

# Bevölkerungspolitik und Familienplanung in Indien

Christian Wagner

## Einleitung

Das hohe Bevölkerungswachstum in den meisten Entwicklungsländern wird immer noch als eines der größten Hindernisse im Kampf gegen Armut und Unterentwicklung gesehen. Trotz seiner Bedeutung nimmt es, im Gegensatz zu anderen Problemen, nur einen verhältnismäßig geringen Stellenwert in der internationalen Diskussion ein. Noch weniger ist hierzulande über die Situation in den einzelnen Ländern bekannt.

Der folgende Artikel will deshalb versuchen, am Beispiel Indiens die Bemühungen aufzuzeigen, die von staatlicher Seite aus in Gang gesetzt wurden, um das Problem zu bewältigen. Im Vordergrund soll die Frage stehen, welche Erfolge diese Maßnahmen bislang bei der Verringerung des Bevölkerungswachstums erbracht haben.

## Eine demographische Rundschau durch Indien

Die Erde wird gegenwärtig von ca. 5 Mrd. Menschen bewohnt. Diese verteilen sich zu 25% auf die Industrieländer und zu 75% auf die Entwicklungsländer. Auch das Bevölkerungswachstum ist ungleich zwischen diesen beiden Polen verteilt. Die Industrienationen wachsen im jährlichen Durchschnitt um ca. 0,6%, die Staaten der übrigen Welt dagegen um 2,1%. Splittert man dieses Wachstum nach Kontinenten auf, so ergibt sich für Asien eine Zuwachsrate von 1,9%, für Lateinamerika von 2,3% und für Afrika von 3,0%. Absolut gesehen bedeutet dies, daß es jedes Jahr 80–85 Mio. Menschen mehr auf der Erde gibt, natürlich entsprechend ungleich verteilt. (1)

Indien, das siebtgrößte Land der Erde, nimmt bei der Bevölkerungszahl den zweiten Rang hinter China ein. Nach dem Zensus von 1981 hatte Indien 685 Mio. Einwohner mit einer jährlichen Zuwachsrate von 2,5%. (2) Hochgerechnet auf 1986 ergibt dies eine Bevölkerungszahl von rund 770 Mio. Die Zuwachsrate bestimmt sich aus dem Verhältnis von Geburten- und Sterberate (vgl. Tab. 1). Die Zahlen zeigen, daß vor allem der starke Rückgang der Sterberate für den hohen Bevölkerungszuwachs verantwortlich ist, und nicht etwa eine steigende Geburtenzahl.

**Tab. 1:** Entwicklung von Geburten- und Sterberate in Indien (1961-1981) pro 1.000 Einwohner

Jahr	Geburtenrate	Sterberate
1951-1961	41,7	22,8
1961-1971	41,2	19,0
1971-1981	37,2	15,0(3)

Diese ist seit 1921 zwar ebenfalls kontinuierlich gesunken, jedoch stets langsamer als die Sterberate. Ihr schneller Rückgang ist auf eine verbesserte medizinische Versorgung, besonders im Kampf gegen die großen Seuchen, wie Malaria, Cholera und Lepra, zurückzuführen. Dadurch erhöhte sich die Lebenserwartung von 41,3 Jahren im Jahr 1961 auf 50,5 Jahre (1981). (4) Die Besiedlungsdichte stieg 1981 auf einen Wert von 216 Einwohner pro qkm. (5) Die Verstädterungsrate erhöhte sich bis 1981 auf 23,3%. (6) Dies bedeutet aber auch, daß immer noch über 37% der indischen Bevölkerung in ländlichen Gebieten wohnen. Über einen längeren Zeitraum betrachtet, stellt sich die Zuwachsrate der indischen Bevölkerung wie folgt dar:

**Tab. 2:** Bevölkerungsentwicklung Indiens (1901-1981)

Jahr	Bevölkerung	10-jährige Wachstumsrate	
		abs.	%
1901	238.396.327	-	-
1911	252.093.390	+ 13.697.063	+ 5,75
1921	251.321.213	- 772.177	- 0,31
1931	278.977.238	+ 27.656.025	+ 11,00
1941	318.660.580	+ 39.683.342	+ 14,22
1951	361.088.090	+ 42.420.485	+ 13,31
1961	439.234.771	+ 77.082.873	+ 21,51
1971	548.159.652	+ 108.924.881	+ 24,80
1981	685.184.692*	+ 137.025.040	+ 25,00

