

1

DER LANGE WEG NACH KAIRO

Auf der von den Vereinten Nationen einberufenen Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung (ICPD) von Kairo im Jahre 1994 anerkannte die Staatengemeinschaft erstmals ein Recht auf „reproduktive Gesundheit“. Das heißt: auf umfassendes Wohlergehen in allen Belangen von Sexualität, Familienplanung, Schwangerschaft und Geburt – für alle. Die Selbstbestimmung über die eigene Fortpflanzung musste über Jahrhunderte erstritten werden. Die Kairoer Konferenz markierte in diesem Prozess einen historischen Meilenstein. Doch kaum war der im Konsens gefasste Beschluss erreicht, regte sich Widerstand gegen das „Recht auf reproduktive Gesundheit“. Zehn Jahre später ist die Übereinkunft von Kairo ernsthaft gefährdet.

1.1 Aufklärung, Verhütung und Gesundheit für alle

Pille oder Enthaltbarkeit, Kondom oder Kalendermethode – für die meisten Bewohner der Industrienationen ist es selbstverständlich, dass sie aus einem breiten Angebot von Familienplanungsmethoden wählen und frei über die Zahl der Kinder entscheiden können, die sie in die Welt setzen wollen. Frauen werden während Schwangerschaft und Geburt routinemäßig medizinisch versorgt, Neugeborene von Hebammen und Ärzten überwacht. Und es gilt hierzulande als normal, dass Jugendliche umfassend über Sexualität wie auch über vorbeugende Maßnahmen gegen Aids und Geschlechtskrankheiten aufgeklärt werden.

Für hunderte Millionen von Menschen in den weniger entwickelten Ländern sind all diese vermeintlichen Selbstverständlichkeiten bis heute unerreichbar. Es mangelt an Information, und die Mittel zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten und unerwünschten Schwangerschaften sind oft nur schwer zugänglich. Lückenhafte medizinische Betreuung führt zu hoher Mütter- und Säuglingssterblichkeit. Gleichzeitig weisen die Bevölkerungswachstumskurven dieser Länder am steilsten nach oben (siehe Karten ab Seite 11).

Das Aktionsprogramm, das die Staatengemeinschaft zum Abschluss der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung 1994 in Kairo verabschiedete, sollte dieses Ungleichgewicht ändern: Das Recht auf „reproduktive Gesundheit“ wurde zur künftigen Grundlage der internationalen Bevölkerungspolitik erklärt.

1.2 Das Aktionsprogramm von Kairo – ein historischer Meilenstein

Die Kairoer Konferenz war von den Vereinten Nationen (UN) einberufen worden. Bis auf wenige Ausnahmen hatten alle UN-Mitgliedstaaten Delegationen in die ägyptische Metropole entsandt.⁴ Das Aktionsprogramm, das die Teilnehmer nach intensiven Verhandlungen schließlich annahm, umfasste 115 Seiten und war als politische Leitlinie für die nachfolgenden 20 Jahre gedacht, also bis 2015. Zwar hatten der Vatikan, das einzige Nicht-Vollmitglied mit ständigem Beobachter bei den Vereinten Nationen, und einige Staaten, vorwiegend lateinamerikanische und arabische, Vorbehalte gegen einzelne

Teile des Aktionsprogramms zu Protokoll gegeben. Trotzdem hatten schließlich alle 179 teilnehmenden Länder dem erarbeiteten Schlussdokument zugestimmt.

