

6

OPFER DER OPPOSITION

Zwei Hindernisse stehen der Verwirklichung des Aktionsprogramms von Kairo in Entwicklungs- und Schwellenländern entgegen: Erstens der Widerstand, vor allem der US-Regierung, gegen Familienplanung und Sexualaufklärung. Zweitens aber auch die schlechte Zahlungsmoral fast aller Geberländer – selbst jener, die mit den Zielen von Kairo übereinstimmen. Beides hat zur Folge, dass insgesamt weniger Geld zur Verfügung steht als nach der Kairoer Übereinkunft notwendig ist und zugesagt war. Durch den Export des Enthaltensamkeitsansatzes seitens der USA fließt überdies ein Teil der vorhandenen finanziellen Mittel in Enthaltensamkeitsprogramme statt in ganzheitliche Aids-Prävention, in Sexualaufklärung und Mittel für Empfängnisverhütung. Aufgrund des Geldmangels sterben Hunderttausende von Menschen, vor allem Frauen und Kinder in wenig entwickelten Ländern an Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt, an unsachgemäß durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen und an Aids.

6.1 Säumige Zahler überall

Rund 140 eng bedruckte Seiten füllt das Aktionsprogramm der Kairoer Bevölkerungskonferenz von 1994 in der deutschen Übersetzung. Das Wesentliche lässt sich jedoch in einem Satz sagen: Die Industrienationen haben vor zehn Jahren versprochen, ein Aktionsprogramm zu finanzieren, der bis zum Jahre 2015 allen Menschen dieser Erde Zugang zu Dienstleistungen für sexuelle und reproduktive Gesundheit verschaffen soll.

1994 war einvernehmlich ein aus den 1970er Jahren stammender UN-Beschluss bekräftigt worden, die Geberländer sollten für ihre gesamten offiziellen Entwicklungshilfebudgets insgesamt einen Zielwert von 0,7 Prozent des Bruttosozialprodukts anstreben. Und davon sollten sie jenen Anteil erhöhen, der für die im Aktionsprogramm beschriebenen Maßnahmen bestimmt sei.¹ Das Kairoer Schlussdokument beziffert die zusätzlich notwendigen Mittel: Bis 2000 insgesamt 17 Milliarden US-Dollar jährlich. Davon sollten die Entwicklungs- und Schwellenländer etwa zwei Drittel (11,3 Milliarden) im Rahmen ihrer nationalen Gesundheitsprogramme selbst übernehmen. Die Geberländer, also die Industrienationen, haben in Kairo zugesagt, ein Drittel dieser Summe (5,7 Milliarden) bereitzustellen. Wegen des anhaltenden Bevölkerungswachstums sollte der Gesamtbetrag bis 2015 weiter auf 21,7 Milliarden Dollar jährlich steigen. Allerdings geht aus dem Kairo-Plan nicht hervor, in welchen Schritten die Erhöhung erfolgen soll. Er gibt nur für bestimmte Ziel-Jahre Beträge an.

Die Organisation „Population Action International“ (PAI) hat gleichwohl aus diesen Eckwerten den zu zahlenden Gesamtbetrag für den Zeitraum von 1996 bis 2001 veranschlagt. PAI ging dabei von dem Betrag aus, den die Geberstaaten 1996 tatsächlich gezahlt hatten, und rechnete unter der Annahme einer linearen Erhöhung auf den für das Ziel-Jahr 2000 festgelegten Wert die jährlichen Zahlungen hoch. Ebenso verfuhr PAI für den Zeitraum bis zum nächsten Ziel-Jahr 2005. Die Methode mag willkürlich erscheinen, sie liefert jedoch die einzigen derzeit verfügbaren Anhaltspunkte. 33,6 Milliarden Euro hätten nach den PAI-Berechnungen bis 2001 insgesamt zusammen kommen müssen. Davon sind erst 11,9 Milliarden tatsächlich eingegangen, so dass eine „Lücke“ von 21,7 Milliarden Euro klafft – also fast zwei Drittel.²

Auch wenn man die Daten der Vereinten Nationen zugrunde legt und nur die gezahlten Beträge für einzelne Ziel-Jahre betrachtet, wird die schlechte Zahlungsmoral der Geberstaaten deutlich: Im Jahr 2000 floss nur knapp die Hälfte dessen, was in Kairo festgelegt worden war.³

Die Finanzierungslücke erklärt sich nicht nur daraus, dass die Vereinigten Staaten aufgrund der „Mexico City Policy“ etlichen Organisationen die finanzielle Unterstützung entzogen und die Beiträge für UNFPA eingefroren haben. Auch die anderen Geberstaaten erweisen sich als äußerst säumige Zahler. Nach der Modellrechnung von PAI waren etwa im Jahr 2001 lediglich Dänemark, Norwegen, Schweden, Luxemburg und die Niederlande den mit dem Kairo-Plan eingegangenen Verpflichtungen in vollem Umfang nachgekommen. Zu den Ländern, die noch „Schulden“⁴ haben, zählt auch Deutschland: Die Bundesregierung hat von ihrem Anteil für den Zeitraum 1996 bis 2001 erst knapp ein Drittel gezahlt; rund 1,88 Milliarden Euro stehen noch aus.⁵

Duff G. Gillespie, Experte für öffentliche Gesundheit und Entwicklung an der amerikanischen Johns Hopkins Universität, sieht für die Säumigkeit unter anderem folgenden Grund: Der globale Rückgang der Geburtenraten hätte zu der verbreiteten, aber irrigen Auffassung geführt, organisierte Familienplanung besitze keine hohe Priorität mehr. Viele Länder verfolgten zwar eine Politik, die sich an den Zielen von Kairo orientiere, es fehle jedoch an Energie und Geld, die politischen Leitlinien „in die Wirklichkeit zu übersetzen“.⁶ Hinzu kommt, dass auch die Empfängerländer ihre Zusagen nicht in vollem Umfang einhalten.⁷

Die Folgen dieser Finanzierungslücke für die reproduktive Gesundheit in den Entwicklungsländern zu beziffern ist schwierig, da manche Daten, etwa zur Zahl ungewollter Schwangerschaften, ungenau oder schlecht vergleichbar sind. Fest steht jedenfalls: Wenn es an Geld für Familienplanung und reproduktive Gesundheit fehlt, trifft dies die Frauen am härtesten. So hat sich beispielsweise das Problem der unsachgemäß durchgeführten Abtreibungen seit den 1960er Jahren

nicht wesentlich verbessert. Diese sind weiterhin eine besonders häufige Todesursache bei Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter in Entwicklungsländern. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden jährlich weltweit 19 Millionen solcher riskanter Eingriffe vorgenommen. Das bedeutet, jede zehnte Schwangerschaft endet auf diese Weise.⁸ Schätzungsweise 68.000 Frauen sterben daran, davon 30.000 in Afrika, 34.000 in Asien und 4.000 in Lateinamerika. Noch viel mehr tragen dauerhafte Gesundheitsschäden davon.⁹ Ein wichtiger Grund für diese alarmierenden Zahlen ist die mangelnde Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln. An Komplikationen während oder nach der Schwangerschaft, die nicht rechtzeitig, nicht ausreichend oder gar nicht behandelt werden, sterben nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation WHO weltweit etwa 530.000 Frauen jährlich. Davon entfallen 99 Prozent auf die Entwicklungsländer.¹⁰

Dabei wäre es leicht und – rein ökonomisch betrachtet – günstiger, viele dieser medizinischen Notfälle zu verhindern: Eine medizinische Grundversorgung für Schwangere und Neugeborene kostet in Entwicklungsländern durchschnittlich drei Dollar pro Kopf und Jahr, lebensrettende Maßnahmen bei Komplikationen etwa 230 Dollar.¹¹ Eine Frau ein Jahr lang mit ausreichend Verhütungsmitteln für eine verantwortungsvolle Familienplanung zu versorgen, kostet knapp 20 Dollar¹² – und erhöht massiv die Wahrscheinlichkeit, dass diese Frau ihre fortpflanzungsfähigen Jahre überlebt, dass sie gesunde Kinder zur Welt bringt und sich auch nicht mit HIV infiziert.

Verhütungsmittel allein reichen nicht aus. Aber ein ausreichendes Angebot davon ist eine notwendige Voraussetzung für Familienplanung. 3,9 Milliarden US-Dollar jährlich wären nötig, um über 200 Millionen Frauen in Entwicklungsländern, die bis heute wenig Chancen haben, ihren Bedarf zu decken, mit Kondomen und anderen Verhütungsmitteln zu versorgen. Das ergab die Studie „Adding it up“ (Aufsummiert. Untertitel: Der Nutzen von Investitionen in sexuelle

und reproduktive Gesundheitsversorgung), die der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) und das amerikanische Alan Guttmacher Institute im Februar 2004 gemeinsam herausgebracht haben.¹³ Mit dem Betrag von 21,7 Milliarden Euro, um den die Industrienationen nach den Berechnungen von „Population Action International“ hinter der Verpflichtung von Kairo her hinken, hätten in den Jahren von 1996 bis 2001 über 268 Millionen ungewollte Schwangerschaften verhindert werden können, 113 Millionen Abtreibungen, 7,2 Millionen Todesfälle von Säuglingen und 733.000 Todesfälle infolge von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen.¹⁴

Investitionen in reproduktive Gesundheitsdienste retten nicht nur Leben. Sie haben auch positive wirtschaftliche und soziale Auswirkungen. Wenn Frauen die Zahl ihrer Kinder und die zeitlichen Abstände zwischen den Geburten bestimmen können, nimmt erfahrungsgemäß die durchschnittliche Kinderzahl ab. Das ist in Entwicklungsländern, wo die hohe Zahl ungewollter Schwangerschaften nach wie vor das Bevölkerungswachstum prägt, von gesamtgesellschaftlicher Bedeutung. Kleinere Familien können sich besser ernähren und sind gesünder, was sich sowohl in den Lernerfolgen der Schulkinder als auch in der Arbeitsfähigkeit der erwachsenen Familienmitglieder, mithin im Einkommen niederschlägt. Wenn Geld über den täglichen Konsum hinaus übrig bleibt, steigen auch die Schul- und Ausbildungschancen, insbesondere für Mädchen, an deren Ausbildung bei knappen Ressourcen eher gespart wird als an jener der Jungen. Insgesamt erlangen die Frauen einen höheren Status, sie beteiligen sich eher an gesellschaftlichen und politischen Aufgaben. Und schließlich sinken die öffentlichen Ausgaben für Bildung, Gesundheit und Unterstützung armer Familien oder Waisen.¹⁵

Der Rückgang der Kinderzahl je Frau hat eine entwicklungspolitische Dimension: Er lässt den Anteil der Menschen im arbeitsfähigen Alter (15 bis 60 Jahre) gegenüber der „abhängigen“ Bevölkerung, also Kindern und Alten vorübergehend ansteigen. Gelingt es in dieser Phase, die etwa eine Generation lang vorhält, in Gesundheit und Bildung zu investieren sowie Arbeitsplätze zu schaffen, lässt sich eine „demografische Dividende“ nutzen.

Wie dies funktionieren kann, haben die asiatischen „Tigerstaaten“ vorgeführt. Sie alle konnten dank des demografischen Bonus einen Wirtschaftsboom einleiten: Nach einer Phase massiven Bevölkerungswachstums gingen in den 1970er und 1980er Jahren die Kinderzahlen in Ländern wie Südkorea, Malaysia, Thailand und Indonesien dank staatlich geförderter Familienplanungsprogramme zurück. Gleichzeitig konnten die jungen Menschen aus den letzten geburtenstarken Jahrgängen erfolgreich in den Arbeitsprozess integriert werden.¹⁶

In den meisten afrikanischen und einigen arabischen Ländern könnte sich dies allerdings schwieriger gestalten. Selbst wenn die Kinderzahlen je Frau deutlich fielen, würden dort vielerorts die Mittel für wirtschaftliche Investitionen fehlen, um den demografischen Bonus zu nutzen. Das sollte die internationale Gemeinschaft jedoch nicht davon abhalten, in die reproduktive Gesundheit zu investieren – im Gegenteil: Die teilweise noch sehr hohen Kinderzahlen, insbesondere im Afrika südlich der Sahara, behindern eine nachhaltige Entwicklung. Die Aids-Epidemie läuft überdies dem Bemühen um globale Sicherheit zuwider, wie der nationale US-Geheimdienst (NIC) in einer Studie festgestellt hat.¹⁷

6.2 Wie sich die „Mexico-City-Politik“ in den Entwicklungsländern auswirkt

Als der amerikanische Präsident Ronald Reagan 1984 die „Mexico-City-Politik“ (MCP, siehe Kapitel 5.1) erstmals einführte, war das Ausmaß der Aids-Epidemie noch nicht erahnbar. Inzwischen zeigt sich jedoch, dass diese Regelung, die eine große Zahl internationaler Familienplanungsprogramme von US-Fördergeldern ausschließt, nicht nur die Vermeidung ungewollter Schwangerschaften und sonstige Verbesserung der reproduktiven Gesundheit erschwert, sondern auch einen Rückschlag für die Aids-Bekämpfung bedeutet. Denn durch die MCP entgehen den betroffenen Organisationen neben der finanziellen Unterstützung auch die von USAID gespendeten Verhütungsmittel, Kondome eingeschlossen. In Ghana wurden so 700.000 Menschen, die von der „Planned Parenthood Association of Ghana“ bislang kostenlos Kondome zur Aids-Vorbeugung erhalten hatten, auf einen Schlag von dieser Versorgung abgeschnitten.

Die Studie „Access denied“ (Zugang verweigert) hat untersucht, wie sich die MCP im einzelnen auf Entwicklungsländer auswirkt.¹⁸ Die Studie entstand aus der Zusammenarbeit verschiedener nichtstaatlicher Organisationen unter der Federführung von „Population Action International“ (PAI). Der Untersuchungszeitraum reicht von Juli 2002 bis Mai 2003. Die Untersuchungen konzentrieren sich auf einige ausgewählte Länder, vermitteln jedoch einen lebhaften Eindruck davon, welche Konsequenzen das „globale Knebelungsgesetz“, wie Kritiker die MCP bezeichnen, jeweils vor Ort hat.

Der Dreh- und Angelpunkt dabei ist, dass sich Familienplanung und Aids-Bekämpfung in der Praxis oft nicht gänzlich vom Thema Schwangerschaftsabbruch trennen lassen. So gehört es beispielsweise zu den besonders

erfolgreichen Maßnahmen von Familienplanungsprogrammen, Frauen, die abgetrieben haben, im Verlauf der Nachbehandlung über Verhütungsmittel aufzuklären.

Fallbeispiel Kenia: Obwohl Kenia bereits im Jahr 1967, als erstes afrikanisches Land, ein nationales Familienplanungsprogramm eingeführt hat, ist der Zugang zu Verhütungsmitteln bis heute mangelhaft. Es fehlt nicht nur an Geld, es gibt auch bürokratische und Verteilungsprobleme.¹⁹ Die Müttersterblichkeit liegt daher bei alarmierenden 1.000 pro 100.000 Lebendgeburten.²⁰ USAID hat zwei der wichtigsten dort tätigen Nichtregierungsorganisationen die Förderung entzogen: Die nationale „Family Planning Association of Kenya“ und der kenianische Ableger von „Marie Stopes International“ haben die Bedingungen nicht akzeptiert, die ihnen die MCP auferlegt. Fünf Familienplanungskliniken mussten daraufhin wegen Geldmangels geschlossen werden. Einige Regionen verloren damit jegliche medizinische Versorgung. Eine der geschlossenen Kliniken lag zudem in einem Gebiet, das eine der höchsten HIV-Infektionsraten weltweit aufweist. In anderen Kliniken musste Personal entlassen werden, oder Verhütungsmittel wurden teurer. Nach der Studie hat knapp ein Viertel der kenianischen Frauen, die Empfängnisverhütung wünschen, keine Möglichkeit, an moderne Verhütungsmittel zu kommen.

Fallbeispiel Äthiopien: Äthiopien ist eines der ärmsten Länder Afrikas. Entsprechend düster sieht die Situation im Bereich der reproduktiven Gesundheit aus. Etwa 47 Prozent der Bevölkerung haben keinerlei Zugang zu modernen Gesundheitseinrichtungen. Die Müttersterblichkeit liegt bei 850 Todesfällen pro 100.000 Geburten.²¹ Die USA sind Äthiopiens wichtigster Geber von Entwicklungshilfegeldern, und die reproduktive Gesundheit steht auf der Prioritätenliste von USAID weit oben: Im Jahr 2001 gab USAID zwölf Millionen Dollar für Familienplanungsprogramme in Äthiopien aus, die höchste Summe in ganz Afrika.

Weil die politische Lage in Äthiopien lange Zeit instabil war, spielen Nichtregierungsorganisationen als Empfänger von USAID-Geldern eine herausragende Rolle. Ein wichtige und langjährige Partnerorganisation von USAID ist die „Family Guidance Association of Ethiopia“ (FGAE), die seit 40 Jahren im Bereich Familienplanung tätig ist. FGAE hat sich entschieden, die Auflagen der MCP nicht zu akzeptieren und damit auf einen Schlag etwa zwölf Prozent ihres Budgets verloren. Weitere 25 Prozent brachen weg, weil die Zuschüsse der Dachorganisation „International Planned Parenthood Federation“ entfielen, die ihrerseits massiv von der MCP betroffen ist. Außerdem erhält FGAE keine Verhütungsmittel mehr von USAID.

Zu wenig Schutz

In den meisten Entwicklungsländern sind die Mittel für die Gesundheitsversorgung knapp. Zur Familienplanung und zur HIV-Prävention stellen deshalb zusätzlich Geberländer, multilaterale Geber wie die Weltbank und Nichtregierungs-Organisationen Kondome zur Verfügung. Nur für die Geberländer und die multilateralen Geber liegen zuverlässige Daten vor. Sie allein zeigen, dass die Versorgung gerade in den am stärksten von Aids betroffenen Ländern absolut unzureichend ist. Nach Angaben von UNAIDS wären im Mittel pro Mann und Jahr 144 Kondome vonnöten.

Die Kürzungen treffen so genannte „Programme auf Gemeindeebene“ besonders hart. Sie ergänzen die Arbeit der Familienplanungskliniken und bieten den Menschen in ländlichen Regionen oft die einzige Möglichkeit, sich Informationen und Verhütungsmittel zu verschaffen.

Obendrein beeinflusst die MCP auch die aktuelle politische Debatte in Äthiopien darüber, ob sich die Zahl der unsachgemäß durchgeführten Abtreibungen durch eine Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs senken ließe. Nichtregierungsorganisationen, die von USAID-Mitteln abhängig sind, können sich nicht dafür stark machen, selbst wenn sie dies für den einzig richtigen Schritt im Kampf gegen die Müttersterblichkeit halten.

Fallbeispiel Rumänien: Die ehemalige sozialistische Republik zählt zwar offiziell nicht zu den Entwicklungsländern, ist jedoch eine der rückständigsten Nationen Europas. Rumänien weist eine der höchsten Abtreibungsraten weltweit auf. Durchschnittlich 2,2 Mal bricht eine rumänische Frau während ihrer fortpflanzungsfähigen Jahre eine Schwangerschaft ab (1999). Das liegt auch daran, dass Verhütungsmittel immer noch nicht ausreichend verfügbar und viele Menschen nicht richtig aufgeklärt sind. Nur 30 Prozent der verheirateten Frauen zwischen 15 und 49 Jahren verwenden moderne Verhütungsmittel.²² Schwangerschaftsabbruch wird verbreitet als Methode der Familienplanung angesehen.

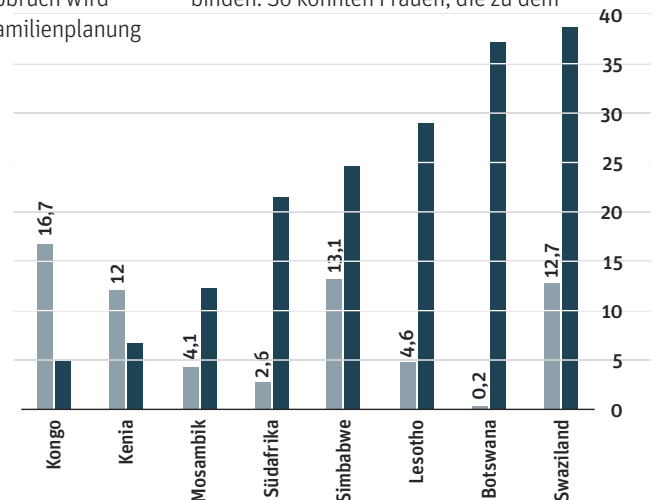
Ende der 1960er Jahre hatte der damalige Staatsratsvorsitzende Nicolae Ceausescu angesichts rückgängiger Geburtenziffern eine geburtenfördernde Politik verordnet: Abtreibungen wurden verboten, der Zugang zu Verhütungsmitteln extrem erschwert. Das Regime ließ Frauen sogar regelmäßig zwangsweise auf Schwangerschaften testen, um illegale Abtreibungen zu minimieren. Ohne nachhaltigen Erfolg. Nach einer kurzfristigen Verdoppelung der rumänischen Geburtenrate 1967 sank diese schnell wieder,²³ da illegale Abtreibungen zur Normalität wurden.

Das gegenwärtige Gesundheitssystem Rumäniens schafft keinen effektiven Anreiz, die extrem hohen Abtreibungsraten zu senken. Im Gegenteil macht es Schwangerschaftsabbrüche für Ärzte lukrativ. Obwohl der ambulante Eingriff nur kurz dauert, dürfen Krankenhäuser dafür einen ganzen Tag abrechnen. In dem extrem unterfinanzierten rumänischen Gesundheitssystem bedeutet das eine wichtige Einkommensquelle. Auch die betroffenen Frauen kommt ein Abbruch billiger zu stehen als Verhütungsmittel, da Abtreibungen vom Staat bezahlt werden, Verhütungsmittel dagegen nicht.

Um die Zahl der Abtreibungen zu senken, wäre es deshalb sinnvoll, Beratung zu Familienplanung und zum Abbruch zu verbinden. So könnten Frauen, die zu dem

Von Industrieländern und multilateralen Gebern zur Verfügung gestellte Kondome pro 15- bis 59-jährigem Mann und Jahr und HIV-Infektionsrate (1998 bis 2002). (Quelle: UNAIDS, Population Action International)

■ Kondome
■ HIV-Infektionsrate



Eingriff kommen, auch über moderne Verhütungsmittel aufgeklärt werden. Doch genau das wird durch die MCP für viele Organisationen unmöglich. Im Bereich der reproduktiven Gesundheit ist USAID der bedeutendste Geber. Die meisten Nichtregierungsorganisationen in Rumänien – darunter auch der wichtigste lokale USAID-Partner, die „Societatea de Educatie Contraceptiva si Sexuala“, die zu 70 Prozent von USAID finanziert wird – haben daher die Bedingungen der MCP akzeptiert. Sie können also keine Beratungen von Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch durchführen.

Fazit: Die „Mexico-City-Politik“ hat dramatische Auswirkungen auf die Situation in vielen armen Ländern – allerdings gerade nicht die von der amerikanischen Regierung gewünschten. Auch für die Jahre 1984 bis 1992, in denen die MCP erstmals in Kraft war, sieht die „Access-denied“-Studie keinen Hinweis darauf, dass sich die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche verringert hätte.

Die aktuelle MCP der Regierung Bush könnte nach einem Bericht der Wissenschaftszeitung „Scientific American“ jene Länder am härtesten treffen, in denen Schwangerschaftsabbrüche legal sind, etwa Indien, Sambia und Russland.²⁴ Auch in Russland galt Abtreibung lange als wichtigste Methode der Familienplanung. Die „International Planned Parenthood Federation“ (IPPF) hat dazu beigetragen, moderne Familienplanungsmethoden einzuführen. Mit zunehmendem Gebrauch solcher Methoden fielen denn auch die Abtreibungsraten. Dieser Fortschritt ist jetzt durch den Entzug der US-Mittel an IPPF gefährdet. Denn dadurch werden alle Verbindungen zwischen Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, und solchen, die Familienplanung anbieten, getrennt. Laut „Population Action International“ (PAI) habe die Erfahrung jedoch gezeigt, dass Frauen unmittelbar nach der unangenehmen Erfahrung eines Schwangerschaftsabbruchs am besten motiviert seien, Verhütungsmittel zu akzeptieren.²⁵

6.3 „Abstinence only“ verhindert eine umfassende Aids-Prävention

Nicht nur die MCP, sondern auch die Betonung der Enthaltsamkeitserziehung in der amerikanischen Entwicklungspolitik wirkt sich auf die Entwicklungsländer aus. Denn die Enthaltsamkeitserziehung bindet Mittel, die ansonsten für moderne Familienplanung und umfassende Aids-Prävention eingesetzt würden. Wie in Kapitel 4.2 gezeigt, ist die Effektivität von Enthaltsamkeitsprogrammen selbst in den USA bisher nicht erwiesen. Vielmehr deutet einiges darauf hin, dass sie das Gegenteil dessen bewirken, worauf sie abzielen. Für Entwicklungsländer eignen sie sich auf Grund unterschiedlicher gesellschaftlicher und kultureller Bedingungen womöglich noch schlechter. Dennoch hat der US-Kongress beschlossen, dass ein Drittel der Gelder für Aids-Prävention im Rahmen des amerikanischen Notplans für globale Aids-Hilfe ausschließlich für Enthaltsamkeitserziehung ausgegeben werden darf (siehe Kapitel 5.4).

Wie dringend umfassende Aufklärung nötig ist, zeigen Untersuchungen von UNAIDS. In zahlreichen Befragungen stellte sich heraus, dass die Menschen in Entwicklungsländern zwar meist wussten, dass es Aids gibt, und auch, dass es sich um eine gefährliche Krankheit handelt. Viele waren sich aber über die genaue Übertragungsweise und über Schutzmöglichkeiten im Unklaren. In Indien hatten beispielsweise 30 Prozent der Frauen noch nie von Aids gehört. In den ländlichen indischen Bundesstaaten Uttar Pradesh, Gujarat und Bihar wussten jeweils weniger als 25 Prozent der Frauen, dass das HI-Virus sexuell übertragbar ist. Ein wichtiger Grund für diese Uninformiertheit ist, dass kulturelle Barrieren in Indien eine offene Diskussion über Sexualität behindern.²⁶ Der UN-Bevölkerungsfonds weiß von über 200 Mythen und irrigen Vorstellungen zu berichten, die der Verwendung von Kondomen im Wege stehen. Diese reichen von dem Glauben, man könne einem Menschen ansehen, wenn er mit HIV infiziert sei, bis zu der Vorstellung, Kondome seien für das Virus durchlässig.²⁷

All dies weist auf einen enormen Aufklärungsbedarf hin. Daher drängt die Organisation UNAIDS in ihrem jüngsten Jahresbericht auf einen weiteren Ausbau umfassender Präventionsbemühungen. UNAIDS begrüßt zwar die verstärkten Anstrengungen bei der Behandlung von Aids-Kranken, betont jedoch, dass die Prävention darüber nicht vernachlässigt werden dürfe. Nach Schätzungen der Organisation könnten umfassende Vorbeugungsmaßnahmen 29 Millionen der bis zum Jahre 2010 vorausgesagten 45 Millionen Neuinfektionen mit HIV verhindern – also fast zwei Drittel.²⁸

Dabei bietet gerade die Verfügbarkeit von Behandlungsmethoden neue Chancen für eine erfolgreiche Prävention: Sie schafft einen zusätzlichen Anreiz, sich auf eine mögliche Infektion testen zu lassen. Werden HIV-Positive früh erkannt und rechtzeitig mit Kondomen versorgt, lässt sich zumindest ein Teil der Neuansteckungen vermeiden. Daher enthalten viele Therapie-Programme, beispielsweise die der Weltgesundheitsorganisation WHO, auch einen Budgetposten für die Verteilung von Kondomen. Diesen Synergieeffekt verspielt, wer auf die unrealistische Vorstellung von hundertprozentiger Enthaltsamkeit und Treue setzt.

Der Slogan „Enthaltsamkeit bis zur Heirat“ erweckt außerdem den Eindruck, die Ehe biete Sicherheit vor einer HIV-Ansteckung. Ein Trugschluss, wie die Erfahrung zeigt: So hat eine Studie in Thailand ergeben, dass etwa drei Viertel der HIV-positiven Frauen durch ihre Ehemänner infiziert wurden. Auch verheiratete Frauen müssen daher die Möglichkeit haben, die Verwendung von Kondomen durchzusetzen.²⁹ Thailand gilt als Musterbeispiel für eine gelungene, weil den lokalen Bedürfnissen angepasste Aids-Präventionsstrategie. Der Politiker Mechai Viravaidya hatte in den 1990er Jahren zunächst im Alleingang, später unterstützt

von der thailändischen Regierung, eine Kampagne zur Popularisierung von Kondomen betrieben. Der Schwerpunkt lag dabei auf dem Sexgewerbe, denn in Thailand wie auch in großen Teilen Asiens wurde und wird HIV vorwiegend durch Prostitution verbreitet. Thailand konnte mit der „100-Prozent-Kondom“-Strategie seine jährliche HIV-Infektionsrate von 143.000 auf unter 20.000 senken.^{30,31} Kambodscha und die Dominikanische Republik haben diese Strategie inzwischen übernommen, weil dort die HIV-Verbreitung ähnlich verläuft.³² Das Beispiel Thailand wird jedoch von den Enthaltensamkeits-Befürwortern im allgemeinen nicht zitiert. Statt dessen verweisen sie auf den Erfolg in Uganda, wo die Werbung für Enthaltensamkeit und Treue in der Tat eine wichtige Rolle bei der Eindämmung von HIV gespielt hat, allerdings als Teil einer integrierten Strategie, die immer auch die Aufklärung über Kondome einschließt (siehe Kapitel 5.5).

Ein Weiteres kommt hinzu: Jugendlichen beizubringen, „Sag’ einfach nein“ sei die einzige sichere Möglichkeit, sich vor Schwangerschaft und Aids zu schützen, bedeutet, die ungleichen Geschlechterverhältnisse in vielen Entwicklungsländern zu verkennen. Für Frauen dort, ob verheiratet oder ledig, ist „Just say no“ oft keine realistische Option.

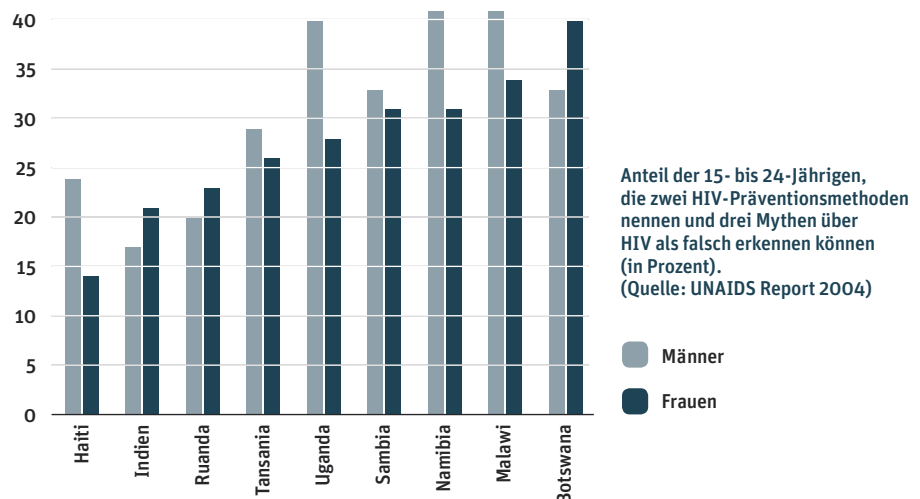
Wissen schützt

Vielerorts ist der Kenntnisstand über die Ausbreitung von HIV schlecht. UNAIDS und andere Organisationen haben Umfragen durchgeführt, bei denen die Menschen zwei Methoden der HIV-Prävention ankreuzen sollten (etwa die Benutzung von Kondomen und die Beschränkung auf einen Sexualpartner). Zusätzlich sollten sie drei Mythen über HIV erkennen: Dass gesundes Aussehen auf HIV-Freiheit hinweist sowie jeweils zwei lokal verbreitete Unwahrheiten – etwa dass Aids durch Moskitostiche übertragen oder durch Sexualverkehr mit einer Jungfrau geheilt wird.

Frauen werden zum Teil sehr früh verheiratet, häufig gegen ihren Willen. Es ist daher unerlässlich, dass Familienplanungsprogramme auch auf die Stärkung der Frauenrolle abzielen.

Aber auch die Situation junger Männer sollte berücksichtigt werden. Sozialwissenschaftliche Untersuchungen im Rahmen eines Forschungsprogramms von Vereinten Nationen, Weltgesundheitsorganisation und Weltbank in Kenia haben gezeigt, dass männliche Heranwachsende in traditionell patriarchalischen Gesellschaften sexuelle Aktivität als Teil ihrer Initiation begreifen. Ein Mädchen zu schwängern, gilt innerhalb ihrer Altersgruppe als Männlichkeitsbeweis; sogar, sich dabei mit einer Geschlechtskrankheit zu infizieren – mit Ausnahme von Aids. Sie geraten dabei oft in Konflikt zwischen dem Druck gleichaltriger Geschlechtsgenossen, sexuell aktiv zu werden, und der Erwartung der Erwachsenenwelt, enthaltensam zu bleiben. Deshalb muss einerseits ihre Kommunikationsfähigkeit gestärkt werden, damit sie offen über Sexualität sprechen können und Vorurteile, etwa Kondomen gegenüber, abbauen. Andererseits müssen Erwachsene als Gesprächspartner zur Verfügung stehen.³³ Auch hier ist Enthaltensamkeit lediglich eine theoretische Lösung, die an der Realität weit vorbei zielt.

Wenn Investitionen in Enthaltensamkeitserziehung schon heute finanzielle Mittel von dringend notwendigen Programmen zur Aufklärung und Verbreitung von Verhütungsmitteln abziehen, so dürfte sich dieses Problem künftig noch verschärfen. Denn der Bedarf an Verhütungsmitteln steigt bis 2015 deutlich an, weil die Zahl der Menschen im reproduktiven Alter in diesem Zeitraum überproportional wächst, und zwar fast ausschließlich in den wenig entwickelten Teilen der Welt. Nach Schätzungen von PAI wird beispielsweise der Bedarf an Kondomen zur Bekämpfung von HIV-Infektionen in den Entwicklungsländern und Osteuropa von acht Milliarden im Jahr 2000 auf 18,6 Milliarden im Jahr 2015 zunehmen.³⁴ Die internationalen Gelder für Verhütungsmittel wurden jedoch nach Angaben des UN-Bevölkerungsfonds im Jahr 2002 um zwölf Prozent reduziert. Damit ließen sich 2002 nur noch 20 Prozent des Bedarfs aus Mitteln der internationalen Entwicklungshilfe decken, während es im Jahr zuvor noch 25 Prozent gewesen waren.³⁵



6.4 Opposition gegen Kairo in den Entwicklungsländern

Doch nicht nur die amerikanische Regierung distanziert sich von den Kairoer Beschlüssen. Widerstand kommt auch aus manchen Entwicklungsländern selbst. Ähnlich wie in den USA geht es dabei um die Frage, was Jugendliche über Sexualität wissen dürfen. Auch hier stehen häufig religiöse Gruppen im Mittelpunkt, die sich gegen umfassende Aufklärung wenden. Sie werden dadurch gestärkt, dass die USA ihren Standpunkt auf zahlreichen internationalen Konferenzen vehement vertreten haben.

Fallbeispiel Sambia: Der sambische Erziehungsminister Andrew Mulenga untersagte jüngst die Verteilung von Kondomen an Schulen. Dies ermuntere die Jugendlichen zu unmoralischem Verhalten wie vorehelichem Geschlechtsverkehr, begründete der Minister seinen Schritt. Er steht damit im Widerspruch zu einer Kampagne des sambischen Gesundheitsministeriums, das mit nichtstaatlichen Organisationen zusammenarbeitet, um unter den Jugendlichen des Landes das Bewusstsein für die Aids-Epidemie zu schärfen; im Rahmen dieser Kampagne wurden an manchen Schulen auch Kondome abgegeben.³⁶ Diese Bemühungen werden mittlerweile allerdings behindert. So dürfen Nichtregierungsorganisationen nicht mehr an Schulen über Kondome informieren.³⁷ Wie es scheint, widerspiegelt Mulengas Direktive die neue Linie der Regierung. Auch die katholische Kirche in Sambia hat sich wiederholt gegen die Verwendung von Kondomen ausgesprochen. Sambia gehört im südlichen Afrika zu den am stärksten von HIV betroffenen Ländern (siehe Karte Seite 18).³⁸

Fallbeispiel Philippinen: In der katholisch geprägten südostasiatischen Inselrepublik hat sich die HIV-Präventionsstrategie verändert, wie ein neuer Bericht der Menschenrechtsorganisation „Human Rights Watch“ feststellt. Danach betrieb die Regierung in der Vergangenheit ein vorbildliches Aids-Programm, das auf umfassende Aufklärung und den Gebrauch von Kondomen setzte – zum Missfallen der katholischen Kirche. Die gegenwärtige Präsidentin Gloria Macapagal-Arroyo, seit 2001 im Amt, hat den Kurs allerdings neu bestimmt: Ihre Regierung hat verboten, staatliche Gelder für die Verbreitung von Kondomen einzusetzen. Der Bürgermeister von Manila hat darüber hinaus den staatlichen Gesundheitseinrichtungen untersagt, „künstliche“ Verhütungsmittel zu verteilen. Zwar kann man fast überall auf den Philippinen Kondome kaufen, aber viele Menschen können sich diese ohne staatliche Subvention nicht mehr leisten. Zudem wirbt die Regierung nicht mehr offensiv für die Verwendung von Kondomen, und an den Schulen des Landes wird Aufklärungsunterricht zunehmend behindert.

Dies geht offensichtlich auf den Einfluss der katholischen Kirche zurück. So trug der massive Druck der Bischofskonferenz 2003 entscheidend dazu bei, ein Gesetz zur staatlichen Finanzierung von Kondomen zu verhindern. Inzwischen unterstützt der Staat Kampagnen gegen Kondome. Er hat beispielsweise die Organisation „Couples for Christ“ mit umgerechnet 888.000 US-Dollar unterstützt, damit sie in Seminaren „natürliche“ Familienplanung – sprich Enthaltsamkeit – als bestes Verhütungsmittel preist. Laut „Human Rights Watch“ wird in manchen staatlichen Krankenhäusern außerdem verbreitet, Kondome schützten nicht vor HIV-Infektion, weil sie löchrig seien. Selbst bei Prostituierten wird die Benutzung von Kondomen indirekt verhindert, und zwar durch die Polizei. Prostitution ist auf den Philippinen illegal und der Besitz von Kondomen gilt als Beweis zur Überführung von Prostituierten.

Die amerikanische Regierung hat jahrelang über USAID Kondome und andere Verhütungsmittel an die Philippinen abgegeben. USAID hat diese Lieferungen im Jahr 2002 eingestellt. Ob diese Entscheidung in Zusammenhang mit der „Abstinence-only“-Politik der USA steht, lässt sich nicht sagen. Maria Elena F. Borromeo, die Landeskoordinatorin von UNAIDS auf den Philippinen, hält es für möglich, dass sich Enthaltsamkeitsprogramme verbreitet durchsetzen: „Die (katholische) Kirche tritt dafür ein, also wird die Regierung dem folgen“, sagte sie der Menschenrechtsorganisation „Human Rights Watch“, und ebenso groß sei der Einfluss der USA.³⁹