\* einschließlich der geschätzten Bevölkerung von Assam  
Quelle: (7)

Ein langfristiges Problem, welches das Bevölkerungswachstum auch in Zukunft fortsetzen wird, liegt in der Altersstruktur des Landes. Rund 40% der Bevölkerung sind unter 14 Jahren, (8) d.h. diese Jugendlichen werden erst noch in das reprodu-

tionsfähige Alter kommen. Selbst wenn sofort ein Nullwachstum erreicht werden könnte, würde die Bevölkerung aufgrund dieser Altersverteilung zunächst noch weiter anwachsen. Unter Berücksichtigung dieser Entwicklung gehen verschiedene Prognosen davon aus, daß Indien im Jahr 2000 eine Bevölkerung von rund 1 Mrd. Menschen haben wird.

Die Ursache dieses Bevölkerungswachstums liegt, wie gezeigt wurde, im starken Absinken der Sterberate begründet. Dies stellt eine positive Entwicklung dar, so daß sich die Bemühungen der Regierung auch darauf konzentriert haben, die Geburtenrate schneller als bislang sinken zu lassen. Dadurch sollte die Zuwachsrate der Bevölkerung verringert werden.

### **Die amtliche Meinung ...**

Die Haltung der Regierung läßt sich anhand der Fünf-Jahres-Pläne zur Entwicklung des Landes ablesen. Das Bevölkerungswachstum wurde vom ersten Plan an, der 1951 verabschiedet wurde, als Problem erkannt, dem es mit geeigneten Mitteln zu begegnen galt. Zu diesem Zweck wurden seit 1952 Familienplanungsprogramme mit dem Ziel begonnen, das Wachstum der Bevölkerung den Erfordernissen der Wirtschaft anzupassen. (9) Das Bevölkerungswachstum wurde als Hauptursache für die nicht stattfindende Modernisierung des Landes gesehen. Damit wurde jeder wirtschaftliche Fortschritt absorbiert, ohne daß Entwicklung, verstanden als Kapitalakkumulation und höheres Pro-Kopf Einkommen, möglich erschien. Diese Sichtweise blieb, bis auf eine kurze Ausnahme Mitte der 70er Jahre, bis in die 80er Jahre hinein vorherrschend. Auch unter der neuen Regierung Rajiv Gandhis ist die Bevölkerungsfrage eine "Priority Number One" (10) geblieben, wenngleich eine differenzierte Beurteilung seiner Politik noch ausbleiben muß.

Daneben wurden Prinzipien erarbeitet, wie die Familienplanung durchgeführt werden sollte. Die Eltern sollten allein über die Zahl ihrer Kinder entscheiden können, und die Dienstleistungen der Familienplanung so nahe wie möglich bei der Bevölkerung angeboten werden. Es sollte durch sie keine Verletzung von moralischen und ethischen Gefühlen verursacht werden. Schließlich sollte die Familienplanung eng mit dem Gesundheitsbereich und seinen Programmen verbunden werden. (11)

In den folgenden Bereichen scheinen die Folgen, die durch das Bevölkerungswachstum hervorgerufen werden, besonders offensichtlich zu sein:

- a) **Bildung:** Der hohe Anteil von Kindern und Jugendlichen in der Bevölkerung erfordert einen steigenden Bedarf an Investitionen im Bildungsbereich, um den Grundbedarf zu sichern, und um die hohe Analphabetenrate langfristig abzu-

