



Weniger Kinder statt bessere Versorgung? EZ-Projekte zunehmend bevölkerungspolitisch ausgerichtet

Bevölkerungspolitik ist zurück auf der Agenda. Nicht nur als verstecktes Beiwerk unter dem Obertitel „sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte“, sondern als eigenständiges Handlungsfeld der Entwicklungszusammenarbeit (EZ). Sie soll als ursächlicher Faktor für fast alle Problemlagen herhalten, als Erklärung für ökonomische Krisen wie als Bedingung für wirtschaftliche „Chancen“. Ein Beitrag von Susanne Schultz und Daniel Bendix.

„Bevölkerungsdynamik“ ist zum neuen „Querschnittsthema“ avanciert und das BMZ sieht sich hier als „europäischen Vorreiter“.1 Ganz explizit geht es nicht mehr nur um die Größe nationaler Bevölkerungen, sondern um deren Zusammensetzung. Der Fokus liegt auf Altersproportionen mit einer offenen Ökonomisierung von Bevölkerungsfragen.

Gute Kinder – schlechte Kinder

Unterschieden wird in den aktuellen Bevölkerungsprogrammen zwischen unterschiedlichen Kategorien von Ländern: Erstens gibt es die Länder, insbesondere in Afrika, bei denen die Geburtenrate immer noch als zu hoch definiert wird, weil sie der Norm einer „replacement fertility“ von 2,1 Kindern pro Frau entgegenstehe. Weiterhin gibt es die Übergangsländer. Sie verzeichnen einen Rückgang der Fertilitätsraten, lassen aber aufgrund großer Jugendgenerationen immer noch hohe Bevölkerungszuwächse erwarten, wobei ihre alten Bevölkerungen noch nicht als Problem gelten. Man spricht von einem „demographischen Bonus“, weil der Anteil der Erwerbsfähigen hoch ist und deswegen ein „günstiges Abhängigkeitsverhältnis“ bestehe.2 Schließlich gibt es die „alternden“ Gesellschaften, wo die Zahl der Menschen im Rentenalter steigt, die der Erwerbsfähigen sinkt.

Prinzipiell gilt somit ein universaler Maßstab: Die nationale Altersproportion entscheidet darüber, ob eine antinatalistische oder pronatalistische Regierungspolitik angesagt ist, d.h. an welchen Schrauben Regierungsstrate-

gien drehen sollen, um mehr oder weniger Geburten zu bewirken. Je nach demografischen Zielen werden Konzepte von Rechten, Wünschen und Selbstbestimmung von Frauen (denn selbstverständlich propagieren die Programme nicht staatliche Repression sondern weiterhin die Freiheit des Individuums), die Regierungen wahrnehmen, fördern und stärken sollen, völlig unterschiedlich gefasst. Und es werden unterschiedliche reproduktive Technologien in den Fokus gerückt und bereitgestellt, um die „Einstellungs- und Verhaltensänderungen“ zu erreichen. Ob Frauen vor „ungewollter Kinderlosigkeit“ oder vor „ungewollten Schwangerschaften“ bzw. einem „ungedeckten Bedarf“ an Verhütungsmitteln geschützt werden sollen, ob reproduktive Rechte als Zugang zu Reproduktionsmedizin oder zu Verhütungsmitteln diskutiert werden, erscheint somit nicht als eine Frage von Rassismus, sondern als „bevölkerungsdynamische“ Feinabstimmung. Staatliche demografische Ziele einerseits und individuelle Selbstbestimmungsrechte andererseits werden dabei nicht als Gegensatz oder zumindest als spannungsreich, sondern als eine win-win-Situation präsentiert.

Verhütung um jeden Preis

Der Fokus auf Bevölkerungsdynamik hat Auswirkungen auf die programmatischen Schwerpunkte des BMZ. Neben klassischen Schwerpunkten sollen nun auch Investitionen in den Aufbau von Melderegistern, Bevölkerungsstatistik und Datenerfassung an Bedeutung gewinnen.3 Außerdem ist ein starker Trend in Richtung Familien-

Zu den AutorInnen

Dr. Susanne Schultz ist Mitarbeiterin des Gen-ethischen Netzwerks in Berlin und Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Soziologie der Goethe-Universität Frankfurt.

Dr. Daniel Bendix ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Fachgebiet Entwicklungspolitik und Postkoloniale Studien der Universität Kassel. Außerdem gehört er zum Team des Vereins glocal e.V. in Berlin.

planung deutlich sichtbar.4 Die deutsche EZ gab mit 169 Mio. € 2012 für Bevölkerungsprogramme weit mehr Geld aus als mit 147 Mio. € für Basisgesundheitsversorgung, wobei die Hälfte der Investitionen mit 83 Mio. € in afrikanische Länder ging.5 Die Entwicklungshilfe-Statistiken der OECD verzeichnen 2013 für Deutschland mit (vorläufigen) 14,2 Mio. € für Familienplanung gegenüber 2011 (7,8 Mio. €) eine deutliche Zunahme von exklusiv auf Verhütungsprogramme abzielenden Maßnahmen. Was die direkten Käufe von Verhütungsmitteln angeht, schwanken die deutschen Ausgaben, erreichten aber 2013 einen neuen Höchststand von 29 Mio. US\$.4

Wichtiger ist das Vorpreschen von UNFPA (von Deutschland mit jährlich über 20 Mio. US\$ finanziert) und USAID, die ihre Ausgaben für Verhütungsmittel zwischen 2006 und 2012 jeweils fast verdoppelt haben – die UNFPA von 74 auf 128 Mio. und USAID von 63 auf 105 Mio. US\$.4 Laut UNFPA spiegele sich dieser Trend auch in den Programmen der Empfängerländer wider: „Familienplanung ist zunehmend wieder eine Priorität auf der höchsten Ebene nationaler Politik, nationaler Pläne und Programme



geworden. Immer mehr Regierungen von Entwicklungsländern investieren ihre eigenen Ressourcen in Verhütungsmittel.⁶ Trotz aller Bekenntnisse zu integrierten gesundheitspolitischen Ansätzen scheint sich dabei die Schiefelage zwischen Basisgesundheitsversorgung und den spezifischen Diensten der Familienplanung zu verstärken.

Erklärtes Ziel ist eine hohe „Contraceptive Prevalance Rate“, also eine möglichst hohe Rate von Nutzerinnen moderner Verhütungsmethoden. Die CPR erscheint als selbsterklärende Messlatte für bevölkerungspolitische Erfolge. Dass es dabei nicht um die Anerkennung von Rechten geht, sondern um die Durchsetzung von Verhaltensänderungen, wurde erst jüngst in einer Studie der Stiftung Wissenschaft und Politik (SWP) deutlich. Die AutorInnen stellten fest, dass nicht ein ungedeckter Bedarf an Verhütungsmitteln, sondern ein zu hoher Kinderwunsch quer durch alle sozialen

Schichten in vielen afrikanischen Ländern das Problem sei.⁷

Lobby-Einfluss

Das Spektakel rund um das Erreichen der „Sieben-Milliarden-Marke“ im Jahr 2011 hatte erheblichen Anteil daran, dass der Schwerpunkt Bevölkerungsdynamik dermaßen in den Vordergrund geriet. BMZ und GIZ organisierten eine Kampagne anlässlich des von UNFPA ausgerufenen Tages – und zwar gemeinsam mit der Deutschen Stiftung Weltbevölkerung (DSW). Die DSW wurde ebenso wie das eher als Think Tank fungierende Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung von Industriellen gegründet und wird von der Industrie (u.a. Bayer HealthCare) finanziert.⁸ Einem/r BMZ-VertreterIn zufolge haben beide Organisationen wesentlichen Anteil daran, wie das Paradigma der demografischen Dividende in die BMZ-Programmatik aufgenommen wurde und welche Studien und Daten rezipiert werden. GIZ und BMZ geben die DSW fast immer ausschließlich oder an erster Stelle an, wenn es um die Förderung oder Kooperation mit der Zivilgesellschaft geht.⁹ Die DSW ist sogar auf der höchsten Ebene internationaler Politik

eingebunden. Ihre Vorsitzende Renate Bähr vertritt Deutschland in der „High Level Task Force“ der Vereinten Nationen für den Revisionsprozess 20 Jahre nach der UN-Weltbevölkerungskonferenz von Kairo.

Türöffner für neue Märkte

Der Markt für hormonelle Verhütungsmittel belief sich 2009 auf 11,2 Mrd. US\$, und soll bis 2016 auf 14,5 Mrd. US\$ steigen.¹⁰ Das entspricht einer jährlichen Wachstumsrate von ca. vier Prozent.¹¹ Marktführer sind Bayer (Jahresumsatz 3 Mrd. US\$), Teva (1,2 Mrd. US\$) und Merck & Co (1 Mrd. US\$).¹² Auch der Markt in so genannten „Entwicklungsländern“ ist in den letzten Jahren erheblich gewachsen, was Aufmerksamkeit und Investitionen angeht. 2014 konstatierte die Reproductive Health Supplies Coalition, die sich für die Bereitstellung von Verhütungsmitteln engagiert, dass in den vorhergehenden fünf Jahren die EZ-Mittel für Kontrazeptiva um 50 Prozent auf 275 Mio. US\$ gestiegen waren.¹³ Dies wurde vor allem durch erhöhte Investitionen in Implantate erreicht (68 Prozent des Finanzierungsanstiegs!). In Bezug auf das „Hilfsgeschäft“ mit Verhütungsmitteln sind UNFPA und USAID die größten Käufer. Sie decken ca. drei Viertel des Marktes ab.⁶

Zwei deutsche Firmen – Bayer und Helm Medical – gehören zu den großen Lieferanten von UNFPA.¹⁴ Wenn Bayer Oy (Sitz in Finnland, produziert Jadelle), Bayer HealthCare (Sitz in Berlin, vermarktet Jadelle) und Bayer S A (Ecuador) zusammengefasst werden, war Bayer 2012 und 2013 bei weitem das Unternehmen mit dem monetär größten Liefervolumen.^{15,16} 2013 konnte Bayer den UNFPA-Marktanteil nochmal deutlich steigern und liegt nun bei ca. 59 Mio. US\$ oder 16% der gesamten UNFPA-Einkäufe.¹⁴ Vor allem der entwicklungspolitische Markt für Implantate ist in den letzten Jahren geradezu explodiert: Wurden im sogenannten Hilfsgeschäft der



Der Pharma-Brief ist Mitglied der Internationalen Gesellschaft der unabhängigen Arzneimittelzeitschriften.



acht größten „Geber“ 2006 lediglich knapp über 7 Mio. US\$ für Implantate ausgegeben, waren es 2012 mehr als zehnmal so viel.⁴ Zum Vergleich: Die Gesamtausgaben der EZ für Familienplanung sind in diesem Zeitraum um etwas mehr als 50 Prozent gestiegen.⁴

BMZ setzt auf Bayer

Lange bevor Bayer, USAID und andere das Jadelle® Access Program etablierten und eine Abnahmegarantie zum vergünstigten Preis aushandelten,¹⁷ um 27 Millionen Frauen in den ärmsten Ländern der Welt damit zu beglücken, setzte das BMZ bereits einseitig auf das Bayer-Implantat: In Äthiopien finanzierte die KfW zwischen 2003 und 2007 den Ankauf von 45.000 Jadelle®-Implantaten für das Gesundheitsministerium.¹⁸ In Kenia finanzierte die KfW die „testweise“ Verbreitung von „Familienplanungs“-Gutscheinen, die ausschließlich gegen ein Jadelle®-Implantat, Spirale oder Sterilisationen eingelöst werden konnten (ausgegeben wurden über 25.000 Gutscheine).¹⁹ Auch in einem Handbuch für Jugendaufklärung in Simbabwe nennt die GIZ nur Jadelle® als Beispiel für Implantate.²⁰

Neben Implantaten und oralen Kontrazeptiva ist Bayer im „Hilfsgeschäft“ noch mit Einmonatsspritzen (Norigynon®), der „Minipille“ (Microlut®) und der in vielen Ländern weit verbreiteten Dreimonatsspritze (Noristerat®) vertreten. Bei Verhütungsspritzen ist allerdings Depo-Provera® von Pfizer deutlich führend. Obwohl Bayer nur ca. ein Zehntel der Menge von Pfizer absetzt, hat die Firma 2013 9,2 Mio. Injektionen an Familienplanungsprogramme im Globalen Süden vertrieben.²¹

Einen geben – zwei nehmen

Die zunehmende Fokussierung auf technologische Lösungen zur Verringerung des Bevölkerungswachstums ist zwar keine konzertierte Aktion von EZ und Pharmabusiness. Wohl aber bereitet sie für Pharmaunterneh-

men ein extrem günstiges Klima und lässt die Geldquellen sprudeln, mit denen sie Kontrazeptivmärkte dort ausweiten können, wo sie bisher als unrentabel galten. Denn die Budgets der Bevölkerungsprogramme fließen sowohl in langfristige Abkaufgarantien als auch in die Subventionierung des Marketings oder in Schulungen. Ausgebaut und verfeinert werden diese Kooperationen im Rahmen verschiedener Modelle öffentlich-privater Partnerschaften, die auf einer zunehmend engeren Kooperation zwischen Privatsponsoren bzw. „philanthropischen“ Stiftungen, NRO, Firmen und staatlichen EZ-Institutionen beruhen – frei nach dem Motto des Ex-BMZ-Ministers Dirk Niebel (2013): „Mit jedem Euro Entwicklungszusammenarbeit fließen langfristig zwei Euro zurück zu uns.“²²

Besonders besorgniserregend erscheint das derzeitige Stillschweigen – ganz im Unterschied zu den 1980er und 1990er Jahren, als sich international vernetzte Frauengesundheits- und Menschenrechtsbewegungen mit der Beobachtung antinatalistischer Programme befassten und auch die Verhütungsmittelforschung und -verbreitung in den Blick nahmen. Heute gibt es keinen internationalen Austausch über den Boom der Implantate. Wie die Implantatmärkte konkret erobert werden und was die Nutzerinnen dabei erleben, dazu gibt es keine Öffentlichkeit. Ebenso fehlt eine Diskussion und kritische Forschung dazu, welche Ungleichgewichte sich in der EZ zwischen Investitionen in Familienplanung und Basisgesundheitsversorgung entwickeln und wie sich die Etats zu reproduktiver Gesundheit ausgestalten.

Angst vor den Risiken

Wenn in den operationellen Expertisen der internationalen EZ doch die Skepsis oder der Widerstand derjenigen aufscheint, die die Nutzerinnen oder Käuferinnen der neuen Pharmaprodukte sein sollen, dann ist oft von

den „demand side barriers“ die Rede, d.h. von den Gründen für eine als zu gering erachtete Nachfrage. Besonders aufschlussreich ist das Ergebnis einer Studie des Guttmacher Institute zur Frage, warum verheiratete Frauen mit einem „ungedeckten Bedarf“ an Verhütungsmitteln denn keine Verhütungsmittel nutzten. Die Antwort liest sich simpel: „Bedenken über Nebenwirkungen und gesundheitliche Auswirkungen der Methoden waren mit Abstand der meist genannte Grund.“²³

- 1 BMZ (2013) Bevölkerungsdynamik in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. BMZ-Strategiepapier 10, S. 3
- 2 BMZ (2013) S. 12
- 3 BMZ (2013) S. 10
- 4 UNFPA (United Nations Population Fund) (2013) Contraceptives and Condoms for Family Planning and STI/HIV Prevention. External Procurement Support Report, p 41
- 5 <http://stats.oecd.org/qwids>, Abruf 14.05.2015. Die explizit „Familienplanung“ zugeordneten Gelder machen zwar im Vergleich zu „reproduktiver Gesundheit“ und HIV/AIDS-Programmen immer noch den kleineren Teil aus. Hier muss allerdings berücksichtigt werden, dass Familienplanungsprogramme als wichtiger Teil von Programmen der reproduktiven Gesundheit statistisch darin „verschwinden“ Schultz S (2006) Hegemonie, Gouvernamentalität, Biomacht. Reproduktive Risiken und die Transformation internationaler Bevölkerungspolitik. Münster. S. 232 ff
- 6 UNFPA (2013) Global Programme to enhance reproductive health commodity security. Annual Report 2013
- 7 Angenendt S, Popp S (2014) Bevölkerungswachstum, Fertilität und Kinderwunsch. Herausforderungen für die Entwicklungszusammenarbeit am Beispiel Subsahara-Afrikas, S. 27
- 8 vgl. zur Finanzierung: Jahresberichte der Deutschen Stiftung Weltbevölkerung
- 9 BMZ (2008) Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte, Bevölkerungsdynamik. BMZ-Spezial 148, S. 7 www.bmz.de/de/mediathek/publikationen/reihen/strategiepapiere/spezial148pdf.pdf [Zugriff 16.03.2015]
- 10 Zizhu Pharmaceutical (2011) Contraceptive Market To 2016. www.zizhu-pharm.com/shownews.asp?news_id=8
- 11 Global Industry Analysts prognostizierte 2010, dass der globale Kontrazeptivmarkt 2015 17,2 Mrd. US\$ erreichen würde. PRWeb (2010) Global Contraceptives Market Is Projected to Reach US\$17.2 Billion by 2015 www.prweb.com/releases/contraceptives_oral_condoms/prweb4688884.htm [Zugriff am 16.03.2015]
- 12 Spectra Intelligence (2011) Global Market for Hormonal Contraceptives and Infertility Drugs, 2011-2018 – Future Therapies for Birth Control and Reproductive Health. www.researchandmarkets.com/research/3f86f3/global_market_for [Zugriff 16.03.2015]
- 13 Dalberg Global Development Advisors, Reproductive Health Supplies Coalition (2014) Market Shaping for Family Planning. An Analysis of Current Activities and Future Opportunities to Improve the Effectiveness of Family Planning Markets. p 6
- 14 Für 2013 taucht Helm nicht mehr in der Liste der 50 größten UNFPA-Lieferanten auf.
- 15 UNFPA (2012) Procurement Statistics. www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/2012_Procurement%20statistics_0.pdf [Zugriff 16.03.2015]
- 16 UNFPA (2013) Procurement Statistics. www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA%20Procurement%20Statistics%202013.pdf [Zugriff 16.03.2015]



- 17 Pharma-Brief (2013) Verhütungsimplantate für die Frau von Welt? Nr. 7, S. 3
- 18 KfW (2012) Ex Post-Evaluierung: Kurzbericht Äthiopien: Familienplanung und HIV-Prävention I und II. www.kfw-entwicklungsbank.de/PDF/Evaluierung/Ergebnisse-und-Publikationen/PDF-Dokumente-A-D/%C3%84thiopien_FP_HIV_2012_D_NEU.pdf [Zugriff 16.03.2015]
- 19 Ndungu, N (2011) Gezahlt wird später. Entwicklung und Zusammenarbeit, S. 210
- 20 GIZ (2012) Join in Circuit Facilitator Manual Zimbabwe. Harare: GIZ Office Harare für das BMZ. http://health.bmz.de/good-practices/GHPC/Join-In-Circuit/Toolbox_JIC/JIC-Facilitator-Manual-ZIM-2013.pdf [Zugriff 16.03.2015]
- 21 Bayer (2014) Annual Report 2013 - Augmented Version. p 63. www.annualreport2013.bayer.com [Zugriff 16.03.2015]
- 22 Niebel, D (2013) „Ich hole Entwicklungspolitik aus der Schlabberpulli-Ecke“. Interview in Bild am 4. März www.bild.de/politik/inland/dirk-niebel/bild-interview-mit-entwicklungsminister-29354560.bild.html [Zugriff 16.03.2015]
- 23 Sedgh, G et al. (2007) Women with an Unmet Need for Contraception in Developing Countries and Their Reasons for Not Using a Method. Occasional Report No. 37. New York: Guttmacher Institute. p 55