Das Aktionsprogramm verkörperte einen Wendepunkt in der Geschichte der Bevölkerungspolitik: Erstmals rückte die Staatengemeinschaft ausdrücklich von der Idee ab, Regierungen sollten von oben herab abstrakte demografische Vorgaben erlassen, also die Bevölkerungsentwicklung nach Plan durchsetzen. Stattdessen standen Maßnahmen im Mittelpunkt, die von den individuellen Bedürfnissen von Frauen und Männern ausgehen. Der UN-Bevölkerungsfonds (UNFPA) bezeichnet das Aktionsprogramm deshalb als historischen „Meilenstein“, nicht nur für die Bevölkerungs- und Entwicklungspolitik, sondern vor allem auch für die Rechte der Frauen.⁵

Aus der Kairoer Definition von reproduktiver Gesundheit (siehe Kasten) geht unmittelbar hervor, dass den Frauen besonderes Augenmerk gilt. Das Aktionsprogramm betont denn auch die wichtige Rolle der Frauen für eine balancierte Bevölkerungsentwicklung. Ein ganzes Kapitel in dem Schlussdokument der Konferenz ist allein der Gleichberechtigung der Geschlechter, der Gleichstellung und Stärkung der Frauen gewidmet: Frauen sollen künftig rund um den Globus in die Lage versetzt werden, über die Anzahl ihrer Kinder zu entscheiden. Sie sollen Zugang zu Bildung erhalten, Eigentum erwerben, Kredite aufnehmen und Erbrechte geltend machen können. Jede Form der Diskriminierung, Misshandlung und Ausbeutung von Frauen soll beseitigt werden.

Auch diese Forderungen beziehen sich vorwiegend auf weniger entwickelte Länder, während sie für Bewohnerinnen der industrialisierten Welt zumindest auf dem Papier verwirklicht sind. Allerdings ist dies auch hier, an historischen Zeiträumen gemessen, eine recht neue Errungenschaft. Der „Weg nach Kairo“ war lang, steinig und voller Kehrtwendungen.

1.3 Traditionelles Wissen – ausgerottet und neu entdeckt

Vor fünftausend Jahren riet der chinesische Kaiser Shen Nung Männern, mit möglichst vielen Frauen zu schlafen, ohne zu ejakulieren, um Lebenskraft für die Zeugung männlicher Nachkommen zu sammeln; Mädchen wurden oft nach ihrer Geburt getötet.⁶ Die Bibel erzählt von Onan, der das Weib seines toten Bruders nicht schwängern wollte und deshalb, wenn er ihr beiwohnte, seinen Samen „auf die Erde fallen“ ließ.⁷

Diese Praktiken weisen darauf hin, dass der Wunsch nach Familienplanung uralte ist. Ebenso alt dürfte das Bestreben sein, Familienplanung human zu gestalten. Im Verlauf der Jahrtausende sammelten die Menschen vielfältige Kenntnisse, die es ihnen erlaubten, ihre Fortpflanzung effektiver zu kontrollieren. Solches Wissen interessierte vor allem die Frauen. Sie mussten allzeit damit rechnen, von der nächsten Schwangerschaft überrascht zu werden, auch wenn ihr Körper sich noch kaum von der letzten Geburt erholt hatte und die Ernährung der Kinderschar Kummer bereitete. Kein Wunder also, dass es vorwiegend Frauen waren, die bei Bedarf die richtigen Kräutlein kannten, aber auch bei Schwangerschaft, Entbindung und Nachsorge mit Rat und Tat halfen. Die „weisen Frauen“ des europäischen Mittelalters boten all diese Dienste für die reproduktive Gesundheit an.

Mit der Hexenverfolgung und dem gleichzeitigen Aufkommen der von Männern dominierten medizinischen Profession ging das überlieferte Wissen über Fruchtbarkeit, Fort-

Reproduktive Gesundheit

Der Begriff stammt von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und klingt sperrig. Doch er signalisiert ein Verständnis von Gesundheit, das weitaus mehr umfasst als etwa das Recht auf Familienplanung, das die Menschenrechtskonferenz der Vereinten Nationen (UN) in Teheran schon 1968 definiert hatte.¹ Denn, so die grundlegende Erkenntnis der Bevölkerungskonferenz von Kairo 1994, mit dem Bereitstellen von Verhütungsmitteln ist es nicht getan. Auch Beratung zu allen Belangen der Fortpflanzung (Reproduktion) und zu sexuell übertragbaren Krankheiten reicht allein nicht aus. Im Zentrum des Rechts auf reproduktive Gesundheit steht „ein Zustand uneingeschränkter körperlicher, geistiger und sozialer Wohlbefindens“ bei allem, was mit Fortpflanzung zu tun hat.

Reproduktive Gesundheit bedeutet, so steht es im Kapitel 7 des Kairoer Aktionsprogramms, „dass Menschen ein befriedigendes und ungefährliches Sexualleben haben können und dass sie die Fähigkeit zur Fortpflanzung und die freie Entscheidung darüber haben, ob, wann und wie oft sie hiervon Gebrauch machen wollen. In diese letzte Bedingung eingeschlossen sind das Recht von Männern und Frauen, informiert zu werden und Zugang zu sicheren, wirksamen, erschwinglichen und akzeptablen Familienplanungsmethoden ihrer Wahl (...) zu haben (...), und das Recht auf Zugang zu angemessenen Gesundheitsdiensten, die es Frauen ermöglichen, eine Schwangerschaft und Entbindung sicher zu überstehen, und die für Paare die bestmöglichen Voraussetzungen schaffen, dass sie ein gesundes Kind bekommen.“²

Ganz wichtig: Der Schwangerschaftsabbruch, so hält das Aktionsprogramm an anderer Stelle ebenso dezidiert fest, sollte „auf keinen Fall als eine Familienplanungsmethode gefördert werden“. Wenn jedoch ein Abbruch stattfindet und dieser nicht gegen das jeweilige nationale Gesetz verstößt, soll er „ungefährlich“ sein. Das heißt, er sollte von sachkundiger Hand und unter hygienischen Bedingungen durchgeführt werden, um die Gesundheit der betroffenen Frau nicht zu gefährden.³

pflanzung und Verhütungsmethoden im alten Europa weitgehend verloren. Im Gegensatz etwa zu Afrika, wo es sich teilweise auch nach der Kolonialisierung hielt, blieb es bis ins Industriezeitalter hinein auf wenige „Geheimnisträger“ beschränkt, vornehmlich auf Ärzte und Apotheker.

In den USA galt das Wissen um empfängnisverhütende Methoden noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts als „Geheimnis der Reichen“. Ärzte durften zwar darüber informieren. Arme konnten sich jedoch keinen Praxisbesuch leisten. Und anderswo waren Verhütungsmittel nicht erhältlich. 1873 hatte ein Postinspekteur namens Anthony Comstock, Vorsitzender der „Gesellschaft

zur Unterdrückung des Lasters“, ein Gesetz durchgesetzt, das den „Vertrieb, Transport oder Import von obszönem, unzüchtigem oder schlüpfrigem Material“ in den USA untersagte und ausdrücklich auch Mittel zur „Verhütung von Schwangerschaft“ einschloss.

Margaret Sanger, eine Pionierin der amerikanischen Frauenbewegung, eröffnete am 16. Oktober 1916 im New Yorker Bezirk Brooklyn die erste Beratungsstelle für Geburtenkontrolle in den Vereinigten Staaten. Sanger hatte das Elend der Frauen und Kinder als Krankenschwester in der Lower East Side erlebt: In den engen Mietskasernen lebten dicht gedrängt italienische und jüdische Immigranten, arm und unwissend. Syphilis und

Gonorrhoe grassierten, ausgezehnte Frauen bekamen ein Kind nach dem anderen, viele erlitten Fehlgeburten oder starben an den Folgen unsachgemäß durchgeführter Aborte.

So war der Andrang auf die Beratungsstelle groß. Doch schon nach zehn Tagen schloss die Polizei sie wieder. Sanger wurde zu 30 Tagen Gefängnis verurteilt. Sie gab sich jedoch nicht geschlagen. Dank ihrer Hartnäckigkeit erreichte sie, dass im Staat New York das Verbot, Verhütungsmittel zu vertreiben, praktisch aufgehoben wurde. Und schließlich 1938, dass die Regierung Roosevelt das bundesweite Comstock-Gesetz außer Kraft setzte. Gleichzeitig entschied sich die amerikanische Ärzte-Organisation (American Medical Association), Geburtenkontrolle als normalen Bestandteil medizinischer Tätigkeit anzuerkennen. Und die vielen regionalen Geburtenkontroll-Ligen, die durch Sangers unermüdliches Agieren ange-regt oder von ihr selbst aufgebaut worden waren, schlossen sich zur Planned Parenthood Federation of America zusammen.

In den Niederlanden war bereits Ende des 19. Jahrhunderts die weltweit erste Verhütungs-klinik gegründet worden. 1918 eröffnete Marie Stopes in London die erste Beratungs-klinik für Empfängnisverhütung.⁸

Unter anderem als Folge von Aufklärung und Familienplanung sank im Verlauf des 20. Jahrhunderts die Kinder- und Müttersterblich-keit, und die Lebenserwartung der Frauen stieg deutlich an. Anfang der 1950er Jahre war es wiederum die amerikanische Vor-kämpferin Margaret Sanger, die mit dem Geld einer ebenso kämpferischen Millionärs-gattin den Reproduktionsbiologen Gregory Pincus damit beauftragte, nach einem oral einzu-nehmenden Verhütungsmittel zu forschen. Sie gab damit den entscheidenden Anstoß zur Entwicklung der „Pille“, die von 1960 an ihren Siegeszug durch die (industrialisierte) Welt antrat.⁹

Dank der Pille konnten Frauen erstmals in der Geschichte der Menschheit ganz allein über ihre Fortpflanzung bestimmen. Der „Pillenknick“, als deutliches Absinken der Geburten-raten in den USA, in Deutschland und ande-ren westeuropäischen Ländern sichtbar, steht für das Zusammentreffen zweier Ereig-nisse: Erstens der Verfügbarkeit eines effi-zienten, ausschließlich in der Hand der Frau liegenden Verhütungsmittels. Und zweitens der veränderten Rolle der Frau in der Gesell-schaft und ihrer zunehmenden Integration in den Arbeitsprozess.

Margaret Sanger und ihre Mitstreiterinnen hatten eine bedeutende gesellschaftliche Neuerung angeschoben, deren endgültige Etablierung sich in dem Schlussdokument der Kairoer Konferenz von 1994 widerspiegelt: Die Befreiung der Sexualität von der Angst vor unerwünschter Schwangerschaft. Von dieser kann allerdings ein Großteil der Frauen in den weniger entwickelten Ländern bis heute nur träumen.

1.4 Die Familienplanung hält Einzug in die Bevölkerungspolitik

Vorkämpferinnen der Geburtenkontrolle wie Margaret Sanger hatten zunächst vor allem die Gesundheitsgefährdung der Frauen durch ungewollte Schwangerschaften und das soziale Elend im Visier. Doch Anfang des 20. Jahrhunderts lieferte ihnen der Neo-Malthusianismus ein weiteres, gewichtiges Argument: Die drohende „Übervölkerung“ des Planeten.

Der englische Pastor und Nationalökonom Thomas Robert Malthus (1766 – 1834) hatte beobachtet, wie rasant die Bevölkerung Europas seit Beginn der Neuzeit anstieg. Wenn die Menschheit weiter exponentiell anwachse, prophezeite er, könne die Land-wirtschaft nicht mithalten, da deren Erträge sich nur in arithmetischen Schritten steigern ließen. Das müsse zwangsläufig in Hungers-nöten, Epidemien und Massenelend enden, folgerte Malthus und empfahl, den Vermeh-

rungstrieb durch Ehelosigkeit und Enthalt-samkeit zu zügeln, bis die Versorgung mit Nahrung gesichert sei.

Malthus hatte das Produktionspotential einer zunehmend intensivierten Agrarwirtschaft weit unterschätzt. Und er konnte nicht ahnen, dass im 19. Jahrhundert Millionen Menschen in die Neue Welt auswanderten und damit das alte Europa vom demografischen Druck befreiten. Dennoch lag er mit seiner Ein-schätzung richtig, dass ungebremstes Bevöl-kerungswachstum in einer begrenzten Welt zu Problemen führt.¹⁰

1804, zu Malthus' Lebzeiten, hatte die Menschheit die erste Milliarde erreicht. 1927 war bereits die zweite Milliarde voll. Als 1945 die Vereinten Nationen gegründet wurden, lebten – trotz der vielen Opfer zweier Welt-kriege und der Grippe-Pandemie von 1918, und trotz massiver Geburtenrückgänge wäh-rend der Kriege und während der Weltwirt-schaftskrise – bereits 2,5 Milliarden Men-schen auf dem Planeten. Die Erdbevölkerung wuchs schneller und schneller, und ein Ende der Beschleunigung war nicht abzusehen.

Allerdings war schon damals offensichtlich, dass der Löwenanteil des Wachstums auf das Konto der weniger entwickelten Länder ging. In den Industriestaaten stagnierten die Netto-Geburtenzahlen oder gingen sogar zurück, die Kinderzahlen je Frau sanken. Ob dieser Diskrepanz zwischen entwickelter und wenig entwickelter Welt entbrannte in den 1950er Jahren, insbesondere in den Industrieländern, und dort vor allem in den USA, eine intensive Diskussion darüber, wie das Bevölkerungswachstum in den armen Regionen der Erde gebremst werden könnte. Die Bevölkerungs-politik, bis dahin eher als Aufgabe jedes einzelnen souveränen Staates betrachtet, wurde damit zum internationalen Thema.

Da in den Industriestaaten wachsender Wohl-stand mit sinkenden Kinderzahlen einherge-gangen war, herrschte in dieser Diskussion mehr oder weniger Einigkeit darüber, dass die

Menschen sich auch in armen Gegenden automatisch für kleinere Familien entscheiden würden, wenn die ökonomischen Bedingungen sich verbesserten. Auf welche Art Ehepaare die Zahl ihrer Kinder beschränkten, galt zunächst als sekundär; den eventuellen Bedarf an Verhütungsmitteln würde dann der Markt schon regeln. Indessen musste man bald feststellen, dass sich weder die Wirtschaft noch der Markt für Verhütungsmittel wie gewünscht entwickelten. Von Mitte der 1960er Jahre an verlegte sich die Bevölkerungspolitik in Entwicklungsländern deshalb hauptsächlich auf Programme, die über Familienplanung aufklärten und Zugang zu Verhütungsmitteln verschafften. Weil die Regierungen der Entwicklungsländer dafür kaum Geld hatten, war massive Unterstützung durch die staatliche Entwicklungshilfe der Industrieländer und durch internationale Organisationen nötig.¹¹

Die Kairoer UN-Konferenz von 1994 war die dritte politische Konferenz der Vereinten Nationen zu Fragen der Weltbevölkerung. Das erste Mal hatte sich die Staatengemeinschaft 1974 in Bukarest versammelt, dann noch einmal 1984 in Mexiko-Stadt. In Bukarest wurde darüber gestritten, ob wirtschaftliche Entwicklung oder Familienplanung den besseren Lösungsansatz biete, das Problem des Bevölkerungswachstums zu lösen. In Mexiko-Stadt wurde vor allem darüber diskutiert, wie viel Souveränität den einzelnen Staaten bei der Durchsetzung bevölkerungspolitischer Ziele zukomme und wieviel Autonomie andererseits Ehepaare bei der Familienplanung besäßen.¹²

1992 rückte der „Erdgipfel“ von Rio de Janeiro, wie die UN-Konferenz über Umwelt und Entwicklung inoffiziell genannt wurde, einen weiteren Aspekt in das öffentliche Bewusstsein: Umwelt und Bevölkerungswachstum sind miteinander verknüpft. Allein die Zahl der Menschen mache den Planeten noch nicht „voll“, lautete die Erkenntnis von Rio. Vielmehr komme es darauf an, welchen

Einfluss der Einzelne auf das Gesamt-Ökosystem ausübe, wie viele Rohstoffe er verbrauche und wie viele Schadstoffe er dabei produziere. So betrachtet, sind die Industrienationen weit über ihre Tragfähigkeit hinaus bevölkert, auch wenn die Bevölkerung dort nicht mehr wächst. Die Entwicklungsländer gelten dagegen als „übevölkert“, wenn die Zahl der Menschen zu Lasten der natürlichen Ressourcen wächst, wenn dieses Wachstum eine wirtschaftliche Entwicklung verhindert und die politische Stabilität gefährdet.¹³

Industrie- und Entwicklungsländer trügen gemeinsam die Verantwortung für eine nachhaltige Entwicklung, schrieb denn auch die als Vorbereitung auf Kairo einberufene Europäische Bevölkerungskonferenz 1993 in ihren Empfehlungen für Kairo: „Gemeinsame Ziele sollten darin bestehen, Konsum- und Produktionsmethoden zu fördern, die der Umweltzerstörung entgegenwirken, und eine soziale und wirtschaftliche Entwicklung zu ermöglichen, welche die Grundbedürfnisse zu erfüllen vermag und bessere Lebensbedingungen und angemessene Geburtenziffern herbeiführt.“¹⁴

Kairo 1994 markiert jedoch auch eine Neuorientierung in der Konzeption von Familienplanungsprogrammen: Die Idee, Entwicklung sei „die beste Pille“, rückte etwas in den Hintergrund. Der Anspruch auf körperliche Unversehrtheit als fundamentales Menschenrecht und die Stärkung der Frauenrolle standen jetzt als Mittel im Kampf gegen rapides Bevölkerungswachstum an erster Stelle.

1.5 Widerstand trotz Konsensbeschluss

Das Aktionsprogramm von Kairo galt als Dokument, auf das sich die Menschen zur Durchsetzung ihrer Rechte rund um die Fortpflanzung berufen können. Es legt klare Ziele fest und listet Maßnahmen auf, mit denen Regierungen wie auch nichtstaatliche Organisationen bis hin zu lokalen Gruppen auf diese Ziele hin arbeiten können. Es enthält sogar

einen groben Finanzierungsplan (siehe Kapitel 6). Wie erwähnt, wurde das Aktionsprogramm – trotz der ausdrücklichen Vorbehalte einiger Länder – einstimmig verabschiedet. Doch mit dem Konsensbeschluss der internationalen Staatengemeinschaft war der Widerstand gegen die reproduktiven Rechte nicht aus der Welt geschafft.

In den letzten Jahren hat er sogar massiv zugenommen. Nicht nur in Ländern, wo die Scharia gilt, die auf dem Koran gründende Rechtsordnung, die den Frauen eine untergeordnete Stellung zuweist. Sondern auch in konservativ-katholisch geprägten Staaten wie den Philippinen und in Industrienationen wie den USA. Dort wenden sich meist religiös fundierte Lobbygruppen gegen die reproduktive Selbstbestimmung.

Diese Position ist nicht neu. Seit dem Amtsantritt der republikanischen Regierung Bush im Jahre 2001 stößt sie jedoch auch an höchster Stelle vermehrt auf Gehör und Zustimmung. Der Widerstand gegen die reproduktiven Rechte, der sich auch in Europa formiert, äußert sich nicht nur im Versuch, den bereits erreichten Konsens erneut zur Diskussion zu stellen. Er macht sich auch praktisch bemerkbar: Am schwersten wiegt, dass die Gelder, die in Kairo von den Industriestaaten zugesagt worden waren, nicht im versprochenen Umfang fließen. Sie werden zurückgehalten, eingefroren oder massiv gekürzt. Erschwerend kommt hinzu, dass selbst Geberländer, die hinter den Zielen von Kairo stehen, ihren finanziellen Zusagen nur zögerlich nachkommen, unter anderem weil die Ressourcen knapper geworden sind oder reproduktive Gesundheit nicht die oberste Priorität besitzt. Fazit: Zehn Jahre nach der Kairoer Konferenz ist das Aktionsprogramm von einer Umsetzung weit entfernt.