- bauen. (12)
- b) Arbeit: Die wachsende Zahl von Arbeitssuchenden, verursacht durch die Bevölkerungszunahme, erfordert einen permanenten Zuwachs an Arbeitsplätzen. Kann dies nicht geleistet werden, sind steigende Arbeitslosigkeit und Unterbeschäftigung die Folge.
- c) Urbanisierung: Da die Arbeits- und Lebensbedingungen auf dem Land teilweise noch schlechter sind als in den Städten, kommt es zu einer Landflucht. (13) Die Verwaltungen der Städte, die die Menschen aufnehmen, sind jedoch nicht in der Lage, diese ständig wachsende Bevölkerung ausreichend zu versorgen. Die Folgen sind u.a. Slumsiedlungen, Verelendung, Arbeitslosigkeit.
- d) Ökologie: Neben der Abwanderung in die Städte kann es auch zu einem Abdrängungsprozeß der Menschen auf ökologisch empfindliche Gebiete kommen. Schwere Umweltschäden können die Folge sein. Die Entwaldung des Himalaya, bedingt durch den wachsenden Bedarf an Brennholz, scheint hierfür ein warnendes Beispiel zu sein. Das Feuerholz ist nach wie vor die wichtigste Energiequelle für die Nahrungszubereitung. Es wird zu 50% in den Städten und zu 70% in den Dörfern verwandt. (14) Eine wachsende Zahl von Menschen läßt diesen Bedarf nicht geringer werden.
- e) Ernährung: Nach Malthus müßte das Bevölkerungswachstum durch die nicht mehr ausreichend zu produzierenden Nahrungsmittel und den daraus folgenden Hungersnöten begrenzt werden. Für Indien ist diese Prognose heute nicht mehr zutreffend. Es wird genügend produziert und mittlerweile können sogar Nahrungsmittel exportiert werden. Die Hektarerträge sind im Vergleich zu anderen Ländern nach wie vor niedrig. Trotz dieser Entwicklung haben sich aber Armut und Hunger in Indien noch nicht nennenswert verringert.

An diesem letzten Punkt offenbart sich auch das grundlegende Dilemma, welches der Problematik des Bevölkerungswachstums zugrunde liegt. Es wurde argumentiert, daß die oben aufgeführten Probleme vor allem auf das Bevölkerungswachstum zurückzuführen seien. Nun läßt sich aber auch zeigen, daß andere Entwicklungen dieses Problem verursacht und verschärft haben. Es läßt sich die extrem ungleiche Einkommens- und Landverteilung ebenso nennen, wie die fehlenden Agrarreformen, die kapitalintensive Industrialisierung und der industrielle Raubbau an der Natur. Diese Punkte werden oft nicht beachtet, was zur Folge hat, daß nur die Bevölkerung und ihr Wachstum als Hauptursache für die Probleme gesehen werden. So einfach läßt sich die Problematik aber nicht darstellen, ebenso wie es falsch wäre, die Bevölkerung als Problemgröße völlig zu ignorieren. Zweifellos trägt eine rasch wachsende

Bevölkerung zu einer Verschärfung von bereits bestehenden Problemen bei, aber sie ist nur in den seltensten Fällen der eigentliche Verursacher von Mißständen.

Somit müßten Maßnahmen zur Beseitigung der Probleme nicht nur bei der Bevölkerung, sondern auch bei den anderen Ursachen der Probleme ansetzen, denn eine einseitig negative Verbindung zwischen dem Bevölkerungswachstum und der wirtschaftlichen Entwicklung läßt sich nicht herstellen. Je nach den "institutionellen, wirtschaftlichen, kulturellen und demographischen Gegebenheiten kann sich das Bevölkerungswachstum ... ganz unterschiedlich auswirken."(15)

Die indische Regierung neigte hingegen dazu, im Bevölkerungswachstum die Hauptursache der Probleme des Landes zu sehen. Dieser Blickwinkel prägte wiederum die Familienplanungsprogramme: Daß damit das Recht der Familie, über ihre Kinderzahl selbst zu bestimmen, zugunsten des "Wohles der Nation" beschnitten wurde, schien die unausweichliche Konsequenz zu sein.

### **... und ihre Folgen: Die Familienplanungsprogramme**

Die intensive Phase der indischen Bevölkerungspolitik begann mit dem "Extension Approach", der 1963 verkündet wurde. Ziel war es, durch großangelegte Aufklärungs- und Informationskampagnen die Akzeptanz und Anwendung von Verhütungsmitteln in der Bevölkerung zu erhöhen. Die Regierung hatte zahlreiche sozialwissenschaftliche Studien anfertigen lassen, die zu dem Ergebnis kamen, daß die meisten Ehepaare mehr Kinder hatten als sie eigentlich wollten, und daß sie nur wenig Wissen über moderne Verhütungsmittel besaßen. Der Ausgangspunkt des Programms war deshalb die Annahme, daß die Bereitstellung von modernen Verhütungsmethoden ausreichend sei, um ihre Anwendung zu erhöhen, und um dadurch eine Senkung der Geburtenrate einzuleiten. Neben staatlichen Maßnahmen zur Bevölkerungspolitik, wie die Erhöhung des Heiratsalters auf 18 Jahre bei Frauen und 21 Jahren bei Männern und die Legalisierung der Abtreibung, (16) waren es vor allem die Programme der staatlichen Familienplanung, die den Wandel in der Bevölkerung herbeiführen sollten.

Nach anfänglichen Versuchen mit verschiedenen Mitteln konzentrierte sich die Familienplanung ab Mitte der 60er Jahre auf drei Methoden: Intra-Uterin-Pessare (IUP), Kondome und Sterilisationen. Mit großen Hoffnungen wurde ab Mitte der 60er Jahre das IUP-Programm begonnen. Nach anfänglich guten Erfolgen ging jedoch die Zahl der Anwenderinnen ab 1967 konstant zurück. Die Ursache hierfür lag vor allem in der Art der Verbreitung. In den ländlichen Gebieten reisten mobile Teams umher, die den Frauen gegen Zahlung einer Prämie die Pessare

einsetzten. Aufgrund der schlechten medizinischen Infrastruktur, gerade in ländlichen Gebieten, konnte aber eine Nachbehandlung bei auftretenden Nebenwirkungen kaum gewährleistet werden. Die Nebenwirkungen, über die die Frauen kaum informiert wurden, und die oft fehlenden Möglichkeiten zur Nachbehandlung brachten das Programm in Verruf, und ließ die Zahl der Anwenderinnen zurückgehen. (17)

Gegen Ende der 60er Jahre wurde das Kondom-Programm mit dem Ziel einer stärkeren Verbreitung und Anwendung ausgebaut. Ein großes Problem waren wiederum die ländlichen Gebiete und deren Versorgung. Es entstanden verschiedene Verteilungskanäle, die die Kondome kostenlos ausgaben oder gegen einen geringen Betrag verkauften. (18) Von den gegenwärtig 24% der Bevölkerung, die Verhütungsmittel anwenden, benutzen nur 1,1% IUP und 2,0% andere Methoden, worunter auch die Kondome fallen. Das Schwergewicht liegt nach wie vor auf den Sterilisationen, die über 21% des Anteils an Verhütungsmethoden ausmachen. (19)

Sterilisationen sind bereits in den 50er Jahren als Mittel der Familienplanung durchgeführt worden. Man unterscheidet zwei Arten: Zum einen die Vasectomie beim Mann, die ambulant vollzogen werden kann, und zum anderen die Tubectomie und Laparoskopie bei der Frau, die stets einen stationären Eingriff erfordern. Wegen ihrer größeren Einfachheit wurden zunächst hauptsächlich Vasectomien durchgeführt. Mit der Ausweitung der Familienplanung ab 1965 wurden auch für die Sterilisationen finanzielle Prämien angeboten. Sie waren als Aufwandsentschädigung deklariert, doch stellten sie durch ihre Höhe für viele Menschen einen Anreiz dar, sich einer Sterilisation zu unterziehen. Die Prämien blieben aber nicht nur auf die Patienten beschränkt. Auch die Ärzte, die den Eingriff vornahmen, und sogenannte "Motivatoren", die die Menschen zur Sterilisation überreden sollten, wurden in das Prämiensystem miteinbezogen. (20)

Die Mitarbeiter der nach 1965 überall entstandenen Familienplanungszentren wurden einem Quotensystem unterworfen. Dies bedeutete, daß sie jeden Monat eine bestimmte Zahl von Menschen vorweisen mußten, die sie zur Familienplanung und ihrem Gebrauch überredet hatten. Konnten die Mitarbeiter diese Quoten nicht erfüllen, so drohten ihnen Sanktionen bis hin zur Entlassung. Trotz dieser Bemühungen erlebten die Sterilisationen ihren Durchbruch erst ab 1970, als sie auf große Camps konzentriert wurden. Dort herrschte Volksfestatmosphäre mit freien Mahlzeiten und Unterhaltung. Nach erfolgtem Eingriff standen den Patienten zahlreiche Geld- und Sachgeschenke zur Auswahl. (21) Diese Form der großen Sterilisationscamps erreichte 1973 mit 3,1 Mio. Eingriffen seinen Höhepunkt. Die Sterilisation, vor allem die Vasectomie, war zum erfolgreichsten Mittel der Familienplanung geworden. (22)

Ab 1974 erlitt das gesamte Familienplanungsprogramm durch finanzielle Kürzungen und wachsende Kritik an seinem Verlauf einen empfindlichen Rückschlag. Fehlende medizinische Nachbehandlung, fragwürdige Methoden bei der Anwerbung von Patienten und die Verschwendung von Geldern hatten das Programm zunehmend in Verruf gebracht. (23) Der Ruf nach einer grundlegenden Neuorientierung wurde laut.

Man begann, das Bevölkerungswachstum nicht mehr allein für die Armut verantwortlich zu machen, sondern auch Armut als Ursache für große Kinderzahlen zu begreifen. Der neue Minister für Familienplanung, K. Singh, brachte diesen Wandel auf der 1. Weltbevölkerungskonferenz 1974 in Bukarest auf die prägnante Formel: "Development is the best contraceptive". Neue Programme wurden erarbeitet, die eine stärkere Integration der Familienplanung in den Gesundheitsbereich und in Grundbedürfnisprogramme zum Ziel hatten. Diesen Versuchen wurde aber durch die Verkündung des Ausnahmezustandes 1975 ein jähes Ende bereitet. Die Grundbedürfnisprogramme wurden gestrichen, und auch die Familienplanung kehrte wieder in die alten Bahnen zurück, wie die "National Population Policy" vom April 1976 deutlich machte. (24) Neben altbekannten Forderungen, wie die Durchsetzung eines höheren Heiratsalters, war ein zentraler Punkt, daß den einzelnen Bundesstaaten eine größere Autonomie für den Bereich der Familienplanung zugestanden wurde. Damit sollte den Ländern die Möglichkeit eingeräumt werden, eigene Gesetze zur Zwangssterilisation zu erlassen, ein Vorhaben, das auf Bundesebene mangels ausreichender medizinischer Infrastruktur nicht durchgeführt werden konnte. Trotz dieser Versuche, Zwangssterilisationen einzuführen und zu legalisieren, blieb die Sterilisation weiterhin eine freiwillige Angelegenheit. Die Formen von Zwangssterilisationen, die während des Ausnahmezustandes vorkamen, waren hingegen von der Bürokratie mit z.T. sehr subtilen Mitteln in Gang gesetzt worden. Zunächst wurden die Sterilisationsquoten für die Familienplanungsmitarbeiter angehoben, zugleich wurden die Kontrollen und die Sanktionen bei ihrer Nichterfüllung verschärft. (25) Innerhalb des Beamtenapparates nahm der Druck zu, sich an die vorgegebene Norm der Zwei-Kinder-Familie zu halten, wollte man keine beruflichen oder materiellen Einschränkungen in Kauf nehmen. Von seiten der Bürokratie wurde wiederum Druck auf die Bevölkerung ausgeübt, vor allem auf die ärmeren Schichten. Amtliche Vergünstigungen, von der Fahrerlaubnis bis zu Schulplätzen, waren ohne Sterilisationsbescheinigung kaum noch zu erhalten. (26) In manchen nördlichen Landesteilen nahm diese Politik noch drastischere Formen an, und es wurden teilweise Polizeikräfte eingesetzt, um "Opfer" für die Sterilisation zu bekommen. (27)

Mit Hilfe solcher direkten und indirekten Zwangsmethoden konnten zwar eindrucksvolle Erfolgswahlen verzeichnet werden

- so wird die Zahl der Eingriffe in dieser Zeit mit 8,2 Mio. angegeben -, doch langfristig erlitt die Familienplanung dadurch einen schweren Rückschlag. Dies offenbarte sich nach der Wahlniederlage von Indira Gandhi im Frühjahr 1977, wobei die Vorkommnisse bei der Familienplanung mit als entscheidende Punkte für ihre Niederlage gesehen wurden. (28) Das Negativeimage der Familienplanung hatte sich so verstärkt, daß in den folgenden Monaten ein Rückgang der Sterilisationen von 97,8% im ganzen Land zu verzeichnen war. (29) Unter der neuen Regierung von M. Desai verschwand das Programm zunächst aus der Öffentlichkeit. Da man aber auf ein solches Programm auch weiterhin nicht verzichten wollte, lebte die Familienplanung in Form des "Family Welfare Programme" wieder auf. Von seiten der amtlichen Stellen wurde alles getan, um die Freiwilligkeit und den ausdrücklichen Verzicht auf Zwangsmaßnahmen zu betonen. (30) Das Quotensystem blieb aber weiterhin in Kraft, auch wenn die Kontrollen abgeschwächt wurden. Ebenso gab es immer wieder Hinweise darauf, die mangelnde Akzeptanz des Programmes durch "sanften Druck" auf die Bevölkerung zu erhöhen. (31)

### Die Neuerungen seit 1972

Drei wichtige Veränderungen lassen sich für die Familienplanung seit dem Ende des Ausnahmezustandes ausmachen. Erstens veränderte sich das Verhältnis bei den Sterilisationen fast völlig zu Lasten der Frauen. Seither liegt die Zahl der weiblichen Sterilisationen konstant über 70%, während sie zuvor im Durchschnitt zwischen 20-30% lag. (32) Neben medizinischen Gründen, wie die kürzere Behandlungsdauer durch neue Verfahren (z.B. Laparoskopie), spielten noch weitere Aspekte eine Rolle. So wird ganz allgemein das Protestpotential der Frauen geringer eingeschätzt als das der Männer; (33) ein sicher nicht unwichtiger Punkt, der die Propagierung der weiblichen Sterilisationen gefördert hat.

Die zweite Neuerung befaßt sich mit der Diskussion um injizierbare Verhütungsmittel. Obwohl die Vorstellung einer Monatspritze zur Verhütung für viele Familienplaner durchaus verlockend erscheint, gibt es bereits einige Kritikpunkte an dieser Methode. Gerade die Anforderungen, die an ein ideales Verhütungsmittel gestellt werden, nämlich leichte Zugänglichkeit für alle Ehepaare, vernünftige Kosten, Sicherheit, Zuverlässigkeit und Verträglichkeit können von den injizierbaren Mitteln nur schwer erfüllt werden. (34) Die Frage nach den Nebenwirkungen und den finanziellen Aufwendungen erweisen sich bislang als Hindernisse für eine landesweite Einführung. Die bestehende medizinische Infrastruktur mit ihrem ausgeprägten Stadt-Land Gefälle steht einer Einführung ebenfalls



entgegen.

Während abzuwarten bleibt, inwieweit diese neue Methode über das Versuchsstadium in Indien hinauskommt, hat die dritte Neuerung im Bereich der Familienplanung bereits sehr konkrete Formen angenommen. Im Herbst 1984 wurde von der neuen Regierung, auf Bemühungen von USAID, die "Contraceptive Marketing Organization" ins Leben gerufen. (36) Ihr Ziel ist die Vermarktung von Verhütungsmitteln, wobei sie sich von den bislang zuständigen staatlichen und privaten Stellen abkoppeln will. Durch eine eigene Organisation soll die Flexibilität und Entscheidungsschnelligkeit des privaten Sektors mit der Autorität des staatlichen Apparates verbunden werden. Neben der Vermarktung zählen die Qualitätskontrolle von Verhütungsmitteln und Marktanalysen über ihre Akzeptanz zu den Aufgaben der neugeschaffenen Organisation. (37) Zugleich wurde das Prämiensystem für die Sterilisation geändert. Entschließt sich ein Ehepaar bereits nach zwei Kindern zur Sterilisation, so erhält es monatlich einen Betrag von 50 Rupien. Sind beide Kinder Mädchen, so besteht die Möglichkeit, sich nach 20 Jahren einen Betrag von 100.000 Rupien auszahlen zu lassen.

### Familienplanung: Eine Erfolgsbilanz?

Um zu einer angemessenen Beurteilung der dargestellten Programme zu gelangen, ist es notwendig, auf ihre Erfolge und Schwächen einzugehen. Von der methodischen Diskussion, ob Erfolge in diesem Bereich überhaupt adäquat erfaßt werden können, sei im folgenden abgesehen.

Die Erfolge der Familienplanung werden auf zwei Arten dargestellt. Zum einen ist dies die Zahl der jährlich verteilten Verhütungsmittel:

**Tab. 3:** Anzahl der verteilten Verhütungsmittel in Indien (1970-1985) in Mio. Einheiten

Jahr	Sterilisationen (in Mio)	IUD (in Mio.)	andere Verhütungsmittel (in Mio)
1970/71	1,33	0,476	1,96
1976/77	8,26	0,581	3,69
1982/83	3,98	1,07	5,89
1984/85	4,05	2,56	9,29

Quellen: (39, 40)

Zum anderen besteht die Möglichkeit, die verteilten Verhütungsmittel umzurechnen in Geburten, die durch ihre Anwendung verhindert wurden. Aufgrund solcher Berechnungen kam man zu dem Ergebnis, daß 1982/83 rund 5,4 Mio. Geburten verhindert worden sind. (41) Seit 1951 ist die Zahl der verhinderten Geburten somit auf 54.730.000 angestiegen. (42) Damit wird zwar eine eindrucksvolle Bilanz der Familienplanung demonstriert, doch müssen diese Zahlen mit Vorsicht behandelt werden, denn es fließen eine Reihe von unsicheren Annahmen in sie ein. So z.B. die Ermittlung des "Verhütungsfaktors" oder die Annahme, daß die Verteilung der Mittel gleichbedeutend ist mit der Anwendung.

Daß es mit den Erfolgen nicht so gut bestellt sein kann, wie es die Zahlen vorgeben, wurde mit dem Zensus von 1981 deutlich. Die prozentuale Wachstumsrate der Bevölkerung von 1971-81 war im Vergleich zur Dekade von 1961-71 von 24,8% auf 25% angestiegen. (43) Trotz der Familienplanung und ihrer Bemühungen hatte es eine minimale Zunahme gegeben. Auch andere Zahlen zeigen eine eher negative Bilanz. Von den 120 Mio. Ehepaaren werden momentan ca. 29 Mio. erreicht (=24%). Davon werden, wie bereits erwähnt, 21% durch Sterilisationen, 1,1% durch IUP und 2,0% durch andere Mittel wie Kondome oder Pille geschützt. Um aber auf Dauer einen Rückgang des Bevölkerungswachstums, und das heißt der Geburtenrate, zu erreichen, wäre es nach Angaben der Regierung notwendig, daß 70-80% aller Ehepaare dauerhaft Verhütungsmittel benutzen. Im sechsten Fünf-Jahres-Plan wurde als neues Ziel eine Nettoerproduktionsrate (44) von 1 für das Jahr 1995 angestrebt. Dies würde aber immer noch bedeuten, daß ca. 60% aller Ehepaare dauerhaft Verhütungsmittel anwenden müßten. (45) Diese Vorgaben werden von der Familienplanung bislang also noch nicht einmal zu 50% erfüllt. Auch bei den einzelnen Verhütungsmitteln ist diese Diskrepanz festzustellen. Die Erfolgsrate ihrer Akzeptanz, die nur ihre Verteilung, nicht ihre Anwendung betrifft, lag in den letzten Jahren lediglich zwischen 60-70%. (46)

Auch Sterilisationen, die den Zahlen nach zu urteilen den Schwerpunkt des Programmes bilden, enthalten einige Ungeheimheiten. Wie verschiedene Untersuchungen sowohl bei Männern als auch bei Frauen ergeben haben, war ein großer Teil der Sterilisierten für den Rückgang der Geburtenrate nur von geringer Bedeutung, da sie entweder zu alt, verwitwet oder geschieden waren, oder aber bereits 4-5 Kinder zur Welt gebracht hatