehrkräften und Gesundheitspersonal häufig ausgeblendet oder gar stigmatisiert.²³ Umfragen in 35 Ländern Afrikas südlich der Sahara zeigen aber: Etwa ein Drittel der jungen Männer und beinahe die Hälfte der jungen Frauen zwischen 15 und 19 Jahren hatten bereits mindestens einmal Geschlechtsverkehr.²⁴

Die Folgen sind beträchtlich: Von den 172 Millionen Kindern, die zwischen 2010 und 2015 in Afrika südlich der Sahara geboren wurden, kam laut Angaben der Vereinten Nationen beinahe jedes sechste Kind als Sohn oder Tochter einer Mutter zur Welt, die zum Zeitpunkt der Geburt zwischen 15 und 19 Jahre alt war.²⁵ Über Mädchen, die zum Zeitpunkt der Geburt eines Kindes noch jünger waren, liegen keine gesicherten Daten vor.

Grundverständnis der jungen Menschen. Der Umgang mit der Sexualität in dieser Lebensphase beeinflusst ihre spätere Gesundheit. Die vorherrschenden geschlechterspezifischen Rollenbilder führen zudem dazu, dass Mädchen in ihren Entwicklungsmöglichkeiten häufig beschränkt und Jungen zu riskantem Verhalten getrieben werden.²⁷

Deshalb ist es so wichtig, Jungen und Mädchen bereits in jungen Jahren über Gleichstellung der Geschlechter, Hygiene, Fruchtbarkeit und Verhütung aufzuklären, damit sie rechtzeitig lernen, wie sie im späteren Verlauf ihres Lebens Krankheiten und ungewollte Schwangerschaften gezielt vermeiden können. Bislang ist es gängig, dass Sexualkundeunterricht erst im Alter zwischen zwölf und 14 Jahren – oft auch noch später – beginnt.²⁸ Da vor allem viele Mädchen in diesem Alter bereits aus der Schule ausgeschieden sind, haben sie keine Chance, sich mit den anstehenden Veränderungen während der Pubertät, den gesundheitlichen Risiken von ungeschütztem Geschlechtsverkehr und frühen Schwangerschaften auseinanderzusetzen.²⁹

Schwangerschaft und Entbindung sind für Mädchen und junge Frauen mit hohen Risiken verbunden: Sie zählen zu den Haupttodesursachen von 15- bis 19-Jährigen in den Ländern mit niedrigen Einkommen.³⁰ Dies liegt nicht nur daran, dass ihre Körper auf die Belastungen des Kinderkriegens noch nicht ausreichend vorbereitet sind. Sondern auch daran, dass junge Schwangere vor, während und nach der Geburt seltener von geschultem Gesundheitspersonal beraten und unterstützt werden als über 20-Jährige.³¹ Das gilt im Besonderen für schwangere Mädchen, die nicht verheiratet sind und vom Gesundheitspersonal aus diesem Grunde stigmatisiert und schlechter behandelt werden als verheiratete Schwangere. Auch die Kinder junger Mütter haben schlechtere Aussichten auf ein gesundes Leben: Kinder minderjähriger Mütter kommen häufiger frühzeitig und untergewichtig zur Welt, werden mit geringerer Wahrscheinlichkeit gestillt und leiden öfter an Unterernährung als Kinder von volljährigen Müttern.³² Hinzu kommt, dass Schwangerschaften die Chancen junger Mädchen auf einen Schulbesuch, auf eine Ausbildung und auf einen Beruf und damit auf ein selbstbestimmtes Leben verringern.

Schätzungen zufolge ist in den weniger entwickelten Ländern etwa die Hälfte der Schwangerschaften bei 15- bis 19-Jährigen ungeplant und jede zweite davon führt zu einer Abtreibung.³³ Etwa die Hälfte aller weltweiten Abtreibungen zwischen 2010 und 2014 erfolgte unter unsicheren Umständen – das heißt, sie wurden entweder durch ungeschultes Personal vorgenommen oder ohne die notwendige medizinische Ausstattung oder beides.³⁴ Insgesamt belief sich in diesem Zeitraum die Zahl der unsicheren Abtreibungen weltweit auf etwa 100 Millionen Fälle, also etwa 25 Millionen pro Jahr. 97 Prozent von ihnen wurden in Entwicklungsländern durchgeführt.³⁵

In Staaten, in denen Schwangerschaftsabbrüche verboten oder nur unter sehr spezifischen Umständen legal sind, erfolgen drei von vier Abtreibungen unter unsicheren Bedingungen. Doch auch in den Ländern, in denen Abtreibungen erlaubt sind und sich sicher durchführen lassen, erleiden junge Mädchen und Frauen häufiger Komplikationen im Zuge des Schwangerschaftsabbruchs als ältere Frauen – unter anderem, weil sie sich erst spät an

medizinisches Fachpersonal wenden und häufiger dazu tendieren, ungeschultes Personal zu konsultieren.³⁶

UNZUREICHENDER ZUGANG ZU VERHÜTUNGSMITTELN

Prinzipiell wäre es möglich, Mädchen und junge Frauen in die Lage zu versetzen, sich vor den Gefahren einer frühen Schwangerschaft mit all ihren möglichen Konsequenzen zu schützen: mithilfe moderner Verhütungsmethoden. Doch diese werden von jungen Menschen in den weniger entwickelten Ländern derzeit kaum genutzt. Eine Schätzung des Guttmacher Instituts zeigt: Von den 252 Millionen Mädchen und jungen Frauen zwischen 15 und 19 Jahren in allen Entwicklungsländern waren im Jahr 2016 etwa 66 Millionen sexuell aktiv – viele davon im Rahmen einer Ehe.³⁷ Trotzdem wendeten gerade einmal 15,2 Millionen (23 Prozent) von ihnen eine moderne Verhütungsmethode an. Die übrigen 51 Millionen taten dies dagegen nicht – teilweise, weil sie sich tatsächlich ein Kind wünschten (19 Prozent, knapp unter 13 Millionen), bereits schwanger waren oder kürzlich erst ein Kind zur Welt gebracht hatten (19 Prozent, knapp unter 13 Millionen) oder weil sie keine Kinder bekommen konnten (vier Prozent, ca. 2,5 Millionen).

Die größte Gruppe (35 Prozent oder 23 Millionen) der sexuell aktiven Mädchen und jungen Frauen machte allerdings keinen Gebrauch von modernen Verhütungsmitteln, obwohl sie angaben, binnen der kommenden zwei Jahre nicht schwanger werden zu wollen. In der Fachliteratur bezeichnet man eine solche Lage als „unmet need“, als ungedeckten Bedarf an Verhütungsmitteln.

Laut den Angaben des Guttmacher Instituts liegt der ungedeckte Bedarf in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen in Afrika (inklusive Nordafrika) zehn Prozentpunkte über dem Durchschnitt aller Entwicklungsländer. Innerhalb dieser Altersgruppe haben insbesondere die 15- bis 17-Jährigen Probleme, ihren Bedarf an Verhütungsmitteln zu decken, während der ungedeckte Bedarf bei den 18- bis 19-Jährigen geringer ausfällt. Darüber, wie hoch die Quote bei den noch Jüngeren ist, werden keine Daten erhoben.

Der hohe ungedeckte Bedarf an Verhütungsmitteln bei jungen Menschen hat unterschiedliche Ursachen: Zum einen sind die medizinischen Versorgungseinrichtungen kaum den Bedürfnissen dieser Altersgruppe angepasst.³⁸ Im Gegenteil werden unverheiratete Frauen sogar häufig scharf durch das Gesundheitspersonal verurteilt, wenn sie Informationen und Verhütungsmittel in Anspruch nehmen wollen.³⁹ In manchen Ländern verbietet ihnen die rechtliche Lage dies sogar: Laut einer Analyse der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durften zwischen 2010 und 2014 in etwas mehr als der Hälfte der 93 untersuchten Länder Minderjährige nur in Begleitung ihrer Eltern oder mit Genehmigung des Ehepartners Familienplanungsprogramme in Anspruch nehmen.⁴⁰ Doch selbst wenn es gesellschaftlich und rechtlich akzeptiert ist, erschweren die besonderen Lebensumstände von jungen Menschen den Zugang zu diesen Programmen: So können sie beispielsweise medizinische Versorgungseinrichtungen häufig schwer erreichen. Darüber hinaus mangelt es ihnen oft auch am nötigen Geld, um die Kosten für die Verhütungsmittel zu tragen.⁴¹

Junge Menschen stehen damit einerseits einer sehr schlechten Versorgung mit Verhütungsmitteln gegenüber. Andererseits ist die Nutzung von Verhütungsmitteln auch deshalb so gering, weil die Nachfrage danach bislang sehr niedrig ist. Viele Mädchen und junge Frauen sorgen sich um die Nebenwirkungen moderner Verhütungsmethoden. Darüber hinaus wollen junge Frauen häufig ein Kind zur Welt bringen, um ihre Fruchtbarkeit unter Beweis zu stellen und als Erwachsene wahrgenommen zu werden.⁴² Junge Männer lehnen aus ähnlichen Gründen die Nutzung von Verhütungsmitteln ab, sogar dann, wenn ihre Partnerinnen lieber verhüten würden.⁴³

SCHLECHT AUFGEKLÄRT

Die Nachfrage nach und Nutzung von modernen Verhütungsmitteln würde wahrscheinlich steigen, wenn es gelänge, die jungen Menschen umfassend über die bestehenden Möglichkeiten und die Vor- und Nachteile davon zu informieren. Ein wichtiges Mittel dazu besteht in einer umfassenden Sexuaufklärung vom Grundschulalter an. Diese gibt jungen Menschen wichtige Informationen an die Hand, die sie in dieser kritischen Lebens-

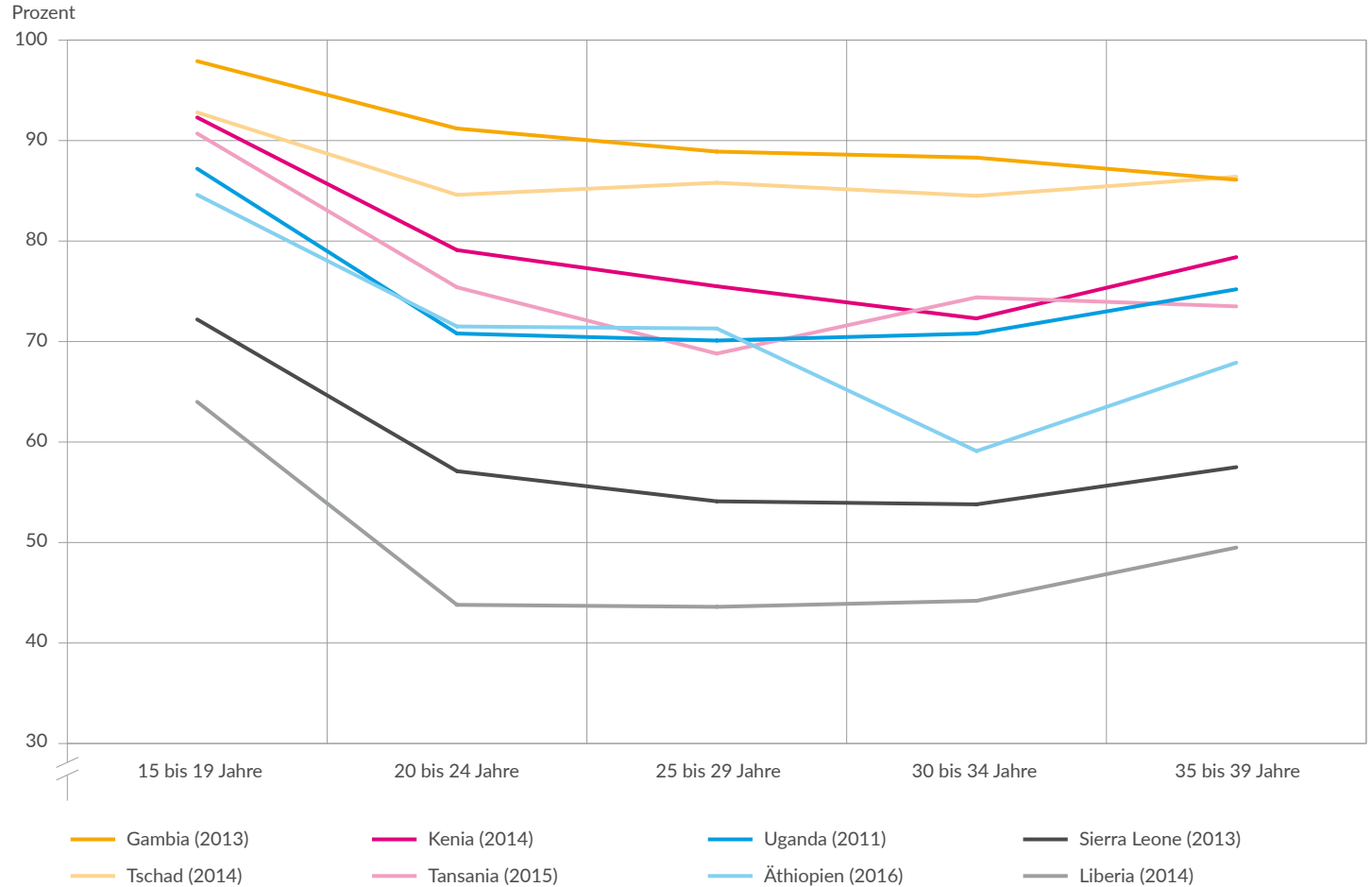
phase dringend benötigen. Jugendliche, die an Sexuaufklärung teilnehmen, verschieben erfahrungsgemäß ihren ersten Geschlechtsverkehr nach hinten und nutzen mit höherer Wahrscheinlichkeit Verhütungsmittel, als wenn sie keine gezielte Sexuaufklärung erhalten haben. Sexuaufklärung trägt nachweisbar dazu bei, ungewollte und frühe Schwangerschaften zu vermeiden. Zudem steigert sie das Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl und hilft, soziale Normen aufzuweichen und Geschlechterrollen zu wandeln.⁴⁴

Sexuaufklärung vermindert zudem das Risiko, sich mit sexuell übertragbaren Krankheiten anzustecken: Zwar haben in beinahe allen Ländern Afrikas südlich der Sahara, für die zwischen 2006 und 2016 Daten vorliegen, mehr als 90 Prozent der jungen Menschen zwischen 15 und 24 Jahren von HIV und Aids gehört.⁴⁵ Doch wissen deshalb längst nicht alle, wie man sich vor einer Ansteckung schützen kann. Am schlechtesten ist die Lage in Tschad. Dort wissen zwei Drittel der weiblichen Bevölkerung zwischen 15 und 24 Jahren nicht, dass sich mithilfe von Kondomen die Übertragung von HIV vermeiden ließe, und auch bei den gleichaltrigen Jungen und Männern hat nur die Hälfte darüber Kenntnis.⁴⁶

Sexuaufklärung kann nur dann erfolgreich zu besserem Schutz vor Krankheiten und ungewollten Schwangerschaften sowie zu einem Normenwandel beitragen, wenn die Lehrpläne und Lehrenden die entsprechenden Inhalte vermitteln. Zwar ist Sexuaufklärung in vielen Ländern Afrikas südlich der Sahara bereits Teil des Schulunterrichts.⁴⁷ Doch Lehrkräfte und Schulbücher zeichnen oft ein negatives, teilweise sogar angsteinflößendes Bild von Sexualität. Statt über Kondome zu informieren, empfehlen sie häufig Enthaltsamkeit. Weitere wichtige Informationen, etwa über langfristige Methoden der Schwangerschaftsverhütung und wo man Zugang dazu erhält oder gar zum Thema Abtreibung, fehlen oft vollkommen.⁴⁸ Das Thema Geschlechtergerechtigkeit wird häufig gar nicht oder bestenfalls am Rande behandelt und sexuelle Gewalt oft nur unzureichend thematisiert.⁴⁹

AUSGEKLAMMERT

Anteil aller Frauen, die weder bei einem Hausbesuch durch Gesundheitspersonal noch in einer Gesundheitseinrichtung über Familienplanung gesprochen haben, unter jenen, die keine Verhütungsmethoden nutzen, in unterschiedlichen Ländern und Jahren, nach Altersgruppe, in Prozent



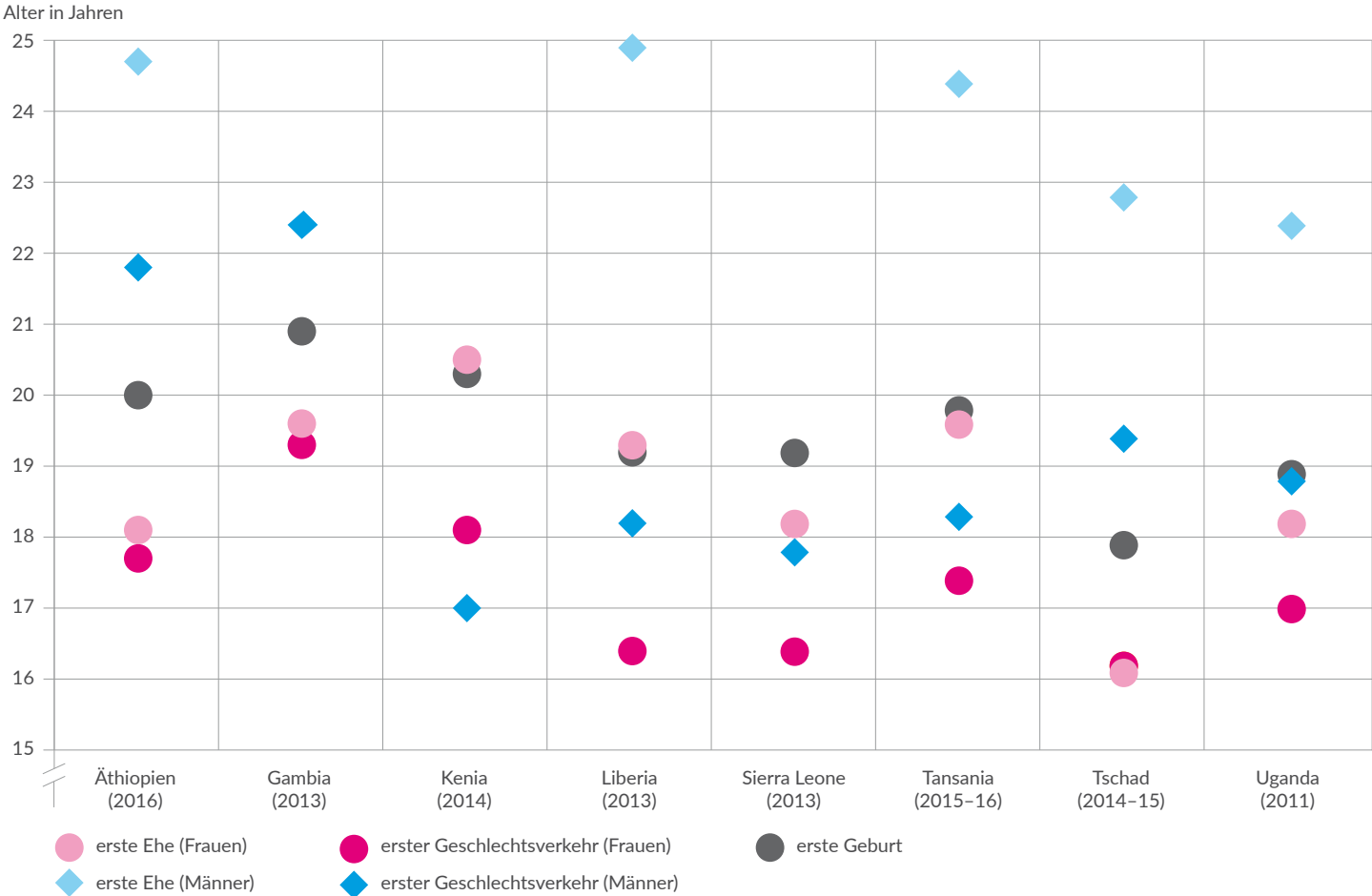
Im Teenageralter kommen junge Frauen nur selten in Kontakt mit Programmen zur Familienplanung, die das lokale Gesundheitssystem bereitstellt. In dieser wichtigen Phase, in der viele von ihnen erste sexuelle Erfahrungen machen und in der sie beginnen, eigene gesundheitliche Entscheidungen zu treffen und Gewohn-

heiten zu entwickeln, werden sie durch mobile und ambulante Gesundheitsdienste bei der Familienplanung fast vollkommen ausgeklammert. Frühe, ungewollte Schwangerschaften und Krankheiten sind die Folge.

Datengrundlage: DHS⁵⁰

FRÜHER BEDARF AN FAMILIENPLANUNG

Alter, das die befragten Männer und Frauen zwischen 25 und 29 Jahren im Median* erreicht hatten als sie zum ersten Mal Geschlechtsverkehr hatten, heirateten oder, bei den Frauen, ein Kind zur Welt brachten, in unterschiedlichen Ländern und Jahren



Die afrikanische Jugend benötigt Zugang zu Verhütungsmitteln und Aufklärung. In den meisten Ländern südlich der Sahara, für die zwischen 2006 und 2016 Daten erhoben wurden, gibt die Hälfte der Männer und Frauen zwischen 25 und 29 Jahren an, vor dem 18. Geburtstag zum ersten Mal Sex gehabt zu haben. Viele

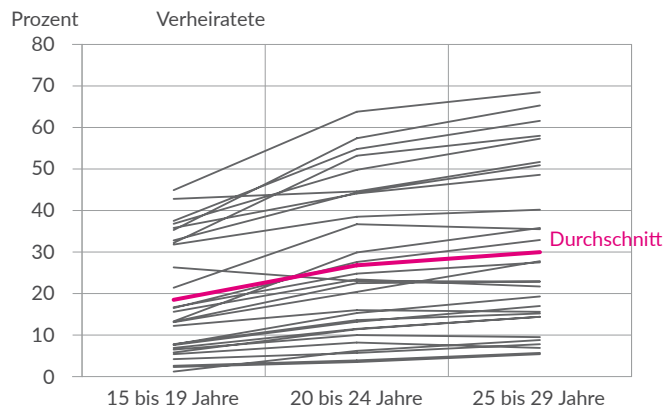
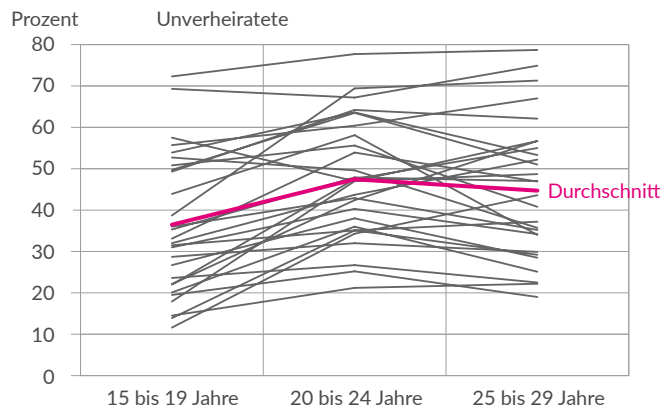
Datengrundlage: DHS⁵¹

davon waren zu diesem Zeitpunkt bereits verheiratet. Männer gehen im Schnitt später eine Ehe ein – in keinem der erhobenen Länder vor dem 22. Geburtstag. In fast allen Ländern haben große Teile der weiblichen Bevölkerung in diesem Alter bereits mindestens ein Kind zur Welt gebracht.

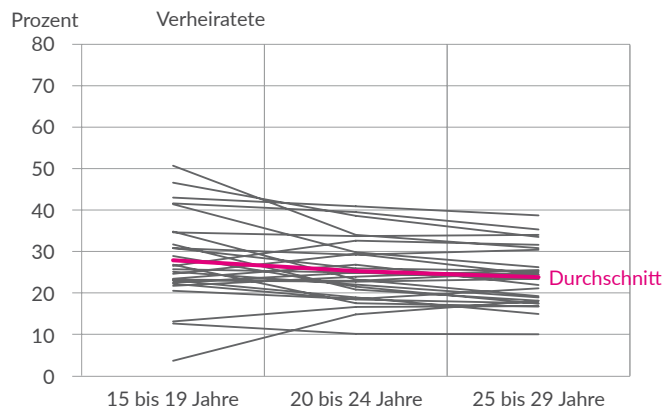
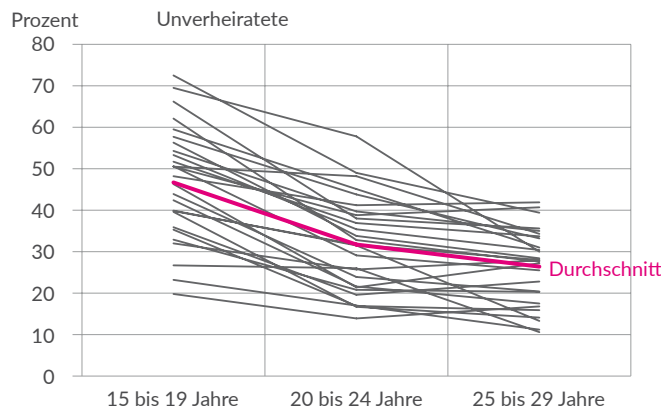
* Das Medianalter ist das Alter, das eine Gruppe in zwei Hälften teilt: Die eine ist jünger, die andere ist älter als der Median.

GERINGE NUTZUNG BEI HOHEM BEDARF

Anteil der verheirateten und unverheirateten sexuell aktiven Mädchen und Frauen zwischen 15 und 29 Jahren, **die eine moderne Verhütungsmethode verwenden**, in 29 Ländern Afrikas südlich der Sahara sowie im Durchschnitt dieser Länder, nach Altersgruppe, in Prozent



Anteil der verheirateten und unverheirateten sexuell aktiven Mädchen und Frauen zwischen 15 und 29 Jahren, **die einen ungedeckten Bedarf an Mitteln zur Familienplanung haben**, in 27 Ländern Afrikas südlich der Sahara sowie im Durchschnitt dieser Länder, nach Altersgruppe, in Prozent



Sexuell aktive Mädchen und Frauen unter 20 Jahren nutzen in Afrika südlich der Sahara seltener Verhütungsmittel als höhere Altersgruppen. Häufig würden sie gerne verhüten, haben jedoch keinen Zugang zu Verhütungsmitteln. Dies gilt besonders für unverheiratete Frauen. Ihr ungedeckter Bedarf liegt mit knapp 47 Prozent im Durchschnitt der erhobenen Länder nicht nur

deutlich höher als bei verheirateten Mädchen und Frauen derselben Altersgruppe (28 Prozent), sondern auch deutlich höher als in den beiden nächsthöheren Altersgruppen (20- bis 24-Jährige und 25- bis 29-Jährige). Außerehelicher Sex, noch dazu im Teenageralter, ist häufig tabuisiert und die bestehenden Gesundheitsdienste stellen sich auf die Bedürfnisse dieser Gruppen nur selten ein.

Datengrundlage: DHS⁵²; alle Länder, für die zwischen 2006 und 2016 Daten zu dem jeweiligen Thema vorliegen

EHE IN DER KINDHEIT, SCHWANGERSCHAFT DURCH GEWALT

Sexualaufklärung soll auch dazu beitragen, dass Jungen und Männer das Recht von Mädchen und Frauen auf sexuelle Selbstbestimmung anerkennen und respektieren.⁵³ Bis heute entscheiden jedoch häufig Mädchen und Frauen in Afrika südlich der Sahara nicht selbst, ob sie Geschlechtsverkehr haben und damit das Risiko einer Schwangerschaft eingehen wollen. Je nach Land gibt bis zu einem Viertel aller Mädchen zwischen 13 und 17 Jahren an, in den vergangenen zwölf Monaten Opfer sexueller Gewalt gewesen zu sein. Von den Mädchen und jungen Frauen, die im Alter von zwölf bis 14 Jahren zum ersten Mal Sex hatten, gaben in Ghana, Malawi und Uganda zwischen 21 und 28 Prozent an, zum ersten Geschlechtsverkehr gezwungen worden zu sein.⁵⁴

Diesem Risiko sind Mädchen und junge Frauen besonders dann ausgesetzt, wenn sie – entgegen den Kinder- und Menschenrechten – bereits als Minderjährige verheiratet werden.⁵⁵ Gegenüber ihren oft wesentlich älteren Ehemännern haben die Mädchen häufig keinerlei Mitspracherechte, wenn es um Geschlechtsverkehr oder die Nutzung von Verhütungsmitteln geht.⁵⁶ Dadurch sind sie auch einer großen Gefahr ausgesetzt, sich mit sexuell übertragbaren Krankheiten anzustecken. Unter anderem deshalb infizieren sich Mädchen und junge Frauen in Afrika südlich der Sahara häufiger mit diesen Krankheiten als Jungen und junge Männer, im Falle von HIV sogar doppelt so oft.⁵⁷

ROLLENBILDER MACHEN MÄDCHEN WIE JUNGEN ZU OPFERN

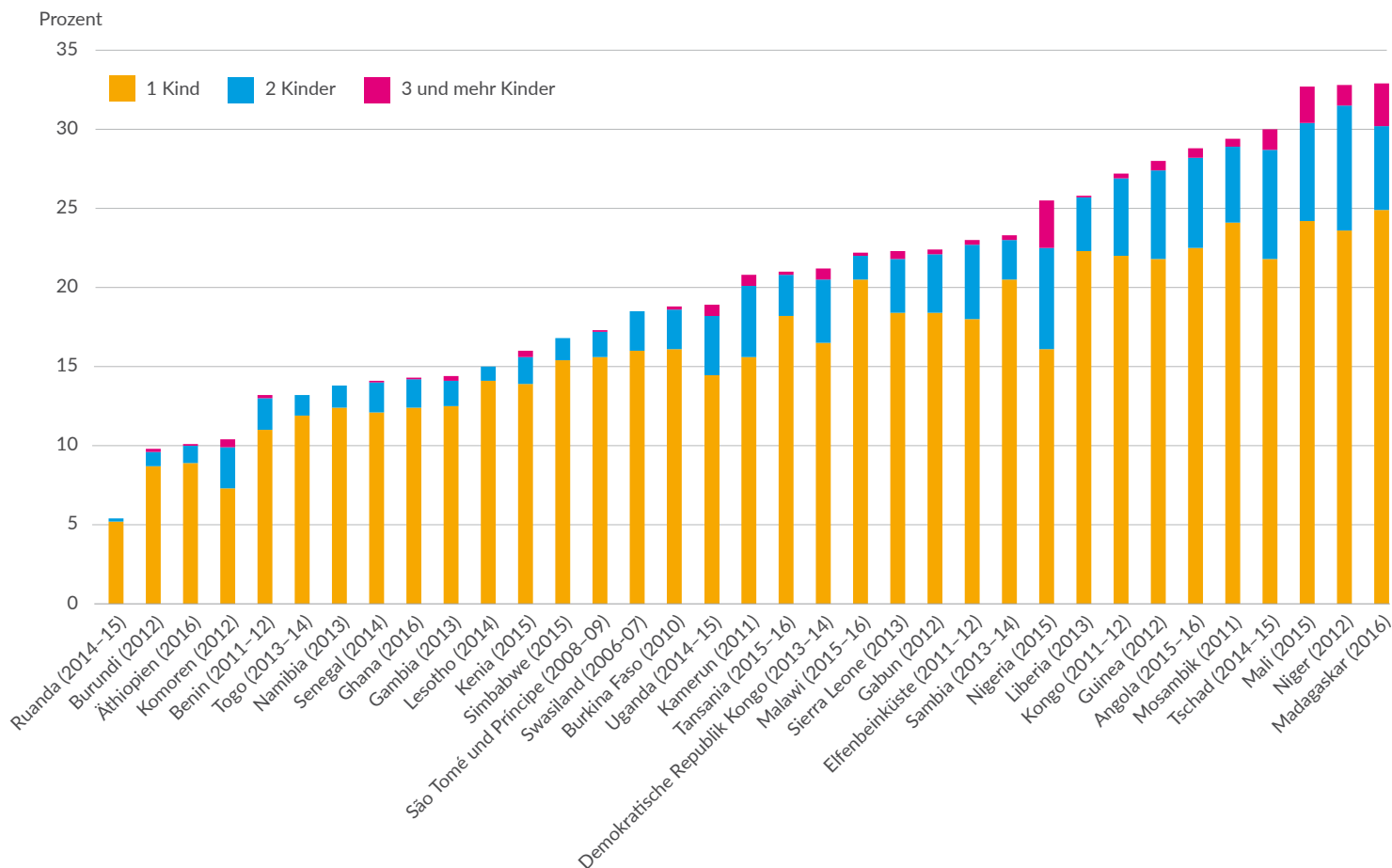
In der späten Kindheit und Jugend erfüllen Mädchen und Jungen zunehmend geschlechtsspezifische Rollenbilder. In Afrika südlich der Sahara bedeutet dies häufig, dass Mädchen die Schule verlassen, stattdessen familiäre Aufgaben übernehmen und nur noch selten das Haus verlassen.⁵⁸ Das Verheiraten von Mädchen noch vor ihrem 18. Geburtstag gilt in vielen Gesellschaften als Mittel, um sie vor vorehelichem Geschlechtsverkehr und sexuellem Missbrauch zu bewahren. Die Unterordnung der Frau unter das männliche Familienoberhaupt, auch mithilfe von Gewalt, erscheint vielen Männern und Frauen weithin als legitim.⁵⁹

Jungen werden häufig im Glauben groß, mehr wert zu sein als Mädchen und Frauen. In den Teenagerjahren genießen sie im Gegensatz zu den Mädchen oft zwar weiterhin Bewegungsfreiheit, müssen dafür aber häufiger einer Erwerbsarbeit nachgehen und sind oft auf sich alleine gestellt.⁶⁰ Viele von ihnen verbinden das Mannsein mit einer kinderreichen Familie, zahlreichen Sexualpartnerinnen und körperlicher Stärke sowie mit gefährlichen Verhaltensweisen wie Drogenmissbrauch, Gewalt und ungeschütztem Geschlechtsverkehr.^{61, 62} Diese Rollenbilder schaden den jungen Männern selbst und bringen auch ihre Partnerinnen in Gefahr.

Damit sich Mädchen und Jungen frei entfalten können, muss es gelingen, die bestehenden Geschlechterbilder zu durchbrechen. Umfassende Sexualaufklärung von klein auf in Schulen und bei außerschulischen Aktivitäten kann dazu einen wertvollen Beitrag leisten. Es gilt, Mädchen und Jungen über ihre Rechte aufzuklären und sie mit einem Selbst- und Gerechtigkeitsbewusstsein auszustatten, das es ihnen ermöglicht, mit sich und anderen verantwortungsbewusst und respektvoll umzugehen. Hierbei sollten auch die Eltern und Lehrkräfte eingebunden werden. Denn ohne Beratung und Schulung setzen diese meistens das fort, was sie selbst von ihren Eltern gelernt haben.⁶³

JUNG UND (MEHRFACH) MUTTER

Anteil der 15- bis 19-jährigen Mädchen und Frauen, die mindestens ein Kind zur Welt gebracht haben, nach Zahl der geborenen Kinder in unterschiedlichen Ländern und Jahren, in Prozent



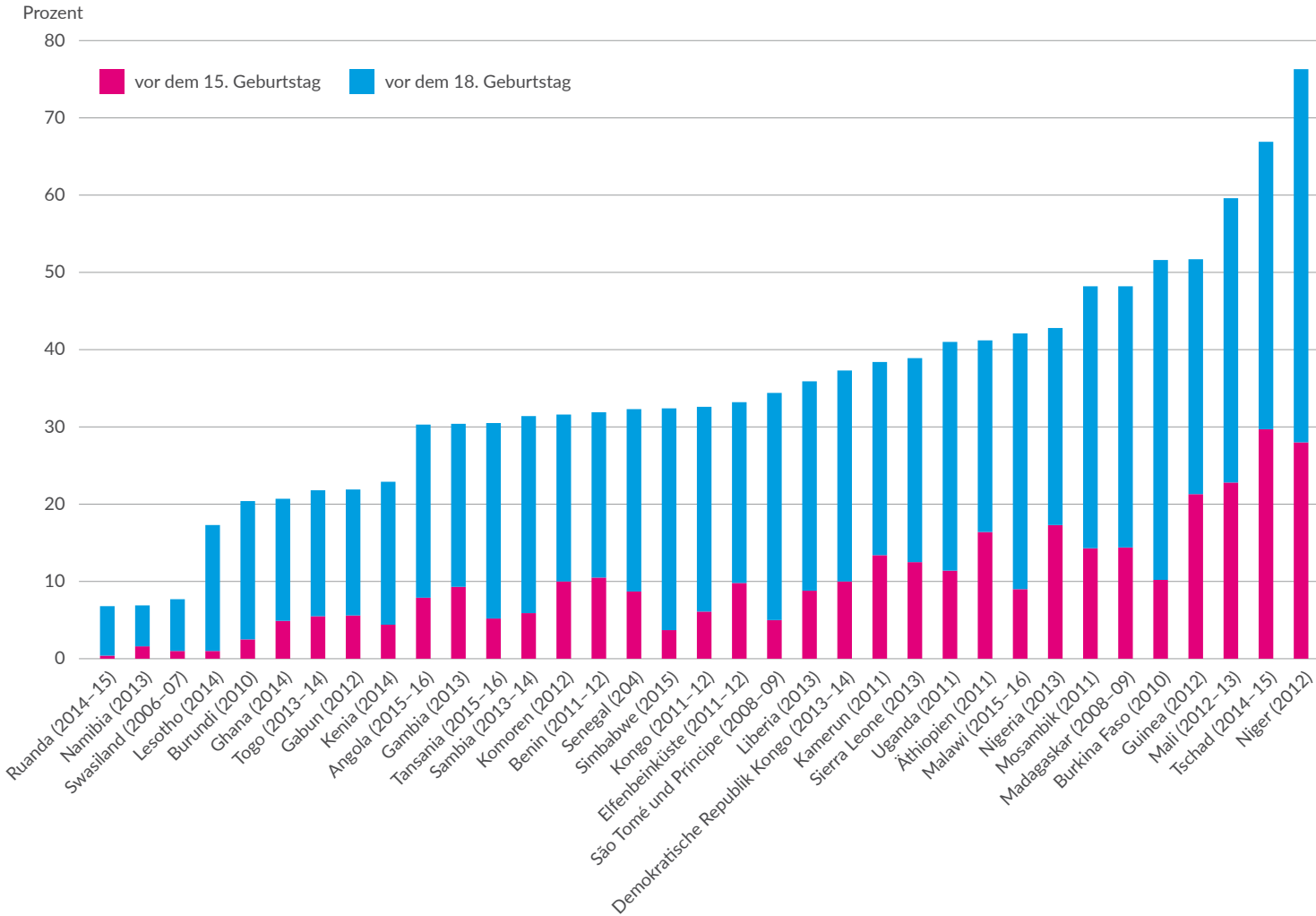
In 34 der 35 Länder Afrikas südlich der Sahara, in denen zwischen 2006 und 2016 Haushaltsbefragungen zu Demografie und Gesundheitsstand durchgeführt wurden, gab mindestens eine von zehn Mädchen und jungen Frauen zwischen 15 und 19 Jahren an,

Datengrundlage: DHS⁶⁴

bereits ein Kind zur Welt gebracht zu haben. In über der Hälfte der Länder galt dies sogar für jede Fünfte. Teilweise haben die Frauen und Mädchen in diesem Alter bereits zwei, manche sogar drei, – in sehr seltenen Fällen sogar noch mehr – Geburten hinter sich.

NICHT VOLLJÄHRIG UND SCHON VERHEIRATET

Anteil aller Frauen zwischen 20 und 24 Jahren, die vor dem 18. Geburtstag verheiratet waren, in unterschiedlichen Ländern und Jahren, nach Heiratsalter, in Prozent



In etwa der Hälfte der 35 Länder Afrikas südlich der Sahara, in denen zwischen 2006 und 2016 Daten erhoben wurden, gibt mindestens jede dritte befragte Frau zwischen 20 und 24 Jahren an, bereits vor dem 18. Geburtstag verheiratet gewesen zu sein.

Datengrundlage: DHS⁶⁵

In 15 dieser Länder wurde mehr als jede Zehnte bereits deutlich früher, nämlich vor dem 15. Geburtstag, verheiratet – in Niger und Tschad gilt dies sogar beinahe für jede Dritte.

GERINGERE GESUNDHEITSKOSTEN, BESSERE CHANCEN AUF BEZAHLTE ARBEIT

Eins ist klar: Familienplanungsprogramme, Sexuaufklärung und Kampagnen für einen Normenwandel kosten viel Geld und Anstrengungen. Doch diese wären sinnvolle Investitionen in die Gesundheit der Menschen und in die Entwicklung der betroffenen Länder.

Denn wenn es gelingen würde, allen 15- bis 19-Jährigen, die gerne verhüten möchten, moderne Verhütungsmittel zur Verfügung zu stellen, würde die Zahl der ungewollten Schwangerschaften in dieser Altersgruppe nach Schätzungen des Guttmacher Instituts von heute weltweit jährlich 21 Millionen auf 15 Millionen sinken. Auch die Zahl der unsicheren Abtreibungen würde entsprechend dieser Rechnung um weltweit 2,4 Millionen zurückgehen.⁶⁶

Die wirtschaftlichen Folgekosten früher Schwangerschaften sind enorm. In manchen Ländern Afrikas südlich der Sahara werden sie auf bis zu 30 Prozent des Bruttoinlandsprodukts geschätzt.⁶⁷ Denn mit der Schwangerschaft beenden Mädchen häufig frühzeitig ihre Schulzeit. Statt nach einem Schulabschluss einer bezahlten Arbeit nachzugehen, bleiben sie als Hausfrauen und Mütter zu Hause und sind einem hohen Armutsrisiko ausgesetzt.⁶⁸

Wenn junge Menschen Zugang zu Sexuaufklärung und Verhütungsmitteln bekommen, wünschen sie sich zudem oft weniger Kinder und bekommen diese später und in größeren Abständen – alles Faktoren, die sich positiv auf Mütter- und Kindergesundheit auswirken.⁶⁹

BEVÖLKERUNGSWACHSTUM HEMMT ENTWICKLUNG

Solange junge Menschen aber nicht dazu in der Lage sind, sich adäquat zu informieren und ihre familiäre Zukunft zu planen, werden nicht nur die individuellen und volkswirtschaftlichen Folgekosten hoch ausfallen. Die Aussichten ganz Afrikas südlich der Sahara, sozioökonomisch auch nur annähernd zu anderen Weltregionen aufzuschließen, dürften ebenfalls getrübt bleiben. Denn ohne Zugang zu Sexuaufklärung und Verhütungsmitteln wird auch das Bevölkerungswachstum anhalten – und dieses

erschwert in beinahe allen Entwicklungsbereichen den Fortschritt: Hält das Wachstum entsprechend heutiger Vorausschätzungen weiter an, wird sich die Einwohnerzahl Afrikas südlich der Sahara innerhalb weniger Jahrzehnte verdoppeln.⁷⁰ Den Ländern der Region wird es von Jahr zu Jahr schwerer fallen, ihre Bevölkerungen zu ernähren, sie mit ausreichend Schulplätzen und Lehrkräften sowie Gesundheitsdienstleistungen zu versorgen. Auch die Bereitstellung von technischer Infrastruktur, von Straßen, Energie- und Wasserversorgung, von Arbeitsplätzen und einer sozialen Absicherung wird mit stark wachsender Bevölkerung immer schwieriger.⁷¹

Je größer die nachwachsenden Generationen sind, desto aufwändiger wird es auch, sie mit den notwendigen Informationen und Verhütungsmitteln zu versorgen. Dies aber wäre eine Grundvoraussetzung dafür, das Bevölkerungswachstum langfristig zu reduzieren. Der Weg aus der Wachstumsspirale ist deshalb heute leichter zu finden als morgen. Deshalb ist es so wichtig, jetzt zu handeln.

DIE JUGEND IN AFRIKA SÜDLICH DER SAHARA: EINE DEMOGRAFISCHE CHANCE

Durch ein verlangsamtes Bevölkerungswachstum ergäbe sich in den Ländern zudem eine einmalige Chance auf einen sozioökonomisch bedingten Entwicklungsschub, die sogenannte demografische Dividende. Dieses wirtschaftliche Entwicklungspotenzial kann sich durch eine veränderte Bevölkerungsstruktur ergeben.

Eine solche entsteht, wenn in einer zuvor kinderreichen Gesellschaft die Menschen weniger Kinder als die Generation ihrer Eltern bekommen. Wenn die Nachwuchsjahrgänge kleiner werden, und nach einer Weile die jungen Erwachsenen im Erwerbsalter, die noch zu Zeiten höherer Kinderzahlen geboren wurden, die am stärksten besetzten Jahrgänge bilden. Für eine Volkswirtschaft kann diese Bevölkerungszusammensetzung vorteilhaft sein. Denn zum einen wächst dann der Anteil der arbeitsfähigen Menschen überproportional. Sie tragen, sofern sie eine Beschäftigung finden, zum Wirtschaftswachstum und zu staatlichen Steuereinnahmen bei.

Zum anderen sinkt der Anteil der Kinder und Jugendlichen, welche mit Nahrung, Medizin und Schulmaterial versorgt sowie von Gesundheitspersonal und Lehrkräften betreut werden müssen. Pro Kopf stehen der Volkswirtschaft dadurch mehr Mittel zur Verfügung. Demografen bezeichnen diese Bevölkerungsstruktur als demografischen Bonus. Wenn die richtigen politischen Weichen gestellt werden, lässt sich dieser Bonus in eine demografische Dividende verwandeln.

Wie dies funktionieren kann, haben die sogenannten asiatischen Tigerstaaten vorgemacht. Expert_innen zufolge lässt sich etwa ein Drittel des sogenannten Asian Miracle, also des hohen Wirtschaftswachstums der ostasiatischen Staaten China, Hongkong, Japan, Südkorea, Singapur und Taiwan zwischen 1965 und 1990 auf deren demografische Veränderungen zurückführen.⁷² Diese Länder konnten auf ihrem Entwicklungsweg durch Investitionen in Familienplanungsprogramme, Bildung und Arbeitsplätze ihr Bevölkerungswachstum deutlich reduzieren und die vorübergehend zahlenmäßig großen Jahrgänge der jungen Erwachsenen optimal in die Wirtschaftskreisläufe einbinden. Hochrechnungen der Vereinten Nationen zufolge könnten auch die Länder südlich der Sahara durch ähnliche Investitionen von einer demografischen Dividende profitieren. Nach Berechnungen ließe sich das Bruttoinlandsprodukt der Region um ein Drittel steigern, respektive um jährlich 500 Milliarden US-Dollar über mindestens 30 Jahre.⁷³

DER WEG ZUR DIVIDENDE: FAMILIENPLANUNG, BILDUNG, JOBS

Doch dazu müssten diese Länder zunächst einen demografischen Bonus erreichen. Dies ist nur über sinkende Geburtenziffern möglich. Um diese zu erreichen, sind keineswegs menschenrechtsverletzende Zwangsmaßnahmen notwendig, wie sie etwa aus China bekannt sind.

Weltweit entscheiden sich Menschen aus freien Stücken für durchschnittlich weniger Kinder, wenn sie nicht mehr fürchten müssen, dass ein Teil ihres Nachwuchses noch im Kindesalter stirbt und wenn sie erkennen, dass sich bei einer begrenzten Kinderzahl bessere Gesundheits- und Bildungsaussichten für

das einzelne Kind und damit bessere Perspektiven für die Familie insgesamt ergeben. Um einen Fertilitätsrückgang in Gang zu setzen, sind also **erstens** Investitionen in die Gesundheit der Bevölkerung, insbesondere von Müttern und Kindern, in Familienplanungsprogramme, umfassende Informationsangebote und Sexuaufklärung notwendig.

Diese Investitionen werden nur dann die größtmögliche Hebelwirkung erzielen, wenn es **zweitens** gelingt, Kindern und Jugendlichen einen Grund- und Sekundarschulbesuch zu ermöglichen. Denn je länger insbesondere Mädchen zur Schule gehen, desto länger bleiben sie unverheiratet, desto später werden sie Mütter, desto weniger Kinder wünschen sie sich und bekommen sie auch.⁷⁴ UNESCO-Schätzungen zufolge ließen sich weltweit rund eine Million Kinderehen vermeiden, wenn es gelänge, allen Mädchen einen weiterführenden Schulabschluss zu ermöglichen. Je besser die Schulbildung insgesamt, desto besser wissen Mädchen und junge Frauen darüber Bescheid, wie sie eine ungewollte Schwangerschaft und die Ansteckung mit sexuell übertragbaren Krankheiten vermeiden können.⁷⁵

Zugleich legt Bildung den Grundstein dafür, dass junge Menschen später einen Beruf ausüben können, der ihnen ein Einkommen sichert. Arbeitsplätze sind die letzte und **dritte Voraussetzung** dafür, dass die Länder Afrikas südlich der Sahara eine demografische Dividende erzielen können. Denn Menschen, die zwar mit schulischen oder Berufsqualifikationen ausgestattet sind, aber keine Arbeit finden, können weder für das eigene Auskommen noch für das ihrer Familie sorgen, noch den Staat durch Steuerzahlungen unterstützen.⁷⁶

In den Ländern Afrikas südlich der Sahara müssen deshalb eine gezielte Wirtschaftspolitik, ein verlässliches rechtliches Umfeld, faire Handelspartnerschaften auf Augenhöhe sowie funktionierende Finanzmärkte dazu beitragen, dass Gründer und Investoren bereit sind, unternehmerische Risiken einzugehen und Arbeitsplätze zu schaffen.⁷⁷

Gelingt dieser dritte Schritt nicht, sinken nicht nur die Chancen auf eine demografische Dividende, sondern es steigt auch das Risiko von politischer Instabilität und Konflikten: Besser gebildete und gut mit der Außenwelt vernetzte junge Menschen haben entsprechend hohe Erwartungen an ihre Erwerbskarriere und an politische Teilhabemöglichkeiten. Werden diese nicht erfüllt, wächst die Bereitschaft, für bessere Lebensbedingungen auf die Straße zu gehen und der Enttäuschung – auch in Form von Gewalt – Luft zu machen. Wie sich dies äußert, haben zuletzt die großen Protestbewegungen des sogenannten Arabischen Frühlings mit all ihren Folgeerscheinungen gezeigt. Dort waren es gerade die besser gebildeten, großen Jahrgänge junger Erwachsener, welche sich mangels adäquater Beschäftigungs-, Einkommens- und politischer Partizipationsmöglichkeiten zu den Protesten genötigt sahen. Diese lassen sich zumindest teilweise auf einen ungenutzten demografischen Bonus zurückführen.⁷⁸

Afrika südlich der Sahara steht heute an einem Scheideweg. Die Region steht im besten Fall vor einem anhaltenden sozioökonomischen Entwicklungsschub und im schlechtesten vor anhaltender Armut und Versorgungsproblemen bis hin zu Verteilungskonflikten. Welchen Weg die Region einschlägt, entscheidet sich heute, nämlich an denjenigen, die an der Startlinie zum Erwachsenenleben stehen und die Chance ergreifen wollen, ihr Potenzial für einen positiven Wandel zu nutzen.

Bei allen Maßnahmen, die die Länder Afrikas südlich der Sahara planen, um die drei Voraussetzungen für die demografische Dividende, nämlich Gesundheit, Bildung und Arbeitsplätze, zu schaffen, müssen sie insbesondere dafür sorgen, dass Mädchen und Frauen gleichberechtigt werden. Solange dies nicht geschieht, verzichtet Afrika südlich der Sahara auf die Fähigkeiten der Hälfte seiner Bevölkerung und verspielt damit seine Chancen auf eine demografische Dividende.

Doch längst nicht nur wirtschaftliche Argumente sprechen dafür, die Jugend in den Ländern südlich der Sahara so schnell wie möglich gezielt zu unterstützen. Es bestehen darüber hinaus Vereinbarungen der internationalen Gemeinschaft. Diese sind

in einer Reihe universell gültiger Vertragswerke, darunter nicht zuletzt die Menschenrechtscharta aus dem Jahr 1948, festgeschrieben.

Aus diesen Vertragswerken leitet sich auch das Recht auf Gesundheit – auch auf sexuelle und reproduktive Gesundheit – ab. Dieses Recht wurde im Jahr 1994 bei der Kairoer Weltbevölkerungskonferenz von 179 Staaten anerkannt. Sie einigten sich darauf, dass jedem Mensch das Recht zusteht, frei über das eigene Sexualleben, die Ehe und Familienplanung zu entscheiden und sagten zu, die dafür notwendigen Informationen und Mittel zur Verfügung zu stellen.^{79, 80}

Die aktuellste internationale Vereinbarung, die dieses und viele weitere Themen anspricht, stammt aus dem Jahr 2015. Mit der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung und ihren nachhaltigen Entwicklungszielen (SDGs) hat sich die Weltgemeinschaft vorgenommen, bis ins Jahr 2030 in 17 Entwicklungsbereichen klare Fortschritte zu erzielen. Dazu zählen auch verbesserte Startbedingungen für die Jugend – nicht zuletzt durch Verbesserungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit.

Welche Verantwortung sich aus den SDGs und anderen Vertragswerken ergeben – sowohl für die Länder in Afrika südlich der Sahara als auch für die Industrienationen, die zugesagt haben, die ärmeren Länder auf ihrem Weg zu unterstützen – zeigt das folgende Kapitel.

ENDNOTEN KAPITEL 1

- 1 UNDESA (2017). World Population Prospects. 2017 Revision. New York. esa.un.org/unpd/wpp/ (11.09.17).
- 2 S. Endnote 1.
- 3 Breinbauer, C & Maddaleno, M. (2005). Youth: Choices and Change. Promoting healthy behaviors in adolescents (Scientific publication / Pan American Health Organization). Washington. apps.who.int/iris/bitstream/10665/165474/1/927511594X.pdf (01.09.17).
- 4 Population Council (2016). Investing when it counts. Reviewing the evidence and charting a course of research and action for very young adolescents. New York. www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2016PGY_InvestingWhenItCounts.pdf (12.07.17).
- 5 WHO (2010). Stages of adolescent development. apps.who.int/adolescent/second-decade/section/section_2/level2_2.php (25.08.17).
- 6 S. Endnote 1.
- 7 Institute for Comparative Survey Research (diverse). World Values Survey. Wien. <http://www.worldvaluessurvey.org/WVSCContents.jsp> (12.07.17).
- 8 Afrobarometer (diverse). Afrobarometer. Runden 4, 5 und 6. afrobarometer.org/online-data-analysis (20.07.17).
- 9 UNDESA (2014). World Urbanization Prospects. 2014 Revision. esa.un.org/unpd/wup/.
- 10 UNESCO Institute for Statistics (2017). UIS.Stat. Quebec. data.uis.unesco.org/ (11.09.17).
- 11 ILO (2013). Global child labour Trends 2008 to 2012. Geneva. www.ilo.org/ipcinfo/product/download.do?type=document&id=23015 (13.09.17).
- 12 ILO (2013). Marking progress against child labour. Global estimates and trends 2000-2012. Geneva. www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---ipec/documents/publication/wcms_221513.pdf (13.09.17).
- 13 ILO (2016). ILOSTAT. www.ilo.org/ilostat/ (11.09.17).
- 14 ILO (2003). HIV/AIDS and child labour. A state-of-the-art review with recommendations for action (International Programme on the Elimination of Child Labour). Geneva (Synthesis report). http://ilo.org/public/libdoc/ilo/2003/103B09_284_engl.pdf (11.09.17).
- 15 UNESCO (2011). Adolescence. An Age of Opportunity. The State of the World's Children 2011. New York. www.unicef.org/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_EN_02092011.pdf (20.10.17).
- 16 Pathway Analysis (o.A.). Educational Attainment of Adolescents of Upper Secondary School Age. Tableau Public. <https://public.tableau.com/profile/xinxin.yu#!/> (17.10.17).
- 17 S. Endnote 10.
- 18 UNESCO (2014). Puberty Education & Menstrual Hygiene Management (Good Policy and Practice in Health Education Booklet 9). Paris. <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002267/226792e.pdf> (11.09.2017).
- 19 UNFPA (2013). Motherhood in Childhood. Facing the Challenge of Adolescent Pregnancy (State of world population Nr. 2016). New York. www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP2013.pdf (12.07.17).
- 20 S. Endnote 17.
- 21 Guttmacher Institute (2016). Adding it Up: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents. New York. www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf (24.08.17).
- 22 UNESCO (2015). Emerging Evidence, Lessons and Practice in Comprehensive Sexuality Education. A Global Review. Paris. www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/CSE_Global_Review_2015.pdf (29.08.17).
- 23 S. Endnote 17.
- 24 USAID (2017). STATcompiler. The DHS Program. Washington, DC. statcompiler.com/en/ (24.08.17).
- 25 S. Endnote 1.
- 26 Guttmacher Institute (2017). The Sexual and Reproductive Health Needs of Very Young Adolescents Aged 10–14 in Developing Countries: What Does the Evidence Show? New York. www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/srh-needs-very-young-adolescents-report_0.pdf (12.07.17).
- 27 Kågesten, A., Gibbs, S., Blum, R. W., Moreau, C., Chandra-Mouli, V., Herbert, A. et al. (2016). Understanding Factors that Shape Gender Attitudes in Early Adolescence Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. PLOS one, 11(6). <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0157805&type=printable> (29.08.17).
- 28 UNFPA (2016). 10. How our future depends on a girl at this decisive age (State of world population). New York. www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/The_State_of_World_Population_2016_-_English.pdf (29.08.17).
- 29 Guttmacher Institute (2007). Protecting the Next Generation in Sub-Saharan Africa. Learning from Adolescents to Prevent HIV and Unintended Pregnancy. www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/png_monograph.pdf (29.08.17).
- 30 S. Endnote 22.
- 31 S. Endnote 17.
- 32 Starbird, E., Norton, M. & Marcus, R. (2016). Investing in Family Planning. Key to Achieving the Sustainable Development Goals. Global health, science and practice, 4(2), S. 191–210. <http://www.ghspjournal.org/content/ghsp/early/2016/06/10/GHSP-D-15-00374.full.pdf> (29.08.17).
- 33 S. Endnote 21.

- 34 Ganatra, B., Gerdt, C., Rossier, C., Johnson, B. R., Tunçalp, Ö., Assifi, A. et al. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14. Estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*. [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)31794-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)31794-4.pdf) (29.08.17).
- 35 S. Endnote 34.
- 36 S. Endnote 17.
- 37 S. Endnote 21.
- 38 Chandra-Mouli, V., Parameshwar, P. S., Parry, M., Lane, C., Hainsworth, G., Wong, S. et al. (2017). A never-before opportunity to strengthen investment and action on adolescent contraception, and what we must do to make full use of it. *Reproductive health*, 14(1), S. 85. <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12978-017-0347-9?site=reproductive-health-journal.biomedcentral.com> (13.09.17).
- 39 S. Endnote 21.
- 40 WHO (2014). Selected policies on adolescent friendly health services in low and middle income countries. Geneva. http://fileserv.idpc.net/library/5_adoles_health_policy_indicators.pdf. (29.08.17).
- 41 S. Endnote 38.
- 42 S. Endnote 38.
- 43 S. Endnote 21.
- 44 S. Endnote 22.
- 45 S. Endnote 24.
- 46 S. Endnote 24.
- 47 S. Endnote 22.
- 48 UNESCO & UNFPA (2012). Sexuality Education. A ten-country review of school curricula in East and Southern Africa. Paris. <unesdoc.unesco.org/images/0022/002211/221121e.pdf> (20.10.17).
- 49 S. Endnote 22.
- 50 S. Endnote 24.
- 51 S. Endnote 24.
- 52 S. Endnote 24.
- 53 S. Endnote 22.
- 54 S. Endnote 25.
- 55 UNFPA (2015). Girlhood, not motherhood. Preventing adolescent pregnancy. New York. www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Girlhood_not_motherhood_final_web.pdf (01.08.17).
- 56 UNFPA (2014). The Power of 1.8 Billion. Adolescents, youth and the transformation of the future. New York, NY. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP14-Report_FINAL-web.pdf (01.08.17).
- 57 S. Endnote 22.
- 58 S. Endnote 25.
- 59 S. Endnote 17.
- 60 S. Endnote 25.
- 61 S. Endnote 26.
- 62 Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2011). Afrikas demografische Herausforderung. Wie eine junge Bevölkerung Entwicklung ermöglichen kann. Berlin. https://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Afrika/Afrikas_demografische_Herausforderung.pdf (01.08.17).
- 63 S. Endnote 22.
- 64 S. Endnote 24.
- 65 S. Endnote 24.
- 66 S. Endnote 33.
- 67 S. Endnote 32.
- 68 Family Planning 2020 (o.A.). Mind the Gap: A Commentary on Data Gaps and Opportunities for Action in Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents. Washington, DC. http://ec2-54-210-230-186.compute-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/2017/09/03-Mind-the-Gap-Analysis_FP2020_Adolescent_Data_Commentary_FINAL.pdf (20.10.17).
- 69 WHO (2017). Accelerating Uptake of Voluntary, Rights-Based Family Planning in Developing Countries (Family Planning Evidence Brief WHO/RHR/17.07). Geneva. apps.who.int/iris/bitstream/10665/255859/1/WHO-RHR-17.07-eng.pdf (13.07.17).
- 70 S. Endnote 1.
- 71 S. Endnote 62.
- 72 Bloom, D. E. & Williamson, J. G. (1998). Demographic Transitions and Economic Miracles in Emerging Asia. *The World Bank Economic Review*, 12, S. 419–455. <http://documents.worldbank.org/curated/en/934291468206034843/pdf/772740JRN0WB0Box0377301B00PU-BLIC0.pdf> (12.09.17).
- 73 S. Endnote 56.
- 77 KfW Entwicklungsbank (2017). Höheres Wirtschaftswachstum und geringeres Bevölkerungswachstum. Warum der Schulbesuch von Mädchen so wichtig ist (Materialien Nr. 8). Frankfurt am Main. www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Gutachten/KfW_Maedchenbildung.pdf (12.09.17).
- 78 S. Endnote 77.
- 79 S. Endnote 62.
- 80 S. Endnote 62.
- 81 S. Endnote 76.
- 82 BMZ (2008). Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte, Bevölkerungsdynamik. Ein Positionspapier des BMZ (BMZ Spezial Nr. 148). Bonn/Berlin. <https://www.bmz.de/de/mediathek/publikationen/archiv/reihen/strategiepapiere/spezial148pdf.pdf> (12.10.17).
- 83 Klingholz, R. (2009). Aktionsprogramm der Kairoer Weltbevölkerungskonferenz 1994. Berlin. www.berlin-institut.org/online-handbuchdemografie/entwicklungspolitik/aktionsprogramm-der-kairoer-weltbevoelkerungskonferenz-1994.html (27.09.17).

2 INTERNATIONALE VEREINBARUNGEN ZUR STÄRKUNG SEXUELLER UND REPRODUKTIVER GESUNDHEIT UND RECHTE

Millionen von jungen Menschen, insbesondere in Afrika südlich der Sahara, haben weiterhin weder Informationen über Verhütungsmittel noch einen Zugang dazu. Viele Mädchen und Frauen werden während Schwangerschaft und Geburt noch immer nicht adäquat betreut, Mädchen in Ehen gezwungen und noch als Teenager schwanger. Dies alles bedeutet Verstöße gegen eine Vielzahl internationaler Vertragswerke und Übereinkünfte. So hat der Menschenrechtscharta von 1948 zufolge jeder Mensch das Recht auf körperliche Gesundheit und adäquate Gesundheitsversorgung (Artikel 25), auf Nicht-Diskriminierung (Artikel 7) sowie auf die freie Entscheidung über die Ehe (Artikel 16). Explizit gesteht die Charta Müttern sowie Kindern Anspruch auf „besondere Fürsorge und Unterstützung“ zu.¹

Auch die internationale Frauenrechtskonvention aus dem Jahr 1979 betont den Anspruch auf freie Wahl bei der Eheschließung und verbietet Kinderehen. Sie spricht Frauen das Recht zu, frei zu entscheiden, wie viele und in welchen Abständen sie Kinder bekommen. Sie fordert den Zugang zu den notwendigen Informationen und Mitteln, um diese Entscheidung bewusst treffen und verwirklichen zu können. Zudem garantiert die Konvention das Recht auf adäquate Betreuung während Schwangerschaft und Geburt.²

Als besonders verletzte Gruppe gelten neben den Frauen auch Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Sie sind weder dazu in der Lage ihre Entscheidungen vollständig abzuwägen noch ihre Rechte und Interessen durchzusetzen.³ Zudem können sie sich vor physischer Gewalt und Armut schlechter schützen als Erwachsene. Die Vereinten Nationen haben deshalb diese Altersgruppe in der Kinderrechtskonvention von 1989 unter besonderen Schutz

gestellt.⁴ Die Kinderrechtscharta spricht Kindern das Recht zur notwendigen Gesundheitsberatung und -versorgung auch ohne das elterliche Einverständnis zu.⁵ Sie fordert zudem den Schutz der Kinder vor körperlicher Gewalt und sexuellem Missbrauch.⁶

WELTBEVÖLKERUNGSKONFERENZ: WAS STAATEN LEISTEN MÜSSEN

Basierend auf diesen verbindlichen, übergeordneten Konventionen hat sich die internationale Gemeinschaft während der Weltbevölkerungskonferenz 1994 in Kairo ganz explizit zum Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit für alle Menschen bekannt.⁷ Damals einigten sich die 179 teilnehmenden Länder darauf, dass sich aus den Menschenrechten das individuelle Recht ableitet, frei über das eigene Sexualleben, die Ehe und Familienplanung zu entscheiden und dass Staaten weltweit die dafür notwendigen Informationen und Mittel zur Verfügung stellen müssen.^{8,9} Alle damit zusammenhängenden Aspekte werden seit 1994 unter dem Begriff „sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte“ (kurz: SRGR) zusammengefasst.

Die Verbriefung sexueller und reproduktiver Gesundheit und reproduktiver Rechte im Aktionsplan von Kairo bedeutete einen entscheidenden Wendepunkt in der internationalen Bevölkerungspolitik. Vorhergehende Bevölkerungskonferenzen hatten zu keinen Einigungen im Hinblick darauf geführt, ob und in welcher Form Staaten im Bereich Familienplanung und sexueller und reproduktiver Gesundheit ihren Bevölkerungen gegenüber Verpflichtungen haben. Angesichts des Bevölkerungswachstums hatten vor allem westliche Industrienationen Vereinbarungen gefordert, die darauf abzielten, die Geburtenraten in Staaten mit hohem Wachstum zu senken.¹⁰ Die betroffenen Länder jedoch

empfanden den Eingriff der weiterentwickelten Länder in diesen sensiblen Bereich als späte Form des Kolonialismus und wollten ihn deshalb nicht hinnehmen.¹¹

Der Wechsel von der staatlichen auf die individuelle Perspektive ermöglichte es erstmals, sich auf internationaler Ebene auf konkrete Ziele im Rahmen des Kairoer Aktionsprogramms zu einigen.^{12, 13} Trotzdem ist Kairo als Kompromiss zu verstehen. Denn die unterschiedlichen kulturell und religiös geprägten Wertevorstellungen zu Sexualität und Elternschaft erschweren einen Konsens bis heute erheblich.¹⁴ So sind Schwangerschaftsabbrüche nach wie vor ein strittiger Aspekt. Auch konnte man sich bislang nicht auf sexuelle Rechte einigen – obwohl sie sich aus den Menschenrechten ergeben. Umstritten ist beispielsweise in vielen Ländern das Recht, in freier Wahl eine Ehe zu schließen und eine Familie zu gründen oder über die eigene Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung zu entscheiden.¹⁵

SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT UND RECHTE (SRGR)

Unter **reproduktiver Gesundheit** versteht man laut Kairoer Aktionsprogramm einen „Zustand des vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens – und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Gesundheitsproblemen – in allen Angelegenheiten, welche das reproduktive System betreffen.“²⁰ Daraus ergibt sich das individuelle **Recht** darauf, frei zu entscheiden, ob, wann und wie viele Kinder ein Mensch haben möchte. Um diese Entscheidungen abwägen und umsetzen zu können, hat jeder Mensch den Anspruch auf Informationen und Mittel der Familienplanung.²¹

GLOBALE ZIELE

Einen weiteren Meilenstein in Bezug auf SRGR erreichte die internationale Staatengemeinschaft, als sie im Jahr 2000 die Millenniums-Entwicklungsziele (Millennium Development Goals, MDGs) – eine bis ins Jahr 2015 gültige Entwicklungsagenda – verabschiedete. Neben dem Kampf gegen Hunger und Armut fanden sich darin auch einige Ziele des Kairoer-Aktionsprogramms zu SRGR wieder.¹⁶ So verpflichteten sich die Mitgliedsländer mit MDG 5 dazu, die Müttergesundheit zu verbessern und die Müttersterblichkeit zu senken.¹⁷ Auch die Ziele, die Kindersterblichkeit zu senken (MDG 4) sowie HIV und Aids, Malaria und andere Krankheiten zu bekämpfen (MDG 6), bezogen sich unmittelbar auf SRGR. Zudem standen die Gleichstellung der Geschlechter und eine gestärkte Rolle der Frau (MDG 3) sowie die allgemeine Grundschulbildung (MDG 2) in engem Zusammenhang dazu.¹⁸ Der Zugang zu Informationen und Mitteln der reproduktiven Gesundheit wurde zunächst nicht zum expliziten Teil des Zielekatalogs.¹⁹

Als **sexuelle Gesundheit** definierte das Abschlussdokument der Weltbevölkerungskonferenz etwas schwammig die „Stärkung des Lebens und persönlicher Beziehungen, die nicht alleine in der Beratung und Versorgungsleistungen in Sachen Fortpflanzungsfähigkeit und sexuell übertragbaren Krankheiten bestehen.“²² Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte im Jahr 2006 sexuelle Gesundheit als einen Zustand physischen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf Sexualität. Demnach schließt sexuelle Gesundheit die Fähigkeit ein, einen positiven und respektvollen Zugang zu Sexualität und sexuellen Beziehungen zu entwickeln und ohne Zwang, Diskriminierung oder Gewalt angenehme sexuelle Erfahrungen machen zu können.²³

Eine global anerkannte Übereinkunft darüber, was sexuelle Rechte konkret beinhalten, gibt es bislang nicht.²⁴

Zusätzlich zu den MDGs gingen einige afrikanische Länder sowie einzelne Pazifik- und Karibikstaaten im Jahr 2000 ein Partnerschaftsabkommen mit der Europäischen Union bis ins Jahr 2020 ein. Neben Zielen in den Bereichen Wirtschaft, Politik und Handel war eines der erklärten Ziele die Einbindung von Bevölkerungsfragen in die Entwicklungsstrategien, um die reproduktive Gesundheit, medizinische Erstversorgung sowie Familienplanung zu verbessern.²⁵

ALLIANZEN GEGEN DAS SCHEITERN

Bereits zur Mitte der 2000-er Jahre zeichnete sich ab, dass die Fortschritte insbesondere in Afrika südlich der Sahara viel zu gering sein würden, um das Müttergesundheitsziel MDG 5 zu erreichen.²⁶ Um schneller voranzukommen, verfassten die Staaten der Afrikanischen Union (AU) im Jahr 2006 mit dem Continental Policy Framework on Sexual and Reproductive Health and Rights eine politische Leitlinie, um ihre Verpflichtungen zu den MDGs zu erfüllen.²⁷ Zudem einigten sie sich im Maputo-Aktionsplan auf eine gemeinsame Strategie, diese Leitlinien umzusetzen. Der Plan sah vor, die nationalen, regionalen und afrikaweiten Bemühungen zu bündeln, um die Stärkung von SRGR zur obersten Priorität auf der politischen Agenda der Afrikanischen Union zu machen.²⁸

Angesichts der erheblichen Probleme beim Erreichen von MDG 5 passten die Vereinten Nationen die MDG-Agenda an. Da klar geworden war, dass das Müttergesundheitsziel ohne den Zugang zu den notwendigen Diensten der reproduktiven Gesundheit nicht zu erreichen war, verabschiedeten sie das Unterziel 5.B zum universellen Zugang zu reproduktiver Gesundheit.²⁹ Dieses sah vor, bis 2015 Verhütungsmittel überall verfügbar zu machen, medizinische Betreuung während der Schwangerschaft zu garantieren und Schwangerschaften bei Jugendlichen zu reduzieren.³⁰

Auch die im Jahr 2007 gegründete Partnerschaft mit Afrika zwischen der Afrikanischen und der Europäischen Union, festgehalten in einem gemeinsamen Strategie-Dokument, setzte sich die Stärkung von SRGR bis ins Jahr 2015 explizit zum Ziel.³¹

Die erhöhte Aufmerksamkeit für SRGR trug dazu bei, dass das globale Engagement zunahm: Basierend auf dem Maputo-Aktionsplan entstand 2009 die AU-Kampagne CARMMA (Campaign on Accelerated Reduction of Maternal Mortality in Africa), die für mehr Engagement und Mittel zur Steigerung der Mütter- und (seit 2011) der Kindergesundheit wirbt.³²

2010, ein Jahr nach Beginn der Kampagne, rief der damalige UN-Generalsekretär Ban Ki-moon die Strategy for Women's and Children's Health ins Leben und stellte ihr das Finanzierungsinstrument Every Woman, Every Child (EWEC) zur Seite, das staatliche, privatwirtschaftliche und zivilgesellschaftliche Mittel in Milliardenhöhe zusammentrug.³³

Im selben Jahr verständigten sich führende Industriestaaten im Zuge des G8-Gipfels in Kanada in der sogenannten Muskoka-Initiative dazu, zwischen 2010 und 2015 fünf Milliarden US-Dollar zusätzlich zur Verfügung zu stellen, um Mütter-, Neugeborenen- und Kindergesundheit zu stärken.³⁴

Mit Family Planning 2020 (FP2020) entstand auf Initiative der britischen Regierung und der Bill & Melinda Gates Stiftung im Jahr 2012 eine globale Partnerschaft, um den Zugang zu Verhütungsmitteln zu verbessern. FP2020 warb im Rahmen des Familienplanungsgipfels in London für zusätzliche finanzielle, politische und programmatische Verpflichtungen von Staaten, internationalen Organisationen, Privatwirtschaft und Zivilgesellschaft. Dabei kamen mehrere Milliarden US-Dollar zusammen, welche die Geber bei weiteren Konferenzen seither zusätzlich aufgestockt haben.³⁵ Diese Partnerschaft hat es ermöglicht, bis Juli 2015 24,4 Millionen zusätzlichen Frauen Zugang zu modernen Verhütungsmitteln zu geben.³⁶

In einer weiteren innerafrikanischen Initiative verständigten sich die Bildungs- und Gesundheitsminister von 20 ost- und südafrikanischen Staaten (ESA) im Jahr 2013 darauf, das Gesundheits- und Bildungsniveau sowie das Wohlbefinden speziell von jungen Menschen zu stärken. In diesem Zuge wollen die Staaten gemeinsam darauf hinarbeiten, Jugendlichen Zugang zu umfassender

Sexualaufklärung und Gesundheitsdienstleistungen im SRGR-Bereich zu verschaffen. Deutschland hat den Entstehungsprozess der ESA-Initiative bis zur Unterzeichnung begleitet und unterstützt diese auch weiterhin im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit.³⁷ (Siehe Kapitel 3, Seite 43)

TRENDWENDE NICHT GELUNGEN

Die Probleme und Defizite im Bereich von SRGR sind also auf internationaler Ebene erkannt und die Bemühungen sowohl der afrikanischen Länder wie auch der Gebergemeinschaft, die Lage der betroffenen Menschen zu verbessern, wurden erheblich gesteigert. Dennoch konnten diese Anstrengungen nicht die gewünschten Erfolge erzielen.

Als die MDGs im Jahr 2015 ausliefen, hatten viele Länder südlich der Sahara die Zielsetzungen im Bereich reproduktiver Gesundheit weit verfehlt.³⁸ Statt um drei Viertel war die Müttersterblichkeit um gerade einmal die Hälfte im Vergleich zum Basisjahr 1990 zurückgegangen und rangierte bei 510 Todesfällen pro 100.000 Geburten – mehr als zweieinhalbmals so viel wie in Südasien, das die zweithöchste Müttersterblichkeit aufwies. In den Ländern südlich der Sahara brachten nur 52 Prozent aller Frauen ihre Kinder in Gegenwart von geschultem Personal zur Welt. Und auch die medizinische Betreuung von Schwangeren war mit 49 Prozent Betreuungsquote bei allen Geburten gerade einmal um zwei Prozentpunkte seit 1990 gestiegen. Es war nicht annähernd gelungen, frühe Schwangerschaften zu reduzieren. So liegt die Quote der Entbindungen pro 1.000 junge Frauen zwischen 15 und 19 Jahren in Afrika südlich der Sahara mit 117 auf dem weltweit höchsten Niveau und war gerade einmal um fünf Fälle pro 1.000 Mädchen im Vergleich zu 1990 gesunken. Ein ähnliches Bild ergibt sich für den Zugang zu Verhütungsmitteln: Nur etwas mehr als ein Viertel der in einer Beziehung lebenden Frauen nutzte in Afrika südlich der Sahara Verhütungsmittel. Ein weiteres Viertel hätte dies gerne getan, hatte aber keine Möglichkeit dazu. Von einem universellen Zugang zu reproduktiver Gesundheit, wie durch die MDGs avisiert, konnte also keine Rede sein. Reproduktive Gesundheit zählt somit zum sogenannten „unfinished business“ der MDGs – also zu den Zielen, die es weiter zu verfolgen gilt, weil sie bislang nicht erreicht wurden.³⁹

NEUE ZIELE, MEHR SRGR

Mit Auslaufen der MDGs setzte sich die internationale Staatengemeinschaft neue Ziele – diesmal bis ins Jahr 2030. Während die MDGs sich vorwiegend an die weniger entwickelten Länder gerichtet hatten, nehmen die nachhaltigen Entwicklungsziele (Sustainable Development Goals, SDGs) alle Staaten der Welt in die Pflicht. Denn inzwischen bestand einigermaßen Übereinkunft darüber, dass sich die großen Probleme des Planeten nur lösen lassen, wenn alle Staaten mitarbeiten und die drei Dimensionen der Nachhaltigkeit – die soziale, ökologische und ökonomische – adressiert werden. Im Gegensatz zu den MDGs, die relativ kurzfristig entschieden worden waren, ging der Verabschiedung der neuen Entwicklungsagenda ein jahrelanger, weltweiter Beratungsprozess voraus.⁴⁰ An dessen Ende stand die Annahme einer Liste von 17 Zielen mit 169 Unterzielen durch 193 Staats- und Regierungschefs.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit hielten Einzug in die Liste der SDGs – und zwar deutlich prominenter als in den MDGs.⁴¹ Im Gegensatz zu den MDGs sind in den SDGs neben der Senkung der Müttersterblichkeit (SDG 3.1), dem Kampf gegen HIV und Aids (SDG 3.3) und dem Zugang zu Familienplanung auch explizit Aspekte zur Aufklärung enthalten. Universeller Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung und zugehörigen Informationen soll zudem in nationalen Strategien und Programmen verankert werden (SDG 3.7). Darüber hinaus soll der flächendeckende Zugang zu grundlegenden Gesundheitsdiensten erreicht werden, zu denen auch Dienstleistungen zur Sicherung der reproduktiven Gesundheit zählen (SDG 3.8).⁴²

Zudem beziehen die SDGs im Gegensatz zu den MDGs reproduktive Rechte ein (SDG 5.6). Aufgrund des Widerstands konservativer Staaten wurden hingegen weder sexuelle Rechte noch das Recht auf den Zugang zu sicheren und legalen Schwangerschaftsabbrüchen aufgenommen, obwohl unsichere Abtreibung eine der Hauptursachen für die weiterhin hohe Müttersterblichkeit ist. Die SDGs greifen auch Probleme auf, die junge Menschen betreffen und fordern schädliche Praktiken wie Kinderehen, Zwangsheirat und Genitalverstümmelung zu beenden (SDG 5.3).

Somit wurden die Zielvorgaben zu Geschlechtergerechtigkeit ausgedehnt, welche in SDG 5 außerdem dazu auffordern, Gewalt gegen Frauen und Kinder zu beenden und sie vor sexueller Ausbeutung zu schützen (SDG 5.2).⁴³

Die MDGs bezogen sich im Bildungsbereich einzig auf Schule und Arbeitsleben. SDG 4 fasst den Bildungsauftrag dagegen weiter und strebt an, dass alle Lernenden Wissen unter anderem für nachhaltige Lebensweisen, Menschenrechte und Geschlechtergleichstellung erlangen. Diese Wissensbereiche können sich positiv auf SRGR auswirken, auch wenn eine umfassende Sexualaufklärung nicht explizit darin enthalten ist.

Damit der Formulierung der Ziele auch Taten und Ergebnisse folgen, war die Verabschiedung der SDGs der Startschuss für weiterführende Vereinbarungen und Strategien der internationalen Gemeinschaft. Aus Ban Ki-moons Strategy for Women's and Children's Health ging die Global Strategy for Women's, Children's, and Adolescents' Health 2016–2030 hervor, welche die Jugend stärker in den Fokus rückte. Zu deren Finanzierung dient unter anderem die Global Financing Facility (GFF), die dazu beitragen soll, die Gesundheit von Frauen, Kindern und Jugendlichen in 62 Ländern, die Mehrzahl davon in Afrika südlich der Sahara, zu stärken.⁴⁴

AGENDA 2063: AFRIKAS BEKENNTNIS ZUR STÄRKUNG SEXUELLER UND REPRODUKTIVER GESUNDHEIT

Die 55 Mitgliedsstaaten der Afrikanischen Union, welche die Ziele der Millenniums-Entwicklungsagenda größtenteils nicht erreicht hatten, verschieben sich im Jahr 2015 nicht nur den SDGs. Zusätzlich verabschiedeten sie mit der Agenda 2063 ihre eigenen Entwicklungsziele. Diese stehen nicht etwa in Konkurrenz zur globalen Agenda, sondern greifen die SDGs auf und ergänzen sie um weitere, regionale Bemühungen.⁴⁵ Das erklärte Ziel der Agenda 2063 ist es, die bestehende Chance auf eine demografische Dividende zu ergreifen, also unter anderem durch niedrigere Geburtenziffern einen demografisch bedingten Entwicklungsschub in Gang zu setzen (siehe Kapitel 1, Seite 22). Auf dem Weg

dorthin gelte es, den Menschen Zugang zu Informationen über und Mittel zur Sicherung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte zu geben und insbesondere Frauen und jungen Menschen Mittel zur Familienplanung zur Verfügung zu stellen. Alle Formen der Diskriminierung gegen Frauen, darunter auch sexuelle Gewalt, Kinderehen und Genitalverstümmelung sollen laut Agenda 2063 beendet werden.⁴⁶

Zur Umsetzung der Ziele haben die afrikanischen Staaten den sogenannten Aktionsplan von Maputo bis ins Jahr 2030 verlängert. Die Neuauflage des Maputo-Plans betont, wie wichtig es ist, SRGR insbesondere von jungen Menschen zu stärken und fordert dazu auf, jegliche rechtliche Barrieren, die den Zugang zu sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdienstleistungen einschränken, zu beseitigen, altersgerechte und kultursensible umfassende Sexualaufklärung für Jugendliche und junge Erwachsenen in und außerhalb von Schulen verfügbar zu machen und gezielt in jugendfreundliche SRGR-Dienstleistungen zu investieren.⁴⁷ Die Finanzierung dafür soll dabei nicht nur aus den Ländern selbst kommen. Der Maputo-Plan fordert auch die Unterstützung durch internationale Organisationen und die sogenannten Geberländer.⁴⁸

WAS DIE ZUKUNFT BRINGT

Beinahe 70 Jahre nach der Unterzeichnung der Menschenrechtsdeklaration ist es der Weltgemeinschaft noch nicht gelungen, sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte zu garantieren – insbesondere in Afrika südlich der Sahara. Mit den SDGs und der Agenda 2063 der Afrikanischen Union gibt es aber ganz konkrete und ehrgeizige Zielsetzungen. Mittlerweile werden Jugendliche zunehmend als Schlüsselgruppe angesehen, um die Zukunft Afrikas südlich der Sahara positiv zu gestalten und eine demografische Dividende zu ermöglichen.

Sowohl für die Umsetzung der SDGs als auch der Agenda 2063 erwarten Entwicklungsländer neben der Verwendung eigener Mittel die Unterstützung der Industrieländer. Auch die Bundesregierung hat sich zu den SDGs verpflichtet und zugesagt, SRGR weltweit zu fördern. Ob und wie sie das tut, zeigt das folgende Kapitel.

IN DEN SDGS VERANKERT

Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte haben an mehreren Stellen Einzug in die globale Entwicklungsagenda, die nachhaltigen Entwicklungsziele gehalten.⁴⁹

Ziel 3: Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern

- 3.1** Bis 2030 die weltweite Müttersterblichkeit auf unter 70 je 100.000 Lebendgeburten senken.
- 3.3** Bis 2030 die Aids-, Tuberkulose- und Malariaepidemien und die vernachlässigten Tropenkrankheiten beseitigen und Hepatitis, durch Wasser übertragene Krankheiten und andere übertragbare Krankheiten bekämpfen.
- 3.7** Bis 2030 den allgemeinen Zugang zu sexual- und reproduktionsmedizinischer Versorgung, einschließlich Familienplanung, Information und Aufklärung, und die Einbeziehung der reproduktiven Gesundheit in nationale Strategien und Programme gewährleisten.
- 3.8** Die allgemeine Gesundheitsversorgung, einschließlich der Absicherung gegen finanzielle Risiken, den Zugang zu hochwertigen grundlegenden Gesundheitsdiensten und den Zugang zu sicheren, wirksamen, hochwertigen und bezahlbaren unentbehrlichen Arzneimitteln und Impfstoffen für alle erreichen.

Ziel 4: Inklusive, gleichberechtigte und hochwertige Bildung gewährleisten und Möglichkeiten lebenslangen Lernens für alle fördern

- 4.1** Bis 2030 sicherstellen, dass alle Mädchen und Jungen gleichberechtigt eine kostenlose und hochwertige Grund- und Sekundarschulbildung abschließen, die zu brauchbaren und effektiven Lernergebnissen führt.
- 4.7** Bis 2030 sicherstellen, dass alle Lernenden die notwendigen Kenntnisse und Qualifikationen zur Förderung nachhaltiger Entwicklung erwerben, unter anderem durch Bildung für nachhaltige Entwicklung und nachhaltige Lebensweisen, Menschenrechte, Geschlechtergleichstellung, eine Kultur des Friedens und der Gewaltlosigkeit, Weltbürgerschaft und die Wertschätzung kultureller Vielfalt und des Beitrags der Kultur zu nachhaltiger Entwicklung.

Ziel 5: Geschlechtergleichstellung erreichen und alle Frauen und Mädchen zur Selbstbestimmung befähigen

- 5.2** Alle Formen von Gewalt gegen alle Frauen und Mädchen im öffentlichen und im privaten Bereich einschließlich des Menschenhandels und sexueller und anderer Formen der Ausbeutung beseitigen.
- 5.3** Alle schädlichen Praktiken wie Kinderheirat, Frühverheiratung und Zwangsheirat sowie die Genitalverstümmelung bei Frauen und Mädchen beseitigen.
- 5.6** Den allgemeinen Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und reproduktiven Rechten gewährleisten, wie im Einklang mit dem Aktionsprogramm der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung, der Aktionsplattform von Peking und den Ergebnisdokumenten ihrer Überprüfungskonferenzen vereinbart.

Ziel 10: Ungleichheit in und zwischen Ländern verringern

- 10.3** Chancengleichheit gewährleisten und Ungleichheit der Ergebnisse reduzieren, namentlich durch die Abschaffung diskriminierender Gesetze, Politiken und Praktiken und die Förderung geeigneter gesetzgeberischer, politischer und sonstiger Maßnahmen in dieser Hinsicht.

Ziel 16: Friedliche und inklusive Gesellschaften für eine nachhaltige Entwicklung fördern, allen Menschen Zugang zur Justiz ermöglichen und leistungsfähige, rechenschaftspflichtige und inklusive Institutionen auf allen Ebenen aufbauen

- 16.1** Alle Formen der Gewalt und die gewaltbedingte Sterblichkeit überall deutlich verringern.
- 16.2** Missbrauch und Ausbeutung von Kindern, den Kinderhandel, Folter und alle Formen von Gewalt gegen Kinder beenden.

Quelle: Vereinte Nationen⁵⁰

ENDNOTEN KAPITEL 2

- 1 United Nations General Assembly (1948). The Universal Declaration of Human Rights (Resolution 217 A). Paris. <http://www.un-documents.net/a3r217a.htm> (27.09.17).
- 2 OHCHR (o.A.). Sexual and reproductive health and rights. Geneva. www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/HealthRights.aspx (27.09.17).
- 3 The United Nations (Hrsg.) (1989). Convention on the Rights of the Child (Treaty Series, Bd. 1577, 3. Aufl.).
- 4 UNFPA (2013). Motherhood in Childhood. Facing the Challenge of Adolescent Pregnancy (State of world population 2016). New York. www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP2013.pdf (01.08.17).
- 5 S. Endnote 3.
- 6 S. Endnote 3.
- 7 May, J. F. (2012). World population policies. Their origin, evolution, and impact. Dordrecht: Springer.
- 8 BMZ (2008). Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte, Bevölkerungsdynamik. Ein Positionspapier des BMZ (BMZ Spezial 148). Bonn/Berlin. <https://www.bmz.de/de/mediathek/publikationen/archiv/reihen/strategiepapiere/spezial148pdf.pdf> (12.10.17)
- 9 Klingholz, R. (2009). Aktionsprogramm der Kairoer Weltbevölkerungskonferenz 1994. Berlin. www.berlin-institut.org/online-handbuchdemo-grafie/entwicklungspolitik/aktionsprogramm-der-kairoer-weltbevoelkerungskonferenz-1994.html (27.09.17).
- 10 S. Endnote 7.
- 11 S. Endnote 7.
- 12 S. Endnote 8.
- 13 S. Endnote 9.
- 14 S. Endnote 8.
- 15 Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (2014). Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. Potenzial für Entwicklung (Info Weltbevölkerung). Hannover. https://www.dsw.org/wp-content/uploads/2016/08/SRGR_Factsheet.pdf (27.09.17).
- 16 BMZ (o.A.). Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte, www.bmz.de/de/themen/reproduktive_gesundheit/hintergrund/index.html (27.09.17).
- 17 VENRO e. V. & Deine Stimme gegen Armut (2010). 5 vor 2015. Zeit für einen Aktionsplan zur Erreichung der MDG. Empfehlungen der Zivilgesellschaft an die Bundesregierung. Bonn. http://www.venro.org/fileadmin/Presse-Downloads/2010/Juni_2010/DSGA_MDG_Bericht_5.single.pdf (27.09.17).
- 18 UNSD (2008). Official list of MDG Indicators. mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm (27.09.17).
- 19 Galati, A. J. (2015). Onward to 2030: Sexual and Reproductive Health and Rights in the Context of the Sustainable Development Goals, Guttmacher Institute (Guttmacher Policy Review Volume 18, Issue 4). www.guttmacher.org/gpr/2015/10/onward-2030-sexual-and-reproductive-health-and-rights-context-sustainable-development (27.09.17).
- 20 UNDESA with support from UNFPA (1994). Report of the International Conference on Population and Development (Report of the ICPD 94/10/18). Cairo. www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa. (27.09.17).
- 21 Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (2016). Sexual and Reproductive Health and Rights and the Global Goals. Berlin. <http://www.dsw.org/en/wp-content/uploads/2017/09/SRHR-and-the-SDGs.pdf> (27.09.17).
- 22 S. Endnote 16.
- 23 WHO (o.A.). Defining sexual health. www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/ (07.09.17).
- 24 S. Endnote 15.
- 25 European Commission (2013). ACP – The Cotonou Agreement. ec.europa.eu/europeaid/regions/african-caribbean-and-pacific-acp-region/cotonou-agreement_en (27.09.17).
- 26 UNDESA (2006). The Millennium Development Goals Report 2006. New York. <http://www.un.org/zh/millenniumgoals/pdf/MDGReport2006.pdf> (27.09.17).
- 27 African Union Commission (2006). Sexual and Reproductive Health and Rights. Continental Policy Framework. https://au.int/sites/default/files/documents/30921-doc-srhr_english_0.pdf (29.09.17).
- 28 Partners in Population and Development Africa Regional Office (o.A.). The Maputo Plan of Action. Kampala. <http://www.ppdafrika.org/docs/policy/maputo-e.pdf> (29.09.17).
- 29 S. Endnote 24.
- 30 S. Endnote 23.
- 31 African Union & European Union (2007). The Africa-EU Strategic Partnership. A Joint Africa-EU Strategy. <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-16344-2007-INIT/en/pdf> (27.09.17).
- 32 African Union (o.A.). Campaign on Accelerated Reduction of Maternal Newborn and Child Mortality in Africa (CARMMA). History. carmma.org/page/history (27.09.17).
- 33 Every Woman Every Child (o.A.). What is Every Woman Every Child? www.everywomaneverychild.org/about/ (27.09.17).
- 34 Deutsche Stiftung Weltbevölkerung & European Parliamentary Forum (2016). Euromapping 2016. Accountability Guide for Reproductive, Maternal Newborn and Child Health, and Family Planning. http://www.dsw.org/en/wp-content/uploads/2016/12/EM_2016_Layout-LoRes.pdf (29.09.17).

- 35 S. Endnote 34.
- 36 Family Planning 2020 (2016). Family Planning 2020 Strategy 2016-2020: Our Progress to Date (Blog). <http://www.familyplanning2020.org/resources/12479> (27.09.17).
- 37 Young People Today (o.A.). The Commitment. youngpeopletoday.net/the-commitment/ (28.09.17).
- 38 Vereinte Nationen (2015). Transformation unserer Welt: die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung (A/70/L.1) . <http://www.un.org/depts/german/gv-70/a70-l1.pdf> (27.09.17).
- 39 UNDESA (2015). The Millennium Development Goals Report 2015. New York. [http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf) (28.09.17)
- 40 S. Endnote 24.
- 41 S. Endnote 24.
- 42 S. Endnote 38.
- 43 S. Endnote 38.
- 44 The World Bank (2017). The Global Financing Facility 2016-2017 Annual Report. Country-Powered Investments for Every Woman, Every Child. Washington D.C. <https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/05/GFF-Annual-Report-2016-2017.pdf> (28.09.17).
- 45 The African Union Commission (2015). Agenda 2063 Framework Document. The Africa We Want. <http://www.un.org/en/africa/osaa/pdf/au/agenda2063-framework.pdf> (28.09.17).
- 46 S. Endnote 45.
- 47 The African Union Commission (2016). Maputo Plan of Action 2016-2030. Draft. https://au.int/sites/default/files/documents/24099-poa_5-_revised_clean.pdf
- 48 S. Endnote 47.
- 49 S. Endnote 17.
- 50 S. Endnote 38.

3 DIE DEUTSCHE ENTWICKLUNGS- ZUSAMMENARBEIT UNTER DER LUPE

Die Bundesrepublik Deutschland hat in zahlreichen internationalen Vereinbarungen nicht nur zugesagt, sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) im eigenen Land zu garantieren, sondern auch, Partnerländer der deutschen Entwicklungszusammenarbeit bei der Gewährleistung von SRGR zu unterstützen.

Ob die deutsche Entwicklungszusammenarbeit ihren eigenen Zusagen gerecht wird und welche Schritte sie in diese Richtung in der Zusammenarbeit mit Partnerländern südlich der Sahara unternimmt, ist Bestandteil dieses Kapitels. Die folgenden Analysen basieren erstens auf den offiziellen Konzepten, Strategie- und Positionspapieren des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ). Diese geben Aufschluss über die konkreten Zielsetzungen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Die Formulierung von Zielen alleine bedeutet aber noch nicht, dass diese auch umgesetzt werden. Deshalb wurde zweitens mithilfe der öffentlich zugänglichen Daten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) untersucht, in welchem finanziellen Umfang sich die deutsche Entwicklungszusammenarbeit tatsächlich an der Stärkung von SRGR beteiligt. Welchen Stellenwert SRGR bei Mitarbeitenden der deutschen Entwicklungszusammenarbeit spielen und wie und unter welchen Voraussetzungen diese sich für SRGR einsetzt, haben Vertreter_innen aus dem BMZ sowie aus den Durchführungsorganisationen, der Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (GIZ) und der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW), in leitfadengestützten Expert_inneninterviews skizziert.ⁱ

Der Hauptakteur der deutschen Entwicklungspolitik ist das BMZ. Dessen Fachreferate entwickeln die verbindlichen Sektorstrategien, die von der BMZ-Leitung verabschiedet werden. Das Fachreferat 304 für Gesundheit, Bevölkerungspolitik und soziale Sicherung ist für den Bereich SRGR zuständig. Die Strategien werden im Rahmen der deutschen multilateralen und bilateralen Entwicklungszusammenarbeit umgesetzt.

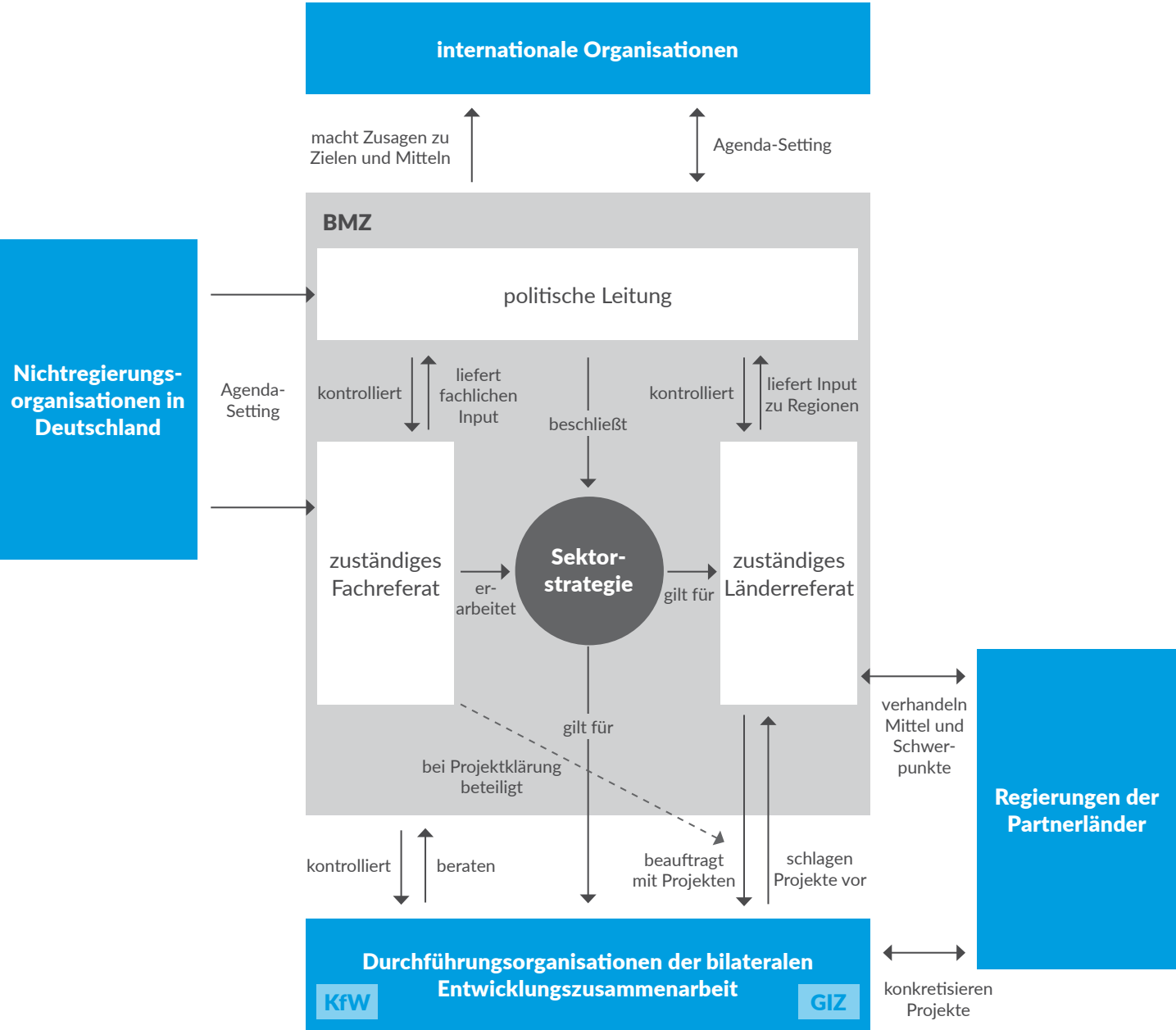
Auf der multilateralen Ebene, etwa auf internationalen Gipfeln oder Gebertreffen, sagt die politische Leitung, also der/die Minister_in oder ein/eine Staatssekretär_in, finanzielle Beiträge zu und nimmt Einfluss auf die globale entwicklungspolitische Agenda. Auch die Fachreferate vertreten dort die Positionen der Bundesregierung in Bezug auf ihre jeweiligen Themengebiete.

Die bilaterale Zusammenarbeit wird von den Länderreferaten im BMZ gesteuert. Sie handeln mit den Regierungen der Partnerländer aus, in welchen Bereichen und in welchem Umfang kooperiert wird. In der Regel konzentriert sich Deutschland pro Land auf jeweils drei Schwerpunktthemen.

Sind finanzieller Rahmen und inhaltliche Schwerpunkte festgelegt, beauftragt das BMZ die beiden Durchführungsorganisationen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit – die KfW für die finanzielle und die GIZ für die technische Zusammenarbeit. Diese entwickeln und finanzieren in Absprache mit den Partnerregierungen Projekte vor Ort und setzen sie um. Die Länderreferate kontrollieren die Projekte und ziehen die jeweiligen Fachreferate hinzu. KfW und vor allem die GIZ beraten und spielen den Fach- und Länderreferaten Informationen zurück und beteiligen sich damit auch an der inhaltlichen Weiterentwicklung der deutschen Entwicklungszusammenarbeit.

ⁱ Weitere Informationen zum Vorgehen finden Sie in den Anmerkungen zur Methodik am Ende dieser Studie.

DIE DEUTSCHE BILATERALE ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT IM ÜBERBLICK



Hinweis: eigene Darstellung

3.1 ENTWICKLUNGSPOLITISCHE LEITLINIEN: KONZEPTE UND STRATEGIEN

Die Leitlinien der deutschen Entwicklungszusammenarbeit sind in den Sektorkonzepten, Strategie- und Positionspapieren des BMZ festgeschrieben. Einmal von der politischen Leitung verabschiedet, gelten diese Dokumente verbindlich für alle Akteure der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Für den Bereich SRGR erarbeitet die Leitlinien federführend das Fachreferat 304 für Gesundheit, Bevölkerungspolitik und soziale Sicherung.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte: Schwerpunkt im Gesundheitssektor

Im Gesundheitsbereich bildet das Sektorkonzept „**Gesundheit in der deutschen Entwicklungspolitik**“ aus dem Jahr 2009 den inhaltlichen Überbau für die Positions- und Strategiepapiere. Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte nehmen in dem Konzept einen hohen Stellenwert ein. Denn das Sektorkonzept benennt Kernthemen von SRGR als zwei von insgesamt drei schwerpunktmäßigen Handlungsfeldern: **erstens** Frauen bei Verhütung, Schwangerschaft und Geburt zu stärken sowie **zweitens** Infektionskrankheiten wie beispielsweise Aids einzudämmen und zu behandeln. Der **dritte** Schwerpunkt im Bereich Gesundheit ist die Stärkung des Gesundheitssystems inklusive der Ausbildung von Gesundheitspersonal sowie die Finanzierung der Gesundheitsversorgung.¹

Der hohe Stellenwert von SRGR begründe sich nicht nur durch die Millenniums-Entwicklungsziele (MDGs) und das Menschenrecht auf Gesundheit, heißt es im BMZ, sondern auch durch die besondere Rolle von SRGR als „Schlüsselfaktor für die langfristige Verringerung des Bevölkerungswachstums.“² Konkret setzt sich das BMZ zum Ziel, durch sein Engagement Beiträge in den folgenden SRGR-Bereichen zu leisten:

- Zugang zu Familienplanungsangeboten
- medizinische Versorgung vor, während und nach der Schwangerschaft
- medizinische Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen
- Prävention und Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten

- Vermeidung sexueller Gewalt und Betreuung von Opfern
- Überwindung weiblicher Genitalverstümmelung

Jugendliche und Frauen definiert das Sektorkonzept für den Gesundheitsbereich als strukturell benachteiligte und somit besonders zu berücksichtigende Gruppen. Zudem hat das Konzept die verstärkte Kooperation mit Ländern in Afrika südlich der Sahara angekündigt, da insbesondere diese Region bei den gesundheitsbezogenen MDGs hinterherhinkte.

Derzeit wird das Sektorkonzept „Gesundheit in der deutschen Entwicklungspolitik“ überarbeitet und dabei unter anderem im Hinblick auf die nachhaltigen Entwicklungsziele (SDGs) aktualisiert. Ob SRGR im Gesundheitssektor danach noch denselben Stellenwert beibehalten werden wie bisher, ist offen. Anlass dazu böten die SDGs allemal (siehe Kapitel 2, Seite 31). In den Interviews äußern sich die Gesprächspartner_innen von BMZ, KfW und GIZ vorsichtig optimistisch und erwarten, dass SRGR im neuen Sektorkonzept weiterhin verankert sein werden – wenn auch möglicherweise nicht mehr als thematischer Schwerpunkt. Würden sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte ihre privilegierte Stellung innerhalb des Sektorkonzepts verlieren, könnte das künftige finanzielle Engagement des BMZ zugunsten anderer Gesundheitsthemen zurückgehen.

SRGR-Strategie breit und fest verankert

Dass sich die deutsche Entwicklungszusammenarbeit auch künftig für die Stärkung von SRGR engagiert, stellt aber eine Reihe weiterer BMZ-Dokumente sicher, die unabhängig vom Sektorkonzept gelten und in denen konkrete Ziele formuliert sind.

Als richtungsweisend für die heutige Strategie der Entwicklungszusammenarbeit im Bereich SRGR gilt das Positionspapier „Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte, Bevölkerungsdynamik“ aus dem Jahr 2008, auf das spätere BMZ-Positionen und -Strategien sowie das Sektorkonzept Gesundheit Bezug nehmen. Das Positionspapier betont, dass ein verstärktes Engagement im Bereich SRGR, vor allem in Afrika südlich der Sahara,

notwendig sei. Als Leitprinzip müsse dabei ein umfassender, das heißt, menschenrechtsbasierter, geschlechterspezifischer und multisektoraler Entwicklungsansatz gelten. Demnach sei es auch wichtig, sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte von (unverheirateten) Jugendlichen und vor allem von Mädchen und jungen Frauen zu stärken. Ziel der Entwicklungszusammenarbeit sei es ausdrücklich nicht, jungen Menschen Enthaltsamkeit nahezu legen, sondern ihnen selbstbestimmte Entscheidungen zu ermöglichen. Dabei sei auch die Mitarbeit anderer Fachreferate gefragt, etwa aus dem Bildungsbereich.³

Auch gelte es, die Maßnahmen des BMZ im SRGR-Bereich stärker mit der Bekämpfung von HIV und Aids zu verknüpfen. Auch wenn der Kampf gegen Aids als sexuell übertragbare Krankheit augenscheinlich zur Stärkung der sexuellen Gesundheit beiträgt, behandelte die deutsche Entwicklungszusammenarbeit HIV und Aids lange Zeit vorwiegend im Zuge der Bekämpfung von Infektionskrankheiten, also in einem separaten Arbeitsbereich. Maßnahmen in beiden Themenfeldern, so das Strategiepapier, ließen sich jedoch gewinnbringend verbinden.

Neuausrichtung im Jahr 2014

Im Jahr 2014 hat das Fachreferat für Gesundheit, Bevölkerungspolitik und soziale Sicherung ein neues und das derzeit aktuellste Strategiepapier zum Thema Bevölkerungsdynamik veröffentlicht. Dieses schreibt die Zielsetzung des Papiers aus 2008 fort, justiert die Entwicklungszusammenarbeit bezüglich der Bedeutung von Bevölkerungsentwicklung und -struktur jedoch nach: Stärker als bisher solle diese das Bevölkerungswachstum als Entwicklungshemmnis begreifen, die zentrale Rolle sinkender Kindersterblichkeit und Geburtenziffern als Voraussetzung für sozioökonomischen Fortschritt in Betracht ziehen und auf eine demografische Dividende hinwirken. Konkret fordert das Papier:

- **erstens** die Rolle von Bevölkerungsdynamiken sowie von SRGR in der bi- und multilateralen Zusammenarbeit stärker zu betonen,
- **zweitens** Bevölkerungsdaten als Planungsgrundlage gezielt zu erheben und zu berücksichtigen und

- **drittens** insbesondere die Jugend zu fördern. Es gelte, jungen Menschen (im Papier definiert als 15- bis 24-Jährige) Zugang zu Bildung und Arbeitsplätzen zu gewähren. Außerdem müsse es gelingen, die Gesundheit junger Menschen zu verbessern, nicht zuletzt durch gendersensible Aufklärung, sexuelle Selbstbestimmung und Rechte sowie gesellschaftliche Teilhabe. Eine zentrale Aufgabe sei es, Gesundheitssysteme sowie Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern zu fördern.⁴

Auf dem Weg zum Querschnittsthema

Weil enge Wechselwirkungen zwischen SRGR und Bildung sowie Menschenrechten bestehen, greifen zusätzlich zu den sektorspezifischen Strategien aus dem zuständigen Fachbereich 304 im BMZ auch andere Fachreferate SRGR in ihren Strategien auf. So sieht das Bildungsreferat in seiner Strategie vor, Sexualaufklärung im Schulunterricht zu fördern. Das Menschenrechtsreferat will die Rechte von Kindern und Jugendlichen in Afrika auf dem Wege verbesserter SRGR stärken und sich durch die Bekämpfung von Genitalverstümmelung speziell für die Rechte von Mädchen und Frauen einsetzen. Überdies hat das BMZ den sogenannten Gender Aktionsplan 2016 bis 2020 aufgestellt, um sektorenübergreifend die Gleichberechtigung der Geschlechter zu verfolgen. Der Aktionsplan greift die strategischen Ziele zu SRGR aus dem Sektorkonzept Gesundheit und dem Positionspapier aus 2008 auf. (Siehe Tabellen auf den Seiten 40 und 41)

Instrument zur Umsetzung

Das derzeit wichtigste Instrument zur Umsetzung für die deutsche Strategie zur Stärkung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte ist die BMZ-Initiative „Selbstbestimmte Familienplanung und Müttergesundheit“ aus dem Jahr 2011 (im Folgenden als „BMZ-Initiative“ bezeichnet). Deren oberstes Ziel ist es, „den Gebrauch moderner Verhütungsmittel zu erhöhen und dazu beizutragen, dass jede Schwangerschaft gewünscht ist und professionell begleitet wird.“ Damit fokussiert die BMZ-Initiative das deutsche Engagement für SRGR auf die Bereiche Familienplanung und Müttergesundheit.⁵

SRGR IN DEN ENTWICKLUNGSPOLITISCHEN DOKUMENTEN

Die Tabelle gibt an, ob das Themenfeld (Spalten) als Ziel, Handlungsfeld oder Herausforderung explizit in den jeweiligen Dokumenten (Zeilen) genannt ist

Dokument	Ziele und Themenfelder														
	Stärkung von SRGR allgemein	SRGR von Jugendlichen	Zusammenhang zwischen und sozioökonomischen	Familienplanung	Müttergesundheit	Schwangerschaft u. med. Versorgung	Bevölkerungsentwicklung	Entwicklungschancen	Vernetzung bei Schwangerschaftsabbrüchen	sexuell übertragbare Krankheiten	Sicherung des Zugangs zu Gesundheitsinformationen	Zwangsehe und Kinderheirat	sexuelle Gewalt	Genitalverstümmelung	
„Agents of Change. Kinder- und Jugendrechte in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit“. Aktionsplan. BMZ-Papier 4, 2017	✓	✓	(✓)	(✓)	✓	✓	(✓)	✓	✓	✓	(✓)	✓	–	(✓)	Um Kinder und Jugendliche stärken zu können, muss unter anderem ihre Gesundheit, auch die sexuelle und reproduktive, gestärkt werden.
„Entwicklungspolitischer Aktionsplan zur Gleichberechtigung der Geschlechter“, BMZ-Papier 3, 2016	✓	✓	–	–	✓	–	✓	✓	✓	✓	(✓)	✓	(✓)	✓	Verbesserte Gesundheit, darunter vor allem SRGR, ist eines der zentralen Handlungsfelder zur Gleichberechtigung der Geschlechter.
„BMZ-Bildungsstrategie: Gerechte Chancen auf hochwertige Bildung schaffen“, BMZ-Papier 7, 2015	✓	✓	✓	✓	–	–	✓	✓	–	✓	✓	✓	–	✓	Zwischen SRGR und dem Bildungsbereich bestehen große Wechselwirkungen, deshalb gilt es, Synergien zu stärken.
„Weibliche Genitalverstümmelung. Der Beitrag der deutschen Entwicklungspolitik zur Überwindung dieser Menschenrechtsverletzung an Mädchen und Frauen. Positionspapier“, BMZ-Strategiepapier 2, 2015	–	–	–	✓	–	–	✓	✓	–	✓	–	(✓)	–	✓	Die Überwindung von Genitalverstümmelung stellt eine Verbesserung von SRGR dar. Verbesserungen im Bereich SRGR reichen zur Überwindung von weiblicher Genitalverstümmelung aber nicht aus.

Ziele und Themenfelder

Stärkung von SRGR allgemein
 SRGR von Jugendlichen
 Zusammenhang zwischen Bevölkerungsentwicklung und sozioökonomischen Entwicklungschancen
 Familienplanung
 Müttergesundheit (Vor- u. Nachsorge in der Schwangerschaft u. professionell begleitete Geburten)
 med. Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen
 Vernetzung von SRGR mit anderen Sektoren
 sexuell übertragbare Krankheiten (Verknüpfung mit HIV und Aids)
 Sicherung des Zugangs zu Gesundheitsinformationen
 umfassende Sexualaufklärung
 Zwangs- und Kinderheirat
 sexuelle Gewalt
 sexuelle Orientierung und sexuelle Minderheiten
 Genitalverstümmelung

Dokument

„Bevölkerungsdynamik in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Positionspapier“, BMZ-Strategiepapier 10, 2014	–	✓	✓	(✓)	–	–	✓	–	✓	✓	–	–	–	–	SRGR als Teilaspekt, der in Verbindung mit weiteren Sektoren einen Beitrag zur demografischen Dividende leistet.
Übersektorales Konzept „Gleichberechtigung der Geschlechter in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit“, BMZ-Strategiepapier 2, 2014	✓	(✓)	–	✓	✓	–	✓	–	✓	–	✓	✓	–	(✓)	Diskriminierung von Frauen und Verletzungen von SRGR stehen in engem Zusammenhang. Gesundheit, darunter vor allem SRGR, ist zentral für die Stärkung von Frauenrechten.
„Deutschlands Beitrag zur nachhaltigen Eindämmung von HIV. Ein Positionspapier des BMZ“, BMZ-Strategiepapier 5, 2012	✓	✓	–	✓	–	(✓)	✓	✓	✓	✓	–	(✓)	✓	–	Für nachhaltige Eindämmung von HIV und Aids müssen SRGR und HIV und Aids zusammengedacht werden.
Sektorkonzept „Gesundheit in der deutschen Entwicklungspolitik“, BMZ Konzepte 183, 2009	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	–	✓	✓	✓	SRGR als einer von drei inhaltlichen Schwerpunkten.
„Gesundheit und Menschenrechte“, BMZ Spezial 162, 2009	✓	✓	–	–	✓	–	–	✓	✓	✓	✓	✓	✓	(✓)	SRGR in Menschenrechten verankert.
„Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte, Bevölkerungsdynamik. Ein Positionspapier des BMZ“, BMZ Spezial 148, 2008	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	–	✓	✓	✓	✓	SRGR trägt zur Verbesserung der Situation des Einzelnen bei und ermöglicht gesamtgesellschaftliche, nachhaltige Entwicklung.

Eng angelehnt an die unterschiedlichen Strategiepapiere formuliert die BMZ-Initiative fünf Maßnahmen:

- **Erstens** sollen Familienplanung und Müttergesundheit im politischen Dialog mit den Partnerländern thematisiert werden.
- **Zweitens** sollen die finanziellen Mittel für reproduktive Gesundheit und Familienplanung über den Zeitraum von 2011 bis 2015 im Verhältnis zum Jahr 2008 verdoppelt und deren Wirksamkeit erhöht werden.
- **Drittens** soll die Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft und dem Privatsektor ausgebaut werden.
- **Viertens** sollen Bildung und Aufklärung stärkere Berücksichtigung finden.
- **Fünftens** sollen Hebammen ausgebildet und medizinisches Personal für die professionelle Begleitung von Geburten geschult werden.

Die BMZ-Initiative wurde im Jahr 2015 bis ins Jahr 2019 verlängert. In diesem Zuge wurden die Mittelzusagen um jährlich zehn Millionen Euro aufgestockt.⁶ Im Rahmen der Initiative sollen nun insgesamt 100 Millionen Euro pro Jahr vergeben werden.

Fazit: hoher eigener Anspruch

Die deutsche Entwicklungspolitik hat sich in den vergangenen Jahren somit in einer Vielzahl von Strategie- und Positionspapieren zu ihrer internationalen Zusage bekannt, sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte zu fördern und setzt es sich zum Ziel,

- den Einfluss der demografischen Veränderungen für jedweden sozioökonomischen Fortschritt stärker zu betonen und zu berücksichtigen;
- die Stärkung von SRGR mit Maßnahmen aus anderen Handlungsfeldern, etwa HIV und Aids sowie Bildung zu verknüpfen;
- Kinder und Jugendliche, insbesondere Mädchen und junge Frauen, als besonders große und besonders verletzte Gruppe und als Entwicklungsgestalter_innen von morgen speziell zu berücksichtigen;
- sich bei der Arbeit im SRGR-Bereich verstärkt in Afrika südlich der Sahara zu engagieren.

Für die Umsetzung dieser Ziele stellt das BMZ mit der BMZ-Initiative „Selbstbestimmte Familienplanung und Müttergesundheit“ ein spezifisches Instrument mit wachsendem finanziellen Umfang bereit.

Ob die deutsche Entwicklungszusammenarbeit den selbstgesteckten Ansprüchen für die Stärkung von SRGR in der Praxis gerecht wird, ist aus den strategischen Dokumenten nicht abzulesen. Dies lässt sich nur aus der tatsächlichen multi- sowie bilateralen Entwicklungszusammenarbeit ableiten, die im Folgenden dargestellt wird.

3.2 ENGAGEMENT AUF INTERNATIONALER BÜHNE

Das BMZ orientiert sich in seiner Arbeit an den globalen Prinzipien einer nachhaltigen Entwicklung, die unter anderem in der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung, den sogenannten SDGs, festgehalten sind. Um diese zu erfüllen, unterstützt die Bundesregierung nicht nur ihre Partnerländer über die bilaterale Zusammenarbeit, sondern auch multilaterale Organisationen mit finanziellen Mitteln und durch inhaltliche Zuarbeit. Auf internationalen Gipfeln, Fachkonferenzen und Gebertreffen vertritt zudem entweder die Leitungsebene des BMZ oder die Arbeitsebene des entsprechenden Fachreferats die Position der Bundesregierung im Gesundheitsbereich und damit auch im Themenfeld SRGR. Die Entscheidungsgewalt über Mittelzusagen oder politische Verpflichtungen liegt bei der Leitungsebene des BMZ, welche vorab die dafür notwendige Expertise aus den Fachreferaten einholt.

Im SRGR-Bereich arbeitet Deutschland vorwiegend mit dem Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) sowie der Internationalen Familienplanungsvereinigung (IPPF) zusammen. Im Jahr 2015 stellte die Bundesregierung für UNFPA rund 19 Millionen Euro, für IPPF sechs Millionen Euro zur Verfügung.⁷ Auch weitere Organisationen erhalten Gelder aus Deutschland, etwa das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) und die Weltgesundheitsorganisation (WHO). Insbesondere das Gemeinsame Programm der Vereinten Nationen zu HIV und Aids (UNAIDS) sowie der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM), haben Schnittmengen zu

SRGR. Den Letztgenannten hat die Bundesregierung im Jahr 2015 mit 210 Millionen Euro unterstützt.⁸ Die neugegründete Global Financing Facility (GFF) zur Umsetzung der Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health wird von der Bundesregierung bisher nicht unterstützt (siehe Kapitel 2, Seite 32).

Größere internationale finanzielle Zusagen zur Stärkung von SRGR hat die Bundesregierung zudem während des G8-Gipfels 2010 im kanadischen Muskoka gemacht. Die G8-Staaten haben sich in der Muskoka-Initiative dazu verpflichtet, zwischen 2011 und 2015 im Vergleich zum Basisjahr 2008 insgesamt fünf Milliarden US-Dollar zusätzlich bereitzustellen. Ziel war es, dadurch einen Beitrag zum Erreichen der Millenniums-Entwicklungsziele vier und fünf zur Kinder- und Müttergesundheit zu leisten. Im Zuge der Muskoka-Initiative hat sich Deutschland dazu verpflichtet, insgesamt 400 Millionen Euro zusätzlich in den relevanten Sektoren zuzusagen. Um dem nachzukommen, hat das BMZ die Initiative „Selbstbestimmte Familienplanung und Müttergesundheit“ ins Leben gerufen (siehe Kapitel 3, Seite 39).

Nicht nur finanziell, sondern auch inhaltlich nimmt die Bundesregierung Einfluss auf die Ausrichtung der internationalen Zusammenarbeit, etwa innerhalb der Europäischen Union oder der Vereinten Nationen. Die Bundesregierung hat in den vergangenen Jahren dazu beigetragen, den Themen SRGR und Bevölkerungsentwicklung mehr Aufmerksamkeit zu verleihen.

Darüber hinaus hat die Bundesregierung gemeinsam mit UNESCO und UNAIDS auf die Unterzeichnung einer Erklärung der süd- und ostafrikanischen Länder zu umfassender Sexualaufklärung hingewirkt. In der sogenannten ESA-Initiative verpflichten sich die Bildungs- und Gesundheitsminister_innen dieser Länder, jugendfreundliche Gesundheitsdienste bereitzustellen und umfassende Sexualaufklärung in Curricula zu verankern. Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit begleitet diesen Prozess über dessen Entstehung hinaus und unterstützt die Umsetzung der ESA-Verpflichtung vor Ort im Rahmen eines GIZ-Regionalvorhabens (siehe Kapitel 2, Seite 31 und Kapitel 3, Seite 52 und 53).

Auf dem Familienplanungsgipfel FP2020 im Juli 2017 war die Leitungsebene des BMZ nicht anwesend. Die Bundesrepublik wurde vom Fachreferat für Gesundheit, Bevölkerungspolitik und soziale Sicherung des Ministeriums vertreten und hat keine neuen inhaltlichen oder finanziellen Zusagen gemacht. Denn das BMZ hatte dies schon einige Monate zuvor getan.

Auf internationaler Ebene unterstützt Deutschland also die multilateralen Organisationen finanziell und macht sich für SRGR stark. Das folgende Kapitel zeigt, wie aktiv Deutschland seine Partnerländer über die bilaterale Entwicklungszusammenarbeit dabei unterstützt, SRGR zu stärken.

3.3 FINANZIELLE AUSSTATTUNG DER BILATERALEN ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT FÜR SRGR

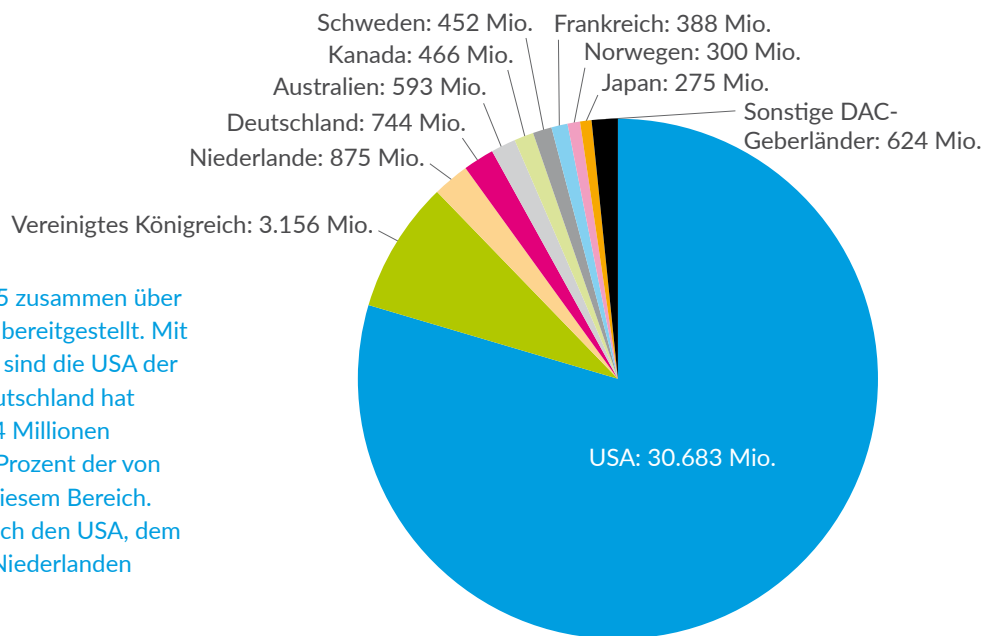
Ob die deutsche Entwicklungszusammenarbeit den Ansprüchen, die sie durch die Sektorkonzepte und Strategien an sich selbst stellt, tatsächlich gerecht wird, ist aus der öffentlichen Berichterstattung des BMZ kaum möglich zu beurteilen. Um diese Frage wenigstens in Teilen zu beantworten, wird in dieser Studie untersucht, wie sich die Mittelvergabe für den SRGR-Bereich in den vergangenen Jahren entwickelt hat. Aufschluss darüber, ob die bilaterale Entwicklungszusammenarbeit in Einklang mit den geäußerten Zielsetzungen steht, liefert die Datenbank des Ausschusses für Entwicklungshilfe (DAC) der Geberländer unter den OECD-Staaten.⁹ Darin sind die finanziellen Zusagen an ihre bilateralen Kooperationspartner verzeichnet und nach dem jeweils obersten Projektziel aufgeschlüsselt. Die Geberländer kategorisieren ihre Projektzusagen nach einheitlichen Sektorschlüsseln, sodass die Datenbank Vergleiche zwischen Geberländern sowie zwischen Sektoren erlaubt.ⁱⁱ Die nachfolgende Analyse der finanziellen Zusagen für SRGR bezieht sich auf Sektor 130 „Bevölkerungspolitik/-programme und reproduktive Gesundheit“ (im Folgenden kurz SRGR-Sektor genannt) sowie dessen Untersektoren.ⁱⁱⁱ

ⁱⁱ Ein Projekt kann immer nur einem einzigen Sektorschlüssel zugewiesen werden. Da keine Zweitkodierung von Projektzielen möglich ist, kann nicht erfasst werden, welche weiteren Sektoren ein Projekt fördert.

ⁱⁱⁱ Untersektoren: „Bekämpfung sexuell übertragbarer Krankheiten, inklusive HIV und Aids“, „Familienplanung“, „Förderung reproduktiver Gesundheitsversorgung“, „Bevölkerungspolitik und -statistik“ sowie „Aus- und Fortbildung Bevölkerungsmedizin/reproduktive Gesundheit“

OHNE USA KAUM SRGR-MITTEL

Verteilung der finanziellen Zusagen der DAC-Geberländer an Entwicklungsländer im Sektor „Bevölkerungspolitik/-programme und reproduktive Gesundheit“, in Millionen US-Dollar (in Preisen von 2015), Gesamtsumme von 2011 bis 2015



Die DAC-Geberländer haben von 2011 bis 2015 zusammen über 38,5 Milliarden US-Dollar für den SRGR-Sektor bereitgestellt. Mit 80 Prozent der Zusagen aller DAC-Geberländer sind die USA der mit Abstand größte Geber im SRGR-Sektor. Deutschland hat innerhalb der fünf Jahre Zusagen über etwa 744 Millionen US-Dollar getätigt. Dies entspricht knapp zwei Prozent der von allen DAC-Geberländern zugesagten Mittel in diesem Bereich. Deutschland befand sich damit auf Platz vier nach den USA, dem Vereinigten Königreich (acht Prozent) und den Niederlanden (zwei Prozent).

Datengrundlage: OECD¹¹, eigene Berechnungen

Deutschland ist nicht nur eines der wichtigsten Geberländer für die bilaterale Entwicklungszusammenarbeit insgesamt, sondern spielt auch im SRGR-Sektor eine wichtige Rolle.¹⁰ Die Bundesregierung hat den Entwicklungsländern zwischen 2011 und 2015 insgesamt 744 Millionen US-Dollar für Projekte im SRGR-Sektor zugesagt.^{iv} Zwar übernimmt die USA mit rund 80 Prozent der bilateralen Mittel in diesem Themenbereich den Löwenanteil und von Deutschland stammen gerade einmal zwei Prozent der insgesamt 38,5 Milliarden US-Dollar, welche die DAC-Mitglieder zusammen in den fünf Jahren zugesagt haben. Aber damit hat die Bundesrepublik unter den DAC-Mitgliedsstaaten immerhin die

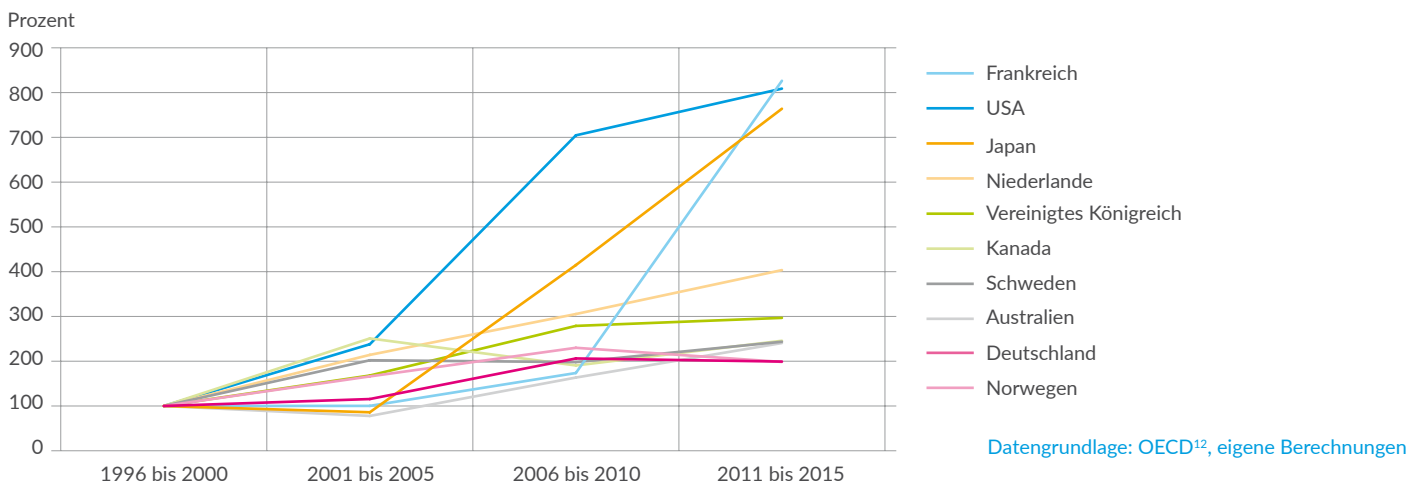
viertgrößten Finanzausgaben an die Entwicklungsländer gemacht – nach den USA, dem Vereinigten Königreich und den Niederlanden.

Wie die bilateralen Entwicklungsleistungen insgesamt, ist auch der deutsche Beitrag im SRGR-Sektor im Lauf der Zeit gewachsen und erreichte von 2011 bis 2015 etwa den doppelten Wert der Fünfjahresperiode von 1996 bis 2000. Gemeinsam mit Norwegen zählt Deutschland allerdings zu den beiden einzigen größeren Geberländern, deren Zusagen im SRGR-Bereich zwischen 2011 und 2015 im Vergleich zu den vorangegangenen fünf Jahren nicht gestiegen sind. Vielmehr sind die deutschen bilateralen Leistungen im SRGR-Sektor an Entwicklungsländer um 26 Millionen US-Dollar gesunken.

^{iv} Da die Geberländer nicht jedes Jahr Zusagen an alle Partnerländer machen, schwanken die Zusagen von Jahr zu Jahr. Deswegen bietet es sich an, größere Zeitabschnitte zu betrachten. In der vorliegenden Analyse werden die Daten in Fünfjahresschritten zusammengefasst.

DEUTSCHLANDS ENGAGEMENT NUR LEICHT GESTIEGEN

Entwicklung der finanziellen Zusagen der zehn größten DAC-Geberländer an Entwicklungsländer im Sektor „Bevölkerungspolitik/-programme und reproduktive Gesundheit“, in Fünfhresschritten, Index: 1996 bis 2000 = 100 Prozent



Im Vergleich zum Ende der 1990er-Jahre hat sich der Beitrag zum Sektor „Bevölkerungspolitik/-programme und reproduktive Gesundheit“ über die zehn größten DAC-Gebernationen hinweg deutlich erhöht. Im Falle Japans, Frankreichs und der USA ist er sogar drastisch gestiegen und lag im Fünfhreszeitraum 2011 bis 2015 etwa achtmal so hoch wie im Zeitraum 1996 bis 2000. Die

US-Regierung beabsichtigt jedoch, die Mittel im SRGR-Sektor deutlich zu kürzen – mit weiteren Zunahmen entsprechend dem Trend der vergangenen Jahre ist also kaum zu rechnen.¹³ Auch der deutsche Beitrag ist gestiegen, wenn auch im Vergleich zu den restlichen Ländern weniger stark.

Dass das finanzielle Engagement im SRGR-Sektor gesunken ist, hat zwei Gründe. Zum einen hat Deutschland die Unterstützung in den Regionen Asien, Europa und Lateinamerika zurückgefahren. Zum anderen hat das BMZ einen beträchtlichen Teil seiner Mittel für den Untersektor „Bekämpfung sexuell übertragbarer Krankheiten, inklusive HIV und Aids“ von der bilateralen in die multi-laterale Entwicklungszusammenarbeit verlagert. Die Mittel-zusagen für den GFATM stiegen 2008 deutlich an und blieben seitdem auf einem deutlich höheren Niveau als zuvor.¹⁴

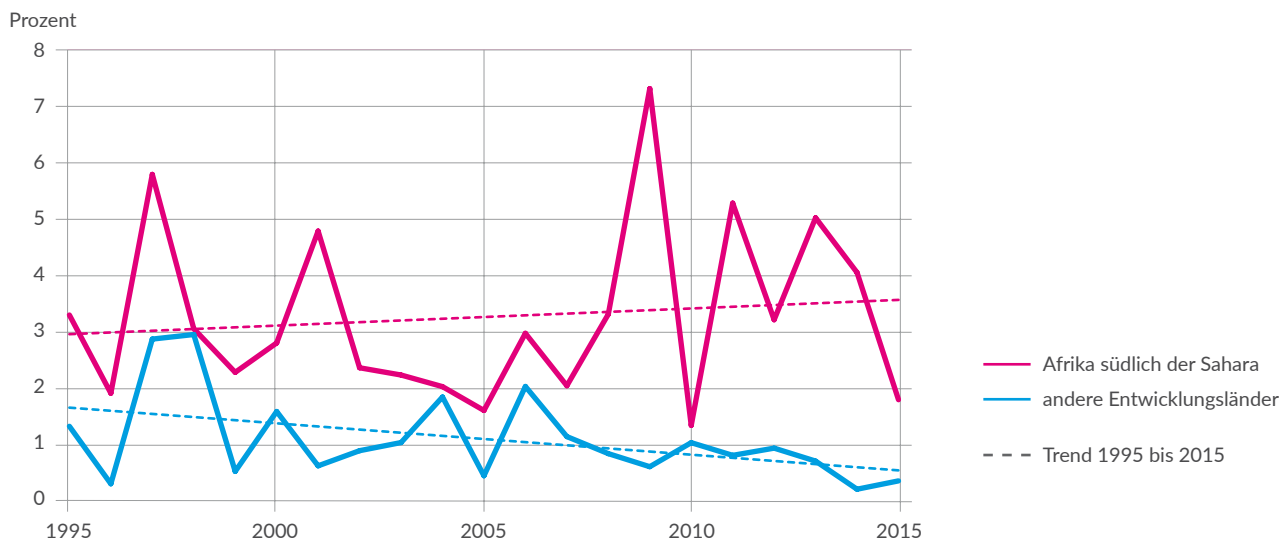
Die bilateralen Zusagen für die Untersektoren „Familienplanung“ und „Förderung reproduktiver Gesundheitsversorgung“ haben sich dagegen zwischen 2011 und 2015 im Vergleich zum Jahr 2008 auf durchschnittlich 110 Millionen US-Dollar im Jahr verdoppelt.¹⁵ Damit ist die deutsche Entwicklungszusammenarbeit in den vergangenen Jahren ihrer finanziellen Selbstverpflichtung im Rahmen der BMZ-Initiative „Selbstbestimmte Familienplanung und Müttergesundheit“ nachgekommen. In deren Zuge kamen die Mittel 31 Partnerländern zugute, wovon 21 Länder – und damit der Großteil – in Afrika südlich der Sahara liegen.¹⁶

Weil die Zusagen im Sektor zuletzt gesunken sind, während gleichzeitig die Leistungen der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit insgesamt deutlich angestiegen sind, hat SRGR verglichen mit anderen Sektoren an Gewicht verloren. In den Jahren 2014 und 2015 machte der SRGR-Sektor nicht mal mehr ein Prozent der deutschen bilateralen Leistungen aus. Dies trifft selbst dann zu, wenn die in den Jahren 2014 und 2015 gestiegenen

Ausgaben für Geflüchtete, die in Deutschland versorgt werden, nicht eingerechnet werden. Für die verfügbaren Daten ab 1995 lag der SRGR-Anteil nur dreimal auf so niedrigem Niveau, nämlich 1996, 1999 und 2005. Allerdings trifft dies nicht auf alle Regionen zu, in denen sich die deutsche Entwicklungszusammenarbeit engagiert.

HÖHERER STELLENWERT FÜR SRGR IN AFRIKA SÜDLICH DER SAHARA

Prozentualer Anteil der finanziellen Zusagen Deutschlands für den Sektor „Bevölkerungspolitik/-programme und reproduktive Gesundheit“ an allen bilateralen Zusagen für die Länder Afrikas südlich der Sahara sowie für alle anderen Entwicklungsländer, jährlich und im Trend 1995 bis 2015



Die deutschen Zusagen für die Partnerländer schwanken zwar von Jahr zu Jahr innerhalb der Sektoren zum Teil stark. Aber im Trend hat der SRGR-Sektor über die vergangenen 20 Jahre in den Ländern Afrikas südlich der Sahara an Gewicht gewonnen. Zwischen 2011 und 2015 lag der Anteil an allen bilateralen Mittelzusagen aus Deutschland im Schnitt bei 3,7 Prozent und

damit 0,7 Prozentpunkte höher als von 1995 bis 1999. In den übrigen Regionen zeichnet sich dagegen ein umgekehrter Trend ab. Dort hat der Anteil des SRGR-Sektors an allen finanziellen Mitteln für die Partnerländer abgenommen und überstieg letztmalig im Jahr 2007 merklich die Ein-Prozent-Marke.

Datengrundlage: OECD¹⁷, eigene Berechnungen

Afrika im Fokus

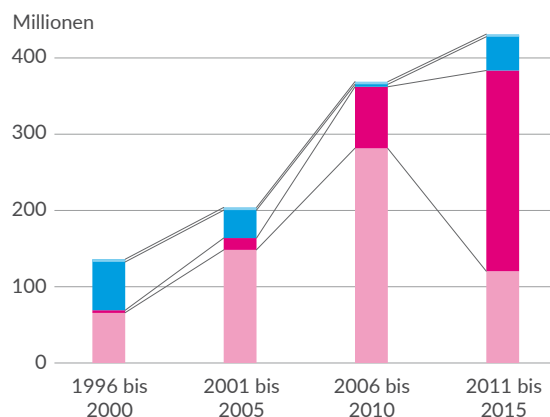
Im Falle von Afrika südlich der Sahara fällt das deutsche Engagement vergleichsweise hoch aus und hat gegenüber anderen Sektoren sogar an Gewicht gewonnen. Und das obwohl auch hier mehr als die Hälfte der Mittel für HIV und Aids, die bisher an Länder südlich der Sahara gingen, nun in die multilaterale Entwicklungszusammenarbeit fließen.

Wie in den eigenen Strategiepapieren beabsichtigt, lenkt die deutsche Entwicklungszusammenarbeit ihren Fokus im SRGR-Bereich verstärkt auf Afrika südlich der Sahara. Inzwischen gehen 58 Prozent (2011 bis 2015) der zugesagten deutschen Mittel im SRGR-Sektor an diese Länder – deutlich mehr als noch vor 20 Jahren mit 36 Prozent (1996 bis 2000). Alleine zwischen den Fünfjahresperioden von 2006 bis 2010 und von 2011 bis 2015 sind die bereitgestellten Mittel von fast 370 Millionen auf mehr als 430 Millionen US-Dollar gestiegen. Unter den DAC-Geberländern ist Deutschland nach den USA und Großbritannien sogar der drittgrößte Geber im SRGR-Sektor für Afrika südlich der Sahara.

Innerhalb des SRGR-Sektors machte in Afrika südlich der Sahara lange Jahre der Untersektor „Bekämpfung sexuell übertragbarer Krankheiten, inklusive HIV und Aids“ den größten Anteil aus. Dies hat sich jedoch mit den zuvor beschriebenen Verschiebungen in den Untersektoren geändert, sodass in der Periode von 2011 bis 2015 die Zusagen im Untersektor „Förderung reproduktiver Gesundheitsversorgung“ rund 60 Prozent (263 Millionen US-Dollar) am SRGR-Sektor ausmachten. Auch die Zusagen im Untersektor „Familienplanung“ sind im Zuge der BMZ-Initiative von 2011 bis 2015 wieder auf insgesamt 46 Millionen US-Dollar angestiegen, nachdem sie von 1996 bis 2000 im Schnitt noch fast die Hälfte der Zusagen im SRGR-Sektor ausmachten, in den 2000er-Jahren dann aber immer stärker zurückgingen. Allerdings ist hier zu beachten, dass im Jahr 2015 überhaupt keine neuen Zusagen an Länder in Afrika südlich der Sahara für Projekte mit Familienplanung als Hauptziel gemacht wurden. Dies liegt jedoch nicht nur an den deutschen Akteuren, sondern auch an den Ergebnissen der Regierungsverhandlungen mit den Partnerländern.

IN WELCHE BEREICHE DIE ZUSAGEN FLIESSEN

Finanzielle Zusagen Deutschlands an Länder in Afrika südlich der Sahara im Sektor „Bevölkerungspolitik/-programme und reproduktive Gesundheit“, nach Untersektoren in Millionen US-Dollar (in Preisen von 2015), zusammengefasst in Fünfjahresschritten



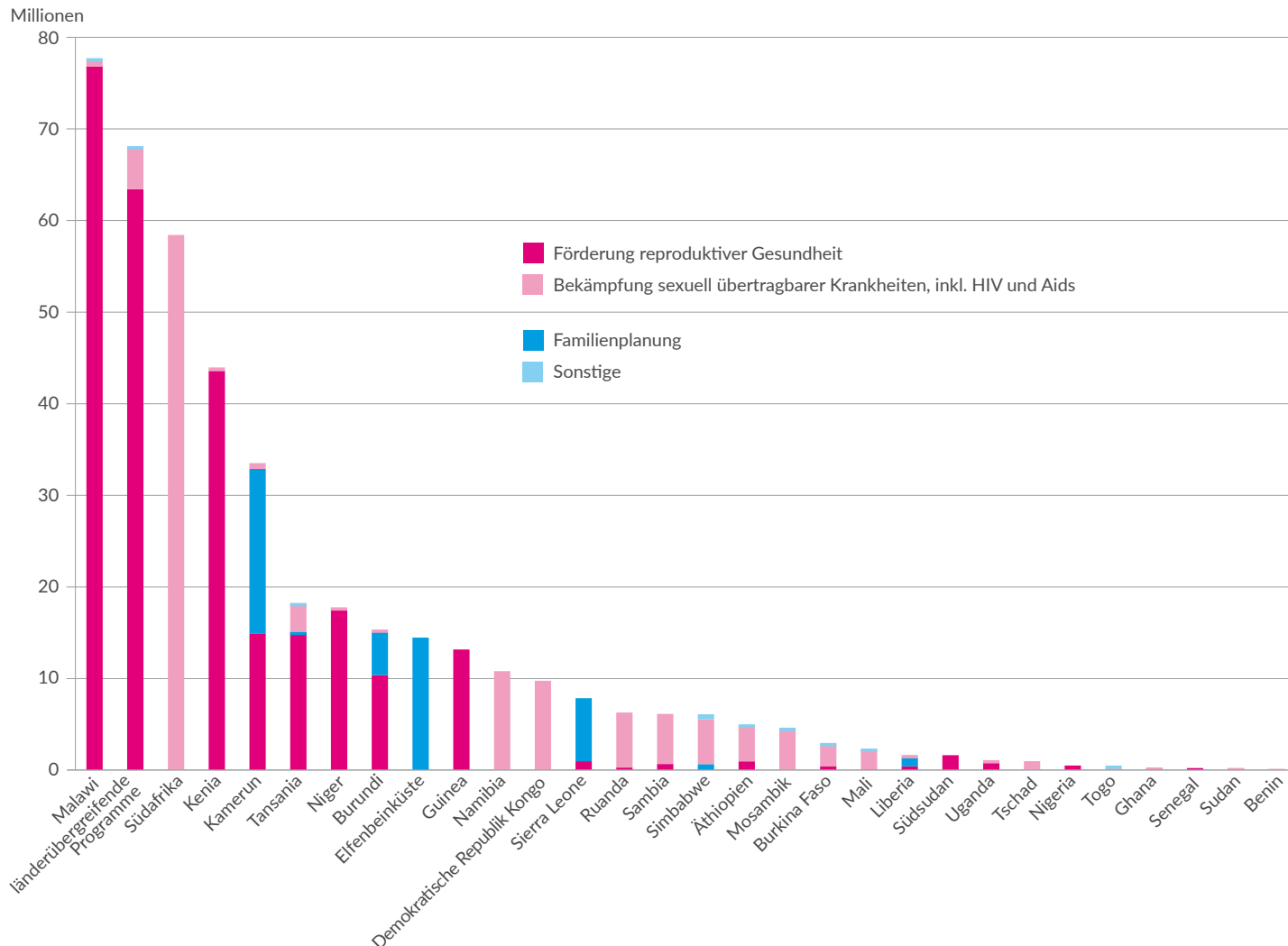
Die finanziellen Zusagen der Bundesrepublik für Familienplanung und reproduktive Gesundheit sind seit 2011 im Zuge der BMZ-Initiative „Selbstbestimmte Familienplanung und Müttergesundheit“ deutlich angestiegen. Im gleichen Zeitraum sanken die Zusagen für den Untersektor „Bekämpfung sexuell übertragbarer Krankheiten, inklusive HIV und Aids“. Dahinter dürfte sich allerdings kein Nullsummenspiel verbergen. Denn das BMZ engagiert sich im Bereich HIV und Aids nun verstärkt in der multilateralen Entwicklungszusammenarbeit.

Datengrundlage: OECD¹⁸, eigene Berechnungen

■ Sonstige ■ Familienplanung ■ Förderung reproduktiver Gesundheit ■ Bekämpfung sexuell übertragbarer Krankheiten, inkl. HIV und Aids

WO DIE MEISTEN ZUSAGEN GEMACHT WERDEN

Finanzielle Zusagen Deutschlands im Sektor „Bevölkerungspolitik/-programme und reproduktive Gesundheit“ nach Untersektoren und nach Empfängerland in Afrika südlich der Sahara, in Millionen US-Dollar (in Preisen von 2015), Gesamtsumme von 2011 bis 2015



Zwischen 2011 und 2015 hat die Bundesregierung für insgesamt 30 Partnerländer sowie für länderübergreifende Programme in Afrika südlich der Sahara finanzielle Unterstützung im SRGR-Sektor zugesagt. Die Mittel fließen vor allem in jene Länder, mit denen Deutschland schwerpunktmäßig im Gesundheitsbereich

zusammenarbeitet. Partnerländer ohne diesen Schwerpunkt können ebenfalls Mittel für Projekte im SRGR-Bereich einwerben, jedoch in geringerem Umfang. Welchen Schwerpunkt die Länder setzen und ob sie SRGR-Gelder in Anspruch nehmen, hängt nicht nur vom BMZ ab, sondern auch von den Kooperationswünschen der Empfängerländer.

3.4 UNTERSTÜTZUNG GEFRAGT? WIE BMZ UND DIE PARTNERLÄNDER IHRE ZUSAMMENARBEIT AUSHANDELN

Ob und in welchem Umfang die deutsche Entwicklungszusammenarbeit Mittel im Bereich SRGR bereitstellt, hängt nicht nur von der eigenen Vergabewilligkeit ab, sondern auch davon, ob die Regierung eines Partnerlandes dies überhaupt wünscht. Etwa alle zwei bis drei Jahre treffen sich Vertreter_innen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit mit den Partnerregierungen, um die Zusammenarbeit für die kommenden Jahre auszuhandeln. BMZ und Partnerregierungen einigen sich in den Verhandlungen meist auf drei Sektoren, in denen sie schwerpunktmäßig zusammenarbeiten wollen. Zusätzlich legen sie fest, wie sie den sogenannten Gestaltungsspielraum nutzen, in dessen Rahmen außerhalb der Schwerpunktsektoren weitere Mittel bereitgestellt werden können.

In den Regierungsverhandlungen vertritt das zuständige BMZ-Länderreferat die entwicklungspolitischen Interessen Deutschlands. In Vorbereitung darauf ersuchen sie die Fachreferate um Rat. Auch die Durchführungsorganisationen GIZ und KfW sowie Vertreter_innen aus anderen Ministerien wie etwa dem Auswärtigen Amt sitzen mit am Verhandlungstisch. Zudem stellen für gewöhnlich die zivilgesellschaftlichen Organisationen in Deutschland und den Partnerländern im Vorfeld Forderungen und sprechen Empfehlungen aus.

Basierend auf den bestehenden Konzepten und Strategien sowie der BMZ-Initiative ist das Ministerium angehalten, Familienplanung und das Recht auf Gesundheit im politischen Dialog mit den Partnerregierungen zu thematisieren. In den Verhandlungen konkurriert der Themenbereich SRGR jedoch mit anderen Bereichen der Entwicklungszusammenarbeit. Zudem geht aus dem Gender-Aktionsplan des BMZ hervor, dass zwischen September 2012 und September 2014 nur in zehn Prozent der Regierungsverhandlungen Fragen der Geschlechtergerechtigkeit, zu denen auch SRGR gehören, angesprochen wurden.²⁰ Im Zuge dieser Studie wurden Expert_inneninterviews mit Vertreter_innen von BMZ, GIZ und KfW geführt. Daraus ging hervor, welche

Faktoren darüber entscheiden, mit wie viel Nachdruck SRGR in den Verhandlungen zur Sprache kommen und ob das Themenfeld in den Länderstrategien verankert wird:

Interesse des Landes an einer Zusammenarbeit

Das BMZ unterstützt die Partnerländer in jenen Bereichen, in denen sich diese eine Kooperation wünschen. Dadurch möchte das BMZ eine Kooperation auf Augenhöhe garantieren. Für den Themenbereich SRGR ergibt sich dadurch jedoch ein Problem: Das Thema Familienplanung, gerade für Jugendliche, ist politisch heikel, da entsprechende Programme traditionellen Werten und Normen in einigen Ländern widersprechen oder weil Bevölkerungswachstum als positiv wahrgenommen wird. In diesen Partnerländern bleibt das Interesse an einer Zusammenarbeit im SRGR-Bereich deshalb häufig gering und wird bestenfalls zur Verbesserung der Mütter- oder Kindergesundheit angefragt. Besonders beliebt ist in den Verhandlungen mit den deutschen Partnern dagegen die berufliche Bildung.

Höhe der Mittel

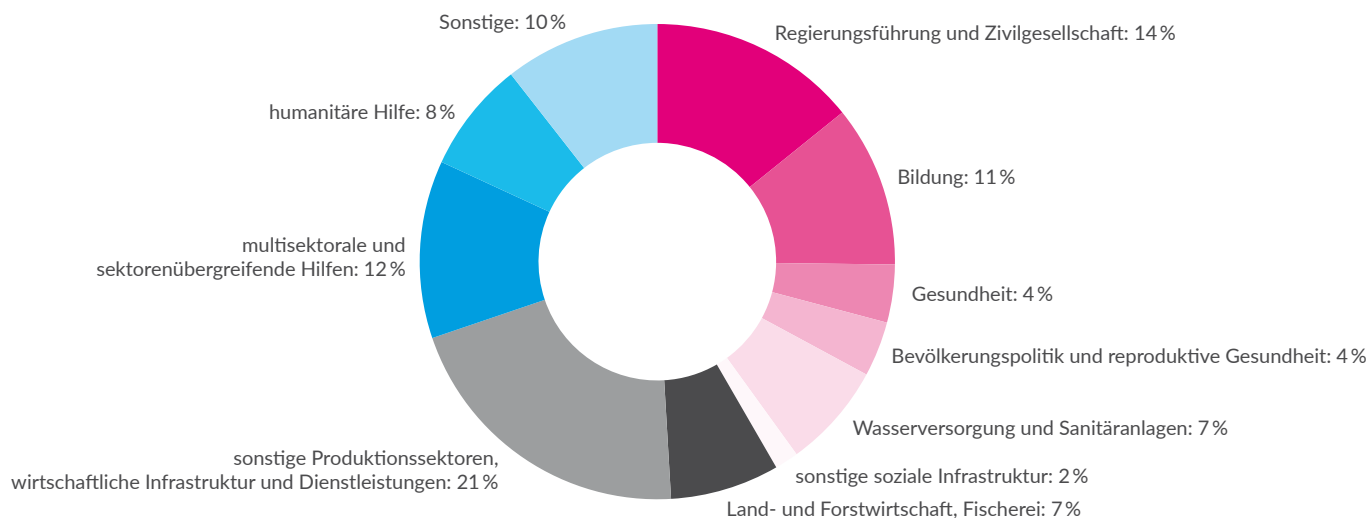
Fallen die Mittel für einen Sektor der Entwicklungszusammenarbeit hoch aus oder steigen sie von einem auf das andere Jahr deutlich, nehmen die Länderreferate diesen als besonders wichtig wahr. Die Höhe der Mittel in einzelnen Sektoren hat damit eine Symbolwirkung. Für die Arbeit im SRGR-Bereich ist dies problematisch, denn in anderen Sektoren, etwa der wirtschaftlichen Infrastruktur, fallen die Investitionen deutlich höher aus als etwa bei der Hebammenausbildung oder der Finanzierung von Verhütungsmitteln.

Wissen zum Zusammenhang von demografischen und sozio-ökonomischen Entwicklungen

Ob und wie stark SRGR von deutscher Seite in den politischen Dialog eingebracht werden, hängt nicht nur von dem finanziellen, sondern auch von dem inhaltlichen Stellenwert ab, den die Länderreferate dem Themenbereich beimessen. Verstehen die Referate reproduktive Gesundheit als ein Kernelement von menschlicher Entwicklung, tendieren sie stärker dazu, sich für eine

IN WELCHEN BEREICHEN DEUTSCHLAND MIT DEN PARTNERLÄNDERN IN AFRIKA SÜDLICH DER SAHARA ZUSAMMENARBEITET

Prozentuale Verteilung der finanziellen Zusagen Deutschlands an Länder in Afrika südlich der Sahara nach verschiedenen (Unter-)Sektoren, zwischen 2011 und 2015



In den Regierungsverhandlungen einigen sich die Partnerländer und das BMZ auf unterschiedliche Bereiche der Zusammenarbeit. In der Region Afrika südlich der Sahara fließen die meisten

Datengrundlage: OECD²¹

bilateralen Mittel (41 Prozent) in die soziale Infrastruktur. Dazu gehört auch der Sektor „Bevölkerungspolitik/-programme und reproduktive Gesundheit“, für den insgesamt knapp vier Prozent der Mittel aufgewandt werden.

Zusammenarbeit im SRGR-Bereich einzusetzen. Besteht diese Überzeugung nicht, nimmt er einen geringeren Stellenwert in den länder- und regionalspezifischen Strategien ein.

In den Expert_inneninterviews wurde geäußert, dass die Aufmerksamkeit für SRGR derzeit abzunehmen drohe. Dies liege, so die Expert_innen, daran, dass Deutschland sich in diesem Bereich bereits seit mehreren Jahrzehnten engagiere und deshalb das Interesse an einer thematischen Veränderung wachse. Zweitens

büße der Bereich angesichts aktuell brisanter Themen wie Flucht und Klimapolitik an Aufmerksamkeit ein.

Engagement des Fachreferats für Gesundheit, Bevölkerungspolitik und soziale Sicherung für SRGR

Die fachliche Expertise für das Thema SRGR liegt beim Fachreferat für Gesundheit, Bevölkerungspolitik und soziale Sicherung. Es versorgt die Länderreferate mit Informationen zum Thema und beantwortet konkrete Fragen. Entsprechend der Aussagen der

Interviewpartner_innen kommt das Fachreferat diesen Kernaufgaben nach. Inwiefern es allerdings selbstständig aktiv wird und klare Botschaften sendet, um dem SRGR-Bereich mehr Aufmerksamkeit zu verleihen, ist auch von der jeweiligen Schwerpunktsetzung im Fachreferat selbst abhängig. Denn auch innerhalb des Fachbereichs Gesundheit konkurriert dieser Bereich mit anderen Themen, wie etwa der Stärkung der Gesundheitssysteme, die im Zuge der Ebolakrise an Bedeutung gewonnen hat.

3.5 VON DER PLANUNG ZUR UMSETZUNG

Zeigt ein Partnerland Interesse an neuen Vorhaben im SRGR-Bereich, beauftragen die Länderreferate die KfW oder die GIZ mit der Entwicklung von Projektvorschlägen im Rahmen der vorgesehenen finanziellen Mittel. Die Vorschläge richten sich nach der vom BMZ definierten Strategie im jeweiligen Sektor. Spielräume haben GIZ und KfW etwa bei der Wahl der Unterziele, der Zielgruppen und der Zielregion innerhalb des Partnerlandes. Die Projektpartner_innen aus Regierung oder Zivilgesellschaft werden bei diesen Entscheidungen einbezogen.

GIZ-Schwerpunkt: Aus- und Fortbildung von Gesundheitspersonal

Die GIZ ist für die technische Zusammenarbeit zuständig, die der Schulung und Ausbildung von Fachkräften sowie der inhaltlichen Beratung bei der Planung und Umsetzung gemeinsamer Vorhaben, der Bereitstellung von Material und der wissenschaftlichen Begleitung von Projekten dient.²² Derzeit (August 2017) nennt sie in ihrer Projektdatenbank neun laufende Projekte im Sektor „Bevölkerungspolitik/-programme und reproduktive Gesundheit“ in den Ländern Afrikas südlich der Sahara sowie ein regionales Projekt zur ESA-Initiative und zwei globale Projekte.²³ Bei den Programmen ist ein Fokus auf die Verbesserung der Mütter- und Neugeborenen- und Kindesgesundheit durch die Aus- und Fortbildung von Gesundheitspersonal, insbesondere von Hebammen, zu erkennen. In ihren Projekten setzt die GIZ insbesondere darauf, Frauen die Möglichkeit zu eröffnen, in Gesundheitseinrichtungen zu entbinden und somit von medizinischer Betreuung zu profitieren.

GESUNDHEIT ALS SEKTORSCHWERPUNKT IN TANSANIA

In Tansania finanziert die deutsche Entwicklungszusammenarbeit gleich mehrere Gesundheitsvorhaben, welche eng aufeinander abgestimmt sind. Diese kommen auch dem SRGR-Sektor zugute. Durch das GIZ-Engagement haben dort bis September 2015 in 213 ausgewählten Gesundheitseinrichtungen bereits die Hälfte des Gesundheitspersonals Schulungen zur Geburtshilfe und Neugeborenenversorgung erhalten.²⁴

Das BMZ begleitet die deutsch-tansanische Zusammenarbeit im Gesundheitssektor öffentlichkeitswirksam. So wohnte 2016 der Minister für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung Gerd Müller der Eröffnung der Schwestern- und Hebammenschule in Daressalam bei. Besuche wie diese können dazu beitragen, dem Thema reproduktive Gesundheit und seiner Rolle in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit mehr Gewicht zu verleihen.

Die Strategie der deutschen Entwicklungszusammenarbeit sieht eine enge Vernetzung zwischen Familienplanung und reproduktiver Gesundheit vor.²⁵ Darauf zielen auch Projekte der GIZ ab. So wird in Projekten zur Schwangerschaftsbetreuung der Kontakt zu den Frauen genutzt, um sie über moderne Verhütungsmethoden zu informieren. Die Projekte im SRGR-Bereich dienen auch der Gesundheitssystemstärkung insgesamt. So verbindet die GIZ Projekte zur medizinischen Versorgung von Schwangeren und Müttern mit dem Auf- oder Ausbau lokaler Gesundheitszentren.

GIZ-Vorhaben für die Gesundheit der Jugendlichen

Nur etwa die Hälfte der laufenden GIZ-Gesundheitsvorhaben im Untersektor „Förderung reproduktiver Gesundheitsversorgung“ in den Partnerländern Afrikas südlich der Sahara setzt einen Fokus auf Jugendliche. Vorhaben zur Verbesserung der Müttergesundheit richten sich in erster Linie an Schwangere, Mütter und Neugeborene. Das hat zur Folge, dass Jugendliche erst dann erreicht werden, wenn sie bereits schwanger sind. Lediglich das

Regionalvorhaben zur Umsetzung der ESA-Initiative, zwei Vorhaben im Bereich HIV-Prävention in Sambia und Südafrika sowie zwei Vorhaben zur reproduktiven und Familiengesundheit in Guinea und Burundi erwähnen die wichtige Altersgruppe der Jugendlichen in ihren Projektbeschreibungen.²⁶

Das heißt nicht, dass die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Jugendlichen für die GIZ keine Rolle in der Zusammenarbeit spielen würde. Sie setzt dabei allerdings stark auf die Vernetzung mit anderen Handlungsfeldern, allen voran der Bekämpfung von HIV und Aids. Für beide Bereiche ist die Sexualaufklärung von Jugendlichen besonders wichtig. Diese steht in engem Zusammenhang mit den Sektoren Bildung und Freizeit. Denn Schulen und Jugendklubs gelten als die wichtigsten Orte, an denen Kinder und Jugendliche erreicht werden können.²⁷ Die Vernetzung zwischen Bildung und Gesundheit treibt in besonderer Weise das GIZ-Regionalvorhaben zur Umsetzung der ESA-Initiative voran.

DAS GIZ-REGIONALVORHABEN ZUR UMSETZUNG DER ESA-INITIATIVE: ERFAHRUNGSUSTAUSCH FÖRDERN, UM SRGR IN STAATLICHEN STRUKTUREN ZU VERANKERN.

Während der Internationalen Aids-Konferenz im Jahr 2013 haben sich 20 Regierungen der süd- und ostafrikanischen Länder (Eastern and Southern African States – ESA) verpflichtet, die sexuelle und reproduktive Gesundheit ihrer Bevölkerung zwischen zehn und 24 Jahren zu verbessern und sich über erfolgreiche Methoden hierfür regelmäßig auszutauschen (siehe Kapitel 2, Seite 30 und 31). Das BMZ unterstützt die Initiative aktiv durch ein GIZ-Regionalvorhaben.

Vernetzung schafft Synergien, aber auch Herausforderungen

Sexuelle und reproduktive Rechte mit anderen Oberzielen zu verknüpfen entspricht dem multisektoralen Ansatz der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Zwar lassen sich auf diesem Wege Synergien erzeugen, der Ansatz birgt aber auch Herausforderungen. Denn er kann dazu führen, dass die strategischen Leitlinien für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte in den integrierten Projekten nur eine untergeordnete Rolle spielen. Derzeit besteht keine systematische Kontrolle der Gesamtwirkung der deutschen Entwicklungszusammenarbeit auf SRGR – im Gegensatz zu Geschlechtergerechtigkeit oder HIV und Aids. Es ist deshalb bislang kaum nachvollziehbar, ob und inwiefern SRGR durch Projekte gestärkt werden, die nicht in den Sektor „Bevölkerungspolitik/-programme und reproduktive Gesundheit“ fallen.

Dies dürfte sich künftig ändern. Denn der Ausschuss für Entwicklungshilfe (DAC) der OECD entwickelt derzeit ein Instrument innerhalb der DAC-Datenbank, den sogenannten Muskoka-Marker oder auch RMNCH-Marker. Mit dessen Hilfe soll es künftig möglich sein, darzustellen, inwiefern in den Sektoren

Auf regionaler, nationaler und Projektebene unterstützt die GIZ den Austausch zwischen den Akteuren, also der ESA High-Level Group, den nationalen ESA-Kommissionen, den Gesundheitsministerien sowie lokalen öffentlichen und zivilgesellschaftlichen Organisationen. Zum anderen betreut sie in vier ausgewählten Partnerländern konkrete Projekte und teilt die Erfahrungen aus dieser Arbeit über das regionale Netzwerk mit den übrigen Ländern.

Sambia zum Beispiel erprobt mithilfe der GIZ einen sogenannten Mitmachparcours. Damit klären geschulte Moderator_innen bei Besuchen an sambischen Schulen spielerisch über ein gesundes Sexualleben auf. Bei dieser Gelegenheit können die Schüler_innen zudem konkrete Gesundheitsdienstleistungen wie freiwillige HIV-Tests oder Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen.

GIZ-PROJEKTE MIT LÄNDERN SÜDLICH DER SAHARA IM SRGR-SEKTOR

DAC-Sektorschlüssel	Laufende GIZ-Projekte in Afrika südlich der Sahara im Bereich „Bevölkerungspolitik/-programme und reproduktive Gesundheit“	Land/Region	Jugendliche in Projektbeschreibung als Zielgruppe genannt
Förderung reproduktiver Gesundheitsversorgung	Regionalvorhaben zur Umsetzung der ESA-Erklärung: Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und HIV-Prävention durch verbesserte Sexualaufklärung und Gesundheitsdienste	Region Süd- und Ostafrika; Länderschwerpunkte: Mosambik, Namibia, Südafrika und Sambia	Ja
	Sektorvorhaben zu Bevölkerungsdynamik, SRGR	Länderschwerpunkte: Burkina Faso, Burundi, Irak, Kenia, Pakistan und Togo	Nein
	Reproduktive und Familiengesundheit	Guinea	Ja
	Stärkung des Gesundheitssystems insbesondere im Bereich Familienplanung und SRGR	Burundi	Ja
	Förderung der Mutter-Kind-Gesundheit und verbesserter Ernährung in Somalia	Somalia	Nein
	Stärkung des Gesundheitssystems mit Fokus auf reproduktive Gesundheit	Malawi	Nein
	Gesundheitsprogramm – Kampf gegen die Müttersterblichkeit	Kamerun	Nein
	Verbesserung der Mütter- und Kindergesundheit	Tansania	Nein
Bekämpfung von sexuell übertragbaren Krankheiten inklusive HIV und Aids	Multisektorale HIV-Prävention	Südafrika	Ja
	Multisektorales HIV-Programm	Sambia	Ja
	Unterstützung der institutionellen Entwicklung des nationalen Aids-Rates auf Provinzebene	Mosambik	Nein
Bevölkerungspolitik und -statistik	Globale Allianzen für das Kairoer Aktionsprogramm	Internationale Zusammenarbeit mit Regionen: Bangladesch, Indonesien, Indien, Kenia, Kirgistan, Laos, Mongolei, Malawi, Malaysia, Nepal, Pakistan, Uganda	Nein

Datengrundlage: Eigene Darstellung auf Grundlage von GIZ-Projektdaten, Stand August 2017²⁸

außerhalb des SRGR-Bereichs Mittel für reproduktive, Mütter-, Neugeborenen- und Kindergesundheit bereitgestellt werden und welchen Stellenwert sie dabei einnehmen. Allerdings lässt sich damit noch nichts über die genaue Zielgruppe oder die Qualität des sektorfremden Engagements sagen. Ebenfalls nicht ablesen lässt sich mithilfe des Markers, ob Projekte innerhalb des SRGR-Sektors, also etwa HIV-Projekte und solche zur Stärkung der Müttergesundheit oder Familienplanung, tatsächlich der sexuellen Selbstbestimmung von Jugendlichen zugutekommen. Dennoch wird dies die Transparenz der Arbeit für SRGR erhöhen. Es ist damit zu rechnen, dass das Instrument frühestens ab dem Berichtsjahr 2017 öffentlich zugänglich gemacht wird.

KfW-Schwerpunkt: Social Marketing

Die KfW ist für die finanzielle Zusammenarbeit zuständig. In der KfW-Projektdatenbank sind im SRGR-Sektor 23 laufende Projekte mit Ländern in Afrika südlich der Sahara verzeichnet.²⁹ Im Unterschied zur GIZ arbeitet die KfW stärker im Bereich Familienplanung.

Die Strategiepapiere des BMZ heben „Social Marketing“ als bewährten Ansatz hervor. Das spiegelt sich in von der KfW finanzierten Projekten wider. Von den 23 Projekten finden sich fünf im Bereich Familienplanung, die allesamt mit einem Social-Marketing-Ansatz arbeiten.³⁰ Diesem liegt die Annahme zugrunde, dass eine verbesserte Versorgung mit Verhütungsmitteln nur dann zu einer verstärkten Anwendung führt, wenn diese mit einer gesteigerten Nachfrage einhergeht. Die KfW finanziert deshalb Kampagnen, die Verhütungsmittel als eine Art Lifestyle-Produkt vermarkten, etwa über Plakat- oder Radiowerbung.³¹ Ziel ist es zum Beispiel, Kondome auf den lokalen Märkten, also auch im Dorfkiosk, zu günstigen Preisen bereitzustellen und damit für alle Bevölkerungsgruppen verfügbar zu machen. Zu Beginn der Projekte erfolgt der Verkauf zu subventionierten Preisen. Ziel ist es aber, dass sich die Programme nach einiger Zeit auch ohne externe Finanzierung selbst tragen können.

PROJEKTBEISPIEL ELFENBEINKÜSTE: FAMILIENPLANUNG UND HIV-PRÄVENTION

Seit den 1990er-Jahren unterstützt die KfW die ivoirische Social-Marketing-Agentur AIMAS dabei, Verhütungsmittel zu vermarkten sowie lokale Nichtregierungsorganisationen, damit sie in den Massenmedien für Familienplanung werben können. Darüber hinaus fördert die KfW die Schulung von Gesundheitspersonal. Damit trug die deutsche Entwicklungszusammenarbeit mit dazu bei, dass heute 93 Prozent der ivoirischen Frauen über Wissen zu Familienplanung verfügen. In den Projektregionen wenden 26 Prozent der Frauen moderne Verhütungsmittel an – im Vergleich zu 12,5 Prozent im landesweiten Durchschnitt. Dort, wo die KfW-finanzierten Projekte aktiv sind, klagen mit 20 Prozent deutlich weniger Frauen über einen ungedeckten Bedarf an Verhütungsmitteln als landesweit mit 27 Prozent. Diese Erfolge konnten erzielt werden, obwohl Gesundheit keinen Sektorschwerpunkt der Entwicklungszusammenarbeit zwischen Deutschland und der Elfenbeinküste darstellt.³²

In den westafrikanischen Ländern realisiert die KfW Familienplanungsvorhaben innerhalb des sogenannten Gestaltungsspielraums, denn in keinem dieser Länder bildet Gesundheit einen Schwerpunkt der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Die Vorhaben sind dadurch weniger stark in eine längerfristige und umfassende Strategie der deutschen Entwicklungszusammenarbeit integriert. Das bedeutet jedoch nicht, dass diese in keine nationale Gesundheitsstrategie eingebettet wären oder keine Kooperation mit anderen Gebern stattfände. Auch eine längerfristige Zusammenarbeit ist im Gestaltungsspielraum möglich. Denn erfolgreiche Projekte ziehen oftmals Folgeprojekte nach sich. So ist beispielsweise in der Elfenbeinküste eine langfristige Zusammenarbeit zustande gekommen. Trotzdem sind Vorhaben zu Familienplanung, welche innerhalb des Gestaltungsspielraums entstehen, einem größeren Risiko ausgesetzt, zugunsten anderer Maßnahmen beendet zu werden als solche, die die deutsche Entwicklungszusammenarbeit in Schwerpunktbereichen umsetzt.

KfW nimmt Jugendliche in den Fokus

Dass Jugendliche mit ihren speziellen Bedürfnissen im bestehenden Gesundheitssystem eine fachliche Beratung erwarten können, begreift die KfW als einen wichtigen Baustein, um die Rechte und Gesundheit der Jugendlichen zu stärken. Die Hälfte der Social-Marketing-Projekte betont die Notwendigkeit, die junge Bevölkerung zu erreichen – auch um dem starken Bevölkerungswachstum zu begegnen.

Einen Schritt in diese Richtung geht die KfW beispielsweise in Kenia. Dabei geht es darum, Strukturen zu entwickeln, mit deren Hilfe staatliche kenianische Stellen darin geschult werden, Jugendliche zielgruppengerecht mit Information und Aufklärung zu versorgen, ihnen dadurch ein selbstbestimmtes Sexualleben zu ermöglichen und sich vor ungewollten Schwangerschaften sowie vor Geschlechtskrankheiten zu schützen. Dazu erhalten Jugendliche Gutscheine, die sie für Verhütungsmittel sowie Gesundheitsdienstleistungen oder Freizeitangebote einlösen können.³³

WACHSENDE AUFMERKSAMKEIT FÜR ZEHN- BIS 14-JÄHRIGE

Das BMZ möchte verstärkt den mangelnden Zugang zu umfassender Sexualaufklärung und altersgerechten Gesundheitsdiensten von Jugendlichen adressieren – zunehmend auch der jüngeren Altersgruppe von zehn bis 14 Jahren. Diese Gruppe profitiert besonders von einer frühen Sexualaufklärung.

Um zu überprüfen, ob dies gelingt, hat das BMZ die 22 laufenden Vorhaben der BMZ-Initiative[∨] (Stand März 2017, 15 GIZ- und sieben KfW-Vorhaben) im Hinblick darauf untersucht, ob sie Zehn- bis 14-Jährige erreichen.³⁴ Das Ergebnis: Sieben der GIZ-Vorhaben und fünf KfW-Projekte berücksichtigen explizit die Altersgruppe der Zehn- bis 14-Jährigen. In Niger etwa arbeitet die KfW eng mit Schulen zusammen. Jugendliche ab zwölf Jahren hören und besprechen im Schulunterricht Radiosendungen, die sogenannte Life Skills vermitteln, wozu auch Sexualaufklärung gehört.³⁵

Zusätzlich finanziert das BMZ über die Projekte „Fit for School“ in Kambodscha und „Sport für Entwicklung“ in Namibia die Stärkung von SRGR der Zehn- bis 14-Jährigen auch außerhalb der BMZ-Initiative.

[∨] Diese Projekte beziehen sich auf Projekte in allen Weltregionen und sind, wo zutreffend, in den obenstehenden Ausführungen zu GIZ und KfW in Subsahara-Afrika enthalten.

KFW-Projekte im SRGR-Sektor

DAC-Sektorschlüssel	laufende GIZ-Projekte in Afrika südlich der Sahara im Bereich „Bevölkerungspolitik/-programme und reproduktive Gesundheit“	Land/Region	Jugendliche in Projektbeschreibung als Zielgruppe genannt
Förderung reproduktiver Gesundheitsversorgung	HIV- und Aids-Prävention, Phasen IV und V	CEMAC (Region Zentralafrika)	Nein
	Sektorprogramm Gesundheit, Phase IV	Burundi	Ja
	Gesundheitssystemstärkung in der Elfenbeinküste	Elfenbeinküste	Ja
	Stärkung von Public Private Partnerships zur Förderung reproduktiver Gesundheit, Phasen I und II	Malawi	Ja
	Programm reproduktive Gesundheit	Niger	Ja
	Familienplanung und HIV- und Aids-Prävention, Phase VI	Niger	Ja
	Familienplanung und HIV- und Aids-Prävention, Phase V	Niger	Nein
	Reproduktive Gesundheit inkl. Familienplanung, HIV- und Aids-Prävention in der ECOWAS-Region	Wirtschaftsgemeinschaft westafrikanischer Staaten	Nein
	Reproduktive und Familiengesundheit	Guinea	Nein
	Förderung der reproduktiven und Familiengesundheit in Guinea, Phase IV	Guinea	Nein
	Unterstützung der Poliobekämpfung in Kenia	Kenia	Nein
	Ergebnisorientierte Finanzierung von Mütter- und Neugeborenenengesundheit, Phase II	Malawi	Nein
	Comprehensive Community Based Rehabilitation (CCBRT) – Kofinanzierung einer Mutter-Kind-Klinik	Tansania	Nein
	Soziale Sicherung für Arme zur Verbesserung der Müttergesundheit und der HIV-Prävention	Tansania	Nein

DAC-Sektorschlüssel	laufende GIZ-Projekte in Afrika südlich der Sahara im Bereich „Bevölkerungspolitik/-programme und reproduktive Gesundheit“	Land/Region	Jugendliche in Projektbeschreibung als Zielgruppe genannt
Familienplanung	Jugendfreundliche Dienste	Kenia	Ja
	Familienplanung und Sensibilisierung (ANI-MAS), Phase I	Niger	Ja
	Privatsektorvorhaben reproduktive Gesundheit	Kamerun	Nein
	Familienplanung und HIV-Prävention, Phasen IV und V	Elfenbeinküste	Nein
	HIV- und Aids-Prävention und Stärkung von Frauenrechten (Bekämpfung weiblicher Genitalverstümmelung, FGM), Phase III	Sierra Leone	Nein
Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten inklusive HIV und Aids	Förderung der reproduktiven Gesundheit, Phase III	Mali	Nein
	HIV- und Aids-Prävention	Südafrika	Ja
	Multisektorale HIV- und Aids-Prävention in Eastern Cape	Südafrika	Nein
Aus- und Fortbildung Bevölkerungsmedizin/ reproduktive Gesundheit	Unterstützung des Gesundheitssektors in Puntland	Somalia	Nein

Datengrundlage: Eigene Darstellung auf Grundlage von: GIZ Projektdaten, Stand Oktober 2017³⁶

Wie die deutsche Entwicklungszusammenarbeit ihre Erfolge misst

Um zu kontrollieren, ob die Projekte der Umsetzungsorganisationen Wirkung zeigen und zu den übergeordneten Zielen des BMZ beitragen, sammeln die Projektmitarbeitenden eine Reihe von Informationen und geben diese an die jeweilige Evaluierungsstelle weiter. Fortschritte, die zu den Zielen der BMZ-Initiative beitragen, übermitteln die Mitarbeitenden mithilfe zweier Indikatoren an das BMZ.

Ergebnisse im Bereich Familienplanung misst der Indikator „Paarverhütungsjahre.“ Dieser gibt Aufschluss darüber, über wie viele Jahre hinweg Paare mit den bereitgestellten Methoden verhüten können. Dabei berücksichtigt der Indikator sowohl, wie viele Produkte bereitgestellt werden, als auch die Schutzdauer, die etwa bei der Pille oder einer Spirale länger ausfällt als bei Kondomen. Nach BMZ-Angaben waren durch Projekte der deutschen Entwicklungszusammenarbeit zwischen 2011 und 2015 mehr als 15,8 Millionen Paare in der Lage, eine ungewollte Schwangerschaft über ein Jahr hinweg zu vermeiden. Etwa die Hälfte dieses Erfolgs gehe auf Mittel der BMZ-Initiative zurück.³⁷

Die Fortschritte im Bereich Müttergesundheit misst der Indikator „Zahl der professionell begleiteten Geburten.“ In der ersten Laufzeit der BMZ-Initiative wurden etwa in den Regionen, in denen die GIZ aktiv war, mehr als 1,7 Millionen Entbindungen durch ausgebildetes Gesundheitspersonal begleitet.³⁸ Die erzielten Fortschritte gehen jedoch nicht allein auf das deutsche Engagement zurück, sondern sind das Ergebnis gemeinsamer Bemühungen der Partnerländer und verschiedener Geber. Darüber hinaus zählt der Indikator nicht, ob die werdenden Mütter von Vor- und Nachsorge profitieren.

Ob auch junge Menschen durch die Arbeit im SRGR-Bereich erreicht werden, erfassen die beiden Indikatoren nicht gesondert. Daten zu verschiedenen Altersgruppen werden nur projektspezifisch erhoben und sind dann in der Regel nicht über Projekte und Länder vergleichbar.

3.6 FAZIT: WAS DIE DEUTSCHE ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT TATSÄCHLICH LEISTET UND VOR WELCHEN HERAUSFORDERUNGEN SIE STEHT

- Deutschland ist eines der wichtigsten Geberländer für die Bereiche Familienplanung und Müttergesundheit. Der SRGR-Bereich hat insgesamt jedoch verglichen mit den anderen Sektoren in den vergangenen Jahren in der bilateralen Zusammenarbeit mit den Entwicklungsländern an Gewicht verloren.
- Die Handlungsfelder des SRGR-Sektors stehen in ständiger Konkurrenz zu anderen Themen, innerhalb und außerhalb des Gesundheitsbereichs.
- Wie in den strategischen Leitlinien vorgesehen, rücken sowohl Afrika südlich der Sahara als auch die Gruppe der Jugendlichen in den Projekten der Umsetzungsorganisationen stärker in den Fokus.
- Künftig dürfte die deutsche Unterstützung besonders gefragt sein. Denn die Vereinigten Staaten haben unter der neuen Administration angekündigt, die Gelder im Bereich Familienplanung und Müttergesundheit stark zu reduzieren.

ENDNOTEN KAPITEL 3

- 1 BMZ (2009). Sektorkonzept „Gesundheit in der deutschen Entwicklungspolitik“ (BMZ Konzepte Nr. 183). Bonn/Berlin. <https://www.bmz.de/de/mediathek/publikationen/archiv/reihen/strategiepapiere/Konzepte183.pdf> (28.09.17).
- 2 S. Endnote 1.
- 3 BMZ (2008). Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte, Bevölkerungsdynamik. Ein Positionspapier des BMZ (BMZ Spezial Nr. 148). Bonn/Berlin. <https://www.bmz.de/de/mediathek/publikationen/archiv/reihen/strategiepapiere/spezial148pdf.pdf> (28.09.17).
- 4 BMZ (2014). Bevölkerungsdynamik in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Positionspapier (BMZ-Strategiepapier Nr. 10). Bonn/Berlin. https://www.bmz.de/de/mediathek/publikationen/reihen/strategiepapiere/Strategiepapier334_10_2013.pdf (28.09.17).
- 5 BMZ (2012). BMZ-Initiative Selbstbestimmte Familienplanung und Müttergesundheit. Bonn.
- 6 BMZ (2017). Entwicklungspolitik als Zukunfts- und Friedenspolitik. 15. Entwicklungspolitische Bericht der Bundesregierung. Bonn/Berlin. https://www.bmz.de/de/mediathek/publikationen/reihen/infobroschueren_flyer/infobroschueren/Materialie319_Entwicklungspolitische_Bericht.pdf (14.12.17).
- 7 BMF (2015). Haushaltsplan 2015. Einzelplan 23. Berlin. https://www.bundeshaushalt-info.de/fileadmin/de.bundeshaushalt/content_de/dokumente/2015/soll/epl23.pdf (07.12.17).
- 8 BMF (2017). Haushaltsplan 2017. Einzelplan 23. Berlin Organisation for Economic Co-operation and Development (2017). https://www.bundeshaushalt-info.de/fileadmin/de.bundeshaushalt/content_de/dokumente/2017/soll/epl23.pdf#page=29 (28.09.17).
- 9 Creditor Reporting System (CRS). stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CRS1 (21.11.17).
- 10 S. Endnote 9.
- 11 SEEK Development (2017). Germany Donor Profile (Donor Tracker). https://donortracker.org/sites/default/files/donor_pdfs/DonorTracker_profile_Germany.pdf (27.09.17).
- 12 S. Endnote 9.
- 13 Mellen, R. (07.09.17). Senate Committee Votes Against Administration on Anti-Abortion Global Gag Rule. Foreign Policy. foreignpolicy.com/2017/09/07/senate-votes-against-administration-on-anti-abortion-global-gag-rule/ (02.10.17).
- 14 The Global Fund (2016). Pledges and Contributions. Genf. www.theglobalfund.org/media/1119/core_pledgescontributions_list_en.xlsx?u=636464308090000000 (20.10.17).
- 15 Plan International (2016). Förderung der Mütter- und Kindergesundheit in der internationalen Entwicklungszusammenarbeit. Bestandsaufnahmen und Perspektiven. <https://www.bundestag.de/blob/475660/1e2afd05ed55f8e27d7164dc564784e8/stellungnahme-dr-virchow-plan-international-data.pdf> (14.12.17).
- 16 BMZ (2016). BMZ Initiative on Rights-Based Family Planning and Maternal Health. Progress Report. Bonn/Berlin. http://health.bmz.de/what_we_do/Reproductive-maternal-and-child-health/policies_and_concepts/BMZ_Initiative_FP_MH/2016_Progress_Report_BMZ_initiative_Internet_Office.pdf (27.09.17).
- 17 S. Endnote 9.
- 18 S. Endnote 9.
- 19 S. Endnote 9.
- 20 BMZ (2016). Entwicklungspolitische Aktionsplan zur Gleichberechtigung der Geschlechter 2016 - 2020. Aktionsplan (BMZ-Papier Nr. 3). Bonn/Berlin. https://www.bmz.de/de/mediathek/publikationen/reihen/strategiepapiere/Strategiepapier361_02_2016.pdf (28.09.17).
- 21 S. Endnote 9.
- 22 BMZ (2013). Technische Zusammenarbeit. www.bmz.de/de/ministerium/wege/bilaterale_ez/zwischenstaatliche_ez/tech_zusammenarbeit/index.html (21.11.17).
- 23 Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (2017). Laufende Projekte. www.giz.de/projektseiten/index.action (16.08.17).
- 24 S. Endnote 16.
- 25 S. Endnote 1.
- 26 S. Endnote 23.
- 27 BMZ (2017). Fokus auf die Zielgruppe der 10 bis 14-jährigen im Rahmen der BMZ-Initiative „Selbstbestimmte Familienplanung und Müttergesundheit“. Bonn.
- 28 S. Endnote 23.
- 29 KfW Entwicklungsbank (2017). KfW Projektdatenbank. www.kfw-entwicklungsbank.de/Internationale-Finanzierung/KfW-Entwicklungsbank/Projekte/Projektdatenbank/index.jsp (09.10.17).
- 30 S. Endnote 29.
- 31 KfW Entwicklungsbank (2010). Social Marketing- und Social Franchising-Ansätze zur Förderung von HIV-Prävention und Familienplanung. Frankfurt am Main. https://www.kfw-entwicklungsbank.de/Download-Center/PDF-Dokumente-Diskussionsbeitr%C3%A4ge/_2010_12_Social-Marketing_D.pdf (27.09.17).
- 32 S. Endnote 16.
- 33 S. Endnote 29.
- 34 S. Endnote 27.
- 35 S. Endnote 29.
- 36 S. Endnote 29.
- 37 S. Endnote 16.
- 38 S. Endnote 16.

4 WAS TUN? – FORDERUNGEN AN DIE DEUTSCHE ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT

Als eine der größten Volkswirtschaften der Welt und gewichtige Akteurin in der Entwicklungszusammenarbeit verfügt die Bundesrepublik Deutschland über sehr gute Voraussetzungen, zu einer Vorreiterin bei der Umsetzung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung, den sogenannten SDGs, zu werden. Die Bundesrepublik hat in einer Vielzahl internationaler Abkommen zugesagt, sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) weltweit voranzutreiben. Eine ganze Reihe von Strategie- und Positionspapieren des Bundesministeriums für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) unterstreichen dies.

Die vorliegende Studie hat untersucht, ob die deutsche Entwicklungszusammenarbeit diesen Zusagen gerecht wird und welche Stärken und Schwächen das Engagement im SRGR-Bereich aufweist. Die Analyse zeigt: Der SRGR-Bereich hat in der bilateralen Zusammenarbeit mit Entwicklungsländern insgesamt an Gewicht verloren. Dieser Trend gilt jedoch nicht für Afrika südlich der Sahara, wo SRGR – entsprechend den eigenen Zielsetzungen des BMZ – an Stellenwert gewonnen hat. Auch die Jugend als Zielgruppe spielt eine wachsende, wenn auch nach wie vor überschaubare Rolle. Trotzdem konkurriert der SRGR-Sektor auch in der Zusammenarbeit mit Afrika südlich der Sahara mit anderen, „bequemeren“ Themenbereichen. In vielen Länderverhandlungen spielt das Thema deshalb eine geringe Rolle.

Dies sollte sich ändern, schon allein, weil die weltweite Arbeit im SRGR-Bereich derzeit Problemen gegenübersteht. Mit dem Regierungswechsel im Jahr 2016 haben die Vereinigten Staaten angekündigt, ihr Engagement in diesem Themenfeld zu reduzieren. Mit dem teilweisen Rückzug des bislang weltweit größten Gebers für SRGR-Maßnahmen entsteht eine Finanzierungslücke in Milliardenhöhe. Dies geschieht zu einem Zeitpunkt, an dem der

Unterstützungsbedarf größer ist als je zuvor und weiter zunehmen dürfte. Dies gilt vor allem für Afrika südlich der Sahara, wo derzeit die größte Jugendgeneration aller Zeiten heranwächst.

Diese jungen Menschen können ihrer Region eine demografische Dividende bescheren und damit einen dauerhaften Entwicklungsschub anstoßen – allerdings nur, wenn sie ausreichend gebildet sind und Krankheiten und ungewollte Schwangerschaften zu verhindern wissen. Gerade Mädchen und junge Frauen müssen in die Lage versetzt werden, ihre Potenziale auch zu nutzen. Bleibt die heutige Jugendgeneration ohne Perspektiven und die Chance auf ein gesundes, selbstbestimmtes Leben, kann sie kaum dazu beitragen, ihre Länder aus dem Kreislauf von Armut, Bevölkerungswachstum und Ungleichheit zu befreien.

Die Bereiche Gesundheit, Bildung, Gleichstellung der Geschlechter und Arbeitsplätze für junge Menschen müssen in der Entwicklungszusammenarbeit mit Afrika südlich der Sahara deshalb höchste Priorität erfahren. Die ersten drei Bereiche dienen der Förderung menschlicher Fähigkeiten, mit dem vierten werden diese für das Individuum und die Gesellschaft nutzbar gemacht.

Aus den Ergebnissen dieser Studie, die sich vor allem mit dem Gesundheitsbereich, insbesondere mit SRGR beschäftigt, leiten sich folgende Forderungen an die neue Bundesregierung und den 19. Deutschen Bundestag ab:

FORDERUNGEN ...

... auf strategischer Ebene:

- Das BMZ sollte bis spätestens 2020 alle Länder- und Sektorstrategien an der Agenda 2030 und den SDGs ausrichten. Dies gilt besonders für den Gesundheitsbereich. Die zum Entstehungszeitpunkt dieser Studie stattfindende Überarbeitung des Sektorkonzepts Gesundheit ist begrüßenswert. Es müssen jedoch auch die anderen relevanten Dokumente überarbeitet werden.
- Dabei darf das BMZ inhaltlich nicht hinter die bisherigen Strategien zurückfallen. SRGR muss sowohl als eigenständiges Schwerpunktthema der bilateralen und multilateralen Zusammenarbeit verankert bleiben, als auch integraler Bestandteil der Strategien zu Gesundheitssystemstärkung, HIV und Aids sowie Gleichstellung der Geschlechter bleiben.
- Das BMZ sollte den sektorenübergreifenden entwicklungspolitischen „Aktionsplan zur Gleichberechtigung der Geschlechter“ ambitioniert umsetzen, über die derzeitige Laufzeit im Jahr 2020 hinaus fortschreiben und ihn, anders als bisher, mit eigenen und ausreichend finanziellen Mitteln ausstatten.

... zur Umsetzung des universellen Zugangs im Bereich sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte, insbesondere von Jugendlichen:

- Erfolge im SRGR-Bereich sind nur denkbar, wenn sich auch die Regierungen der Partnerregierungen dem Thema verschreiben. Im politischen Dialog mit ihnen sollte das BMZ deshalb eindringlicher als bisher die Zusammenarbeit in diesem Bereich anbieten. Hierfür müssen die Mitarbeitenden des BMZ darin geschult werden, mit guten Argumenten und Strategien für dieses Themengebiet zu werben. Die Aussicht auf eine demografische Dividende etwa, welche ein erklärtes Ziel der Mitgliedstaaten der Afrikanischen Union ist, kann dabei ein guter Einstieg sein und zugleich den Fokus auf die Zielgruppe der Jugendlichen lenken.
- Obwohl gerade Jugendliche für die künftige Entwicklung der Länder in Afrika südlich der Sahara eine entscheidende Rolle spielen, richten sich im SRGR-Bereich bisher nur vereinzelte Projekte der deutschen Entwicklungszusammenarbeit an diese Altersgruppe. Daher sollte das BMZ gegenüber den Partnerregierungen für Projekte werben, die den Zugang zu jugendfreundlichen Gesundheitsdienstleistungen, HIV-Prävention, modernen Verhütungsmitteln sowie umfassender Sexualaufklärung für alle Jugendlichen, unabhängig von der Zustimmung Dritter, in den Mittelpunkt stellen.
- Projekte im SRGR-Bereich müssen künftig die Gruppe der Zehn- bis 14-Jährigen stärker als bisher in den Blick nehmen. Diese Altersgruppe macht ihre ersten sexuellen Erfahrungen, verfügt aber in vielen Fällen nicht über das notwendige Wissen, um sich vor Schwangerschaften und sexuell übertragbaren Krankheiten zu schützen. Die Konsequenzen hieraus wirken sich – vor allem bei Mädchen – oft auf das gesamte weitere Leben aus. Das BMZ hat die Bedeutung dieser Gruppe für die Entwicklung der betroffenen Länder bereits erkannt. Das zeigt sich daran, dass es alle Projekte der BMZ-Initiative „Selbstbestimmte Familienplanung und Müttergesundheit“ dahingehend untersucht hat, ob sie die Zehn- bis 14-Jährigen erreichen. Aufbauend auf dieser Analyse müssen nun konkrete Maßnahmen entwickelt werden.
- Die innovativen Ansätze im Bereich umfassender Sexualaufklärung – beispielsweise das Regionalvorhaben zur Umsetzung der ESA-Verpflichtung im östlichen und südlichen Afrika – sollten weitergeführt und auf weitere Regionen ausgeweitet werden.

... zur Entwicklungsfinanzierung:

- Deutschland muss seine jahrzehntealte Zusage einlösen und mindestens 0,7 Prozent des Bruttonationaleinkommens für die Entwicklungszusammenarbeit bereitstellen, ohne Kosten für Geflüchtete im Inland anzurechnen. Nach Berechnungen von VENRO, dem Dachverband der entwicklungspolitischen und humanitären Nichtregierungsorganisationen in Deutschland, sind zusätzliche jährliche Mittel in Höhe von 17,8 Milliarden Euro notwendig, um das 0,7-Prozent-Ziel im Zeitraum von 2018 bis 2020 zu erreichen.ⁱ
- Diese Mittelerhöhungen sollten unter anderem dafür genutzt werden, mehr in SRGR zu investieren. So sollte zum Beispiel der deutsche Beitrag an UNFPA und die International Planned Parenthood Federation (IPPF) mindestens verdoppelt werden. Deutschland sollte sich zudem der Initiative „She Decides“ anschließen, die es sich zum Ziel gesetzt hat, die seit dem Regierungswechsel in den USA wachsende Finanzierungslücke zu schließen. Nur so kann ermöglicht werden, dass jede Frau und jedes Mädchen unabhängig von Einkommen, Herkunft, Wohnort und Bildungsstand selbst über ihren Körper und die Zahl ihrer Kinder entscheiden kann.
- In der bilateralen Zusammenarbeit sollte das BMZ die Initiative „Selbstbestimmte Familienplanung und Müttergesundheit“ weiter aufstocken und die Belange junger Menschen dabei stärker in den Fokus rücken. Da diese Initiative die Grundlage des deutschen Beitrags an Family Planning 2020 ist, kann Deutschland sich durch eine Aufstockung auch den verstärkten internationalen Anstrengungen zur Erreichung der FP2020-Ziele anschließen. Dies ist ein Zusammenschluss unterschiedlicher Geberländer, zivilgesellschaftlicher und privatwirtschaftlicher Akteure weltweit, die sich seit dem Jahr 2012 dafür einsetzen, weltweit universellen Zugang zu SRGR zu garantieren und zu diesem Zwecke sowohl Mittel einwirbt als auch Kompetenzen bündelt, um geeignete Strategien zu entwickeln.

ⁱ SEEK Development (2017). Die Entwicklung der deutschen ODA bis 2020: Was muss die Bundesregierung tun, um das 0,7-Prozent-Ziel zu erreichen? Hrsg.: VENRO. Berlin. http://venro.org/uploads/tx_igpublikationen/Studie_ODA_2017_final2_DIGITAL_02.pdf (28.11.17).

METHODISCHE ANMERKUNGEN

Um nachzuvollziehen, ob und in welchem Umfang die Bundesrepublik Zusagen im Bereich sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte (SRGR) nachkommt, insbesondere mit Blick auf die Jugend in Afrika südlich der Sahara, wurde für das dritte Kapitel dieser Studie eigenständige Forschungsarbeit vorgenommen. Dabei kamen unterschiedliche Methoden zur Anwendung:

- 1) Basierend auf einer **Primärliteraturanalyse** wurde zunächst dargestellt, an welchen Stellen SRGR in den Strategie- und Positionspapieren des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) erwähnt sind, welche Selbstverpflichtungen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit sie darin eingehen und ob sie dabei Afrika südlich der Sahara und der Zielgruppe der Jugendlichen Aufmerksamkeit widmen.

Darauf basierend wurde untersucht, inwieweit die deutsche Entwicklungszusammenarbeit ihren Selbstverpflichtungen nachkommt. Dabei kamen sowohl quantitative als auch qualitative Methoden zum Einsatz:

- 2) Mithilfe einer **quantitativen Analyse** wurde untersucht, in welchem Umfang die deutsche Entwicklungszusammenarbeit in Entwicklungsländern insgesamt und speziell in Afrika südlich der Sahara Mittel für SRGR bereitstellt und wie sich diese Mittel im Zeitverlauf verändert haben. Als Quelle diente hierbei die Datenbank des Ausschusses für Entwicklungshilfe (Development Assistance Committee – DAC) der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Basierend auf Eigenangaben der Gebernationen sind dort die bilateral bereitgestellten Mittel für die Entwicklungszusammenarbeit (Official Development Assistance – ODA) aller 30 DAC-Mitglieder auf Projektbasis in US-Dollar (Preise von 2015) und nach Entwicklungssektor verzeichnet.

Neuere große Gebernationen, die nicht zum Ausschuss für Entwicklungshilfe der OECD gehören, finden in der Analyse keine Beachtung, da deren Eigenangaben in der Datenbank anders systematisiert sind und ein Vergleich hierdurch nicht möglich ist.

Zum Zeitpunkt der Analyse waren die Daten für die Berichtsjahre 1995 bis 2015 verfügbar. Deutschland trifft etwa alle zwei bis drei Jahre Absprachen mit den Partnerländern. Weil die Zusagen dadurch von Jahr zu Jahr stark schwanken können, wurden die Zusagen in der Analyse überwiegend nicht jährlich, sondern in Fünfjahresschritten aufgelistet.

In der Datenbank sind alle finanziellen Projektzusagen jeweils einem spezifischen Entwicklungssektor zugeordnet. Welcher das ist, entscheidet das jeweilige Geberland. Finanzströme, die für den Bereich SRGR zur Verfügung gestellt werden, sind in der Datenbank hauptsächlich unter Sektor 130 „Bevölkerungspolitik/-programme und reproduktive Gesundheit“ mit seinen fünf Untersektoren verzeichnet. Zur Analyse der deutschen Entwicklungszusammenarbeit für den Bereich SRGR wurde einzig dieser Sektor berücksichtigt. Allerdings werden vereinzelt auch Gesundheits- oder Menschenrechtsprojekte durchgeführt, die als Unterziel die Stärkung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte verfolgen. Deshalb dürfte die deutsche Entwicklungszusammenarbeit etwas mehr Mittel für SRGR bereitstellen als in der vorliegenden Analyse dargestellt.

- 3) Zusätzlich zur DAC-Datenbank wurden die Projektdatenbanken der Durchführungsorganisationen Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) und Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) mit Blick auf Projektschwerpunkte und die Berücksichtigung Jugendlicher in den Projektbeschreibungen untersucht. In die Analyse flossen alle laufenden Projekte ein, die zum Zeitpunkt August 2017 im Sektor „Bevölkerungspolitik/-programme und reproduktive Gesundheit“ verzeichnet waren.

- 4) Auf Basis von insgesamt fünf **leitfadengestützten Interviews** mit Expert_innen zu SRGR und Afrika aus der deutschen Entwicklungszusammenarbeit wurde zudem untersucht,
- welche Zusagen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit im Bereich SRGR aus Sicht der Mitarbeitenden bestehen,
 - wie die Bundesrepublik diesen Zusagen konkret nachkommt,
 - wie sich entscheidet, in welchen Ländern die deutsche Entwicklungszusammenarbeit im SRGR-Bereich aktiv wird,
 - wie für qualitativ hochwertige Arbeit in diesem Bereich gesorgt wird,
 - wie hoch der Stellenwert von SRGR in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit derzeit ist,
 - wie sich dieser in den vergangenen Jahren entwickelt hat und perspektivisch entwickeln dürfte.

Bei den Expert_innen handelte es sich um Mitarbeitende der folgenden Organisationen und Abteilungen:

- BMZ (Referat 304 Gesundheit, Bevölkerungspolitik und soziale Sicherung sowie Referat 205 Südliches Afrika, Südafrika)
- KfW (Kompetenzcenter Nachhaltige Wirtschaftsentwicklung, Bildung und Gesundheit)
- GIZ (Sektorvorhaben Bevölkerungsdynamik/Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte sowie Regionalvorhaben zur Umsetzung der ESA-Verpflichtung: Verbesserung von sexueller und reproduktiver Gesundheit und HIV-Prävention unter jungen Menschen im östlichen und südlichen Afrika)

Die Interviews wurden telefonisch geführt und im Nachhinein im Hinblick auf die obenstehenden Fragen ausgewertet.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AIMAS	Agence Ivoirienne de Marketing Social Ivorische Social-Marketing-Agentur	KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
AU	Afrikanische Union	MDGs	Millennium Development Goals Millenniums-Entwicklungsziele
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung	OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
CARMMA	Campaign on Accelerated Reduction of Maternal Mortality in Africa	SDGs	Sustainable Development Goals nachhaltige Entwicklungsziele
DAC	Development Assistance Committee Ausschuss für Entwicklungshilfe	SRGR	Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte
DHS	Demographic and Health Surveys	UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV/Aids
ESA	Eastern and Southern African States	UN DESA	United Nations Department of Economic and Social Affairs Hauptabteilung der Vereinten Nationen für wirtschaftliche und soziale Angelegenheiten
EU	Europäische Union	UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft und Kultur
EWEC	Every Woman, Every Child	UNFPA	United Nations Population Fund Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen
FP2020	Family Planning 2020	UNICEF	United Nations Children's Fund Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen
GFATM	The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria	VENRO	Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe deutscher Nichtregierungsorganisationen e.V.
GFF	Global Financing Facility	WHO	World Health Organization Weltgesundheitsorganisation
GIZ	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit		
ILO	International Labour Organization Internationale Arbeitsorganisation		
IPPF	International Planned Parenthood Federation Internationale Familienplanungsvereinigung		
IWF	International Monetary Fund Internationaler Währungsfonds		



ÜBER DIE DSW

Die DSW ist eine international tätige Entwicklungsorganisation. Ziel unserer Arbeit ist es, zur Umsetzung des Menschenrechts auf Familienplanung und zu einer zukunftsfähigen Bevölkerungsentwicklung beizutragen. Jugendliche sind daher die wichtigste Zielgruppe unserer Projekte. Auf nationaler und internationaler Ebene nehmen wir Einfluss auf politische Entscheidungsprozesse in den Bereichen Gesundheit, Familienplanung und Gleichstellung der Geschlechter.

www.dsw.org

www.facebook.com/deutschestiftungweltbevoelkerung

www.twitter.com/dsw_de

www.youtube.com/DSWweltbevoelkerung



ÜBER DAS BERLIN-INSTITUT

Das Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung ist ein unabhängiger Thinktank, der sich mit Fragen regionaler und globaler demografischer Veränderungen beschäftigt. Das Institut wurde 2000 als gemeinnützige Stiftung gegründet und hat die Aufgabe, das Bewusstsein für den demografischen Wandel zu schärfen, nachhaltige Entwicklung zu fördern, neue Ideen in die Politik einzubringen und Konzepte zur Lösung demografischer und entwicklungspolitischer Probleme zu erarbeiten.

www.berlin-institut.org

www.facebook.com/BerlinInstitut

www.twitter.com/berlin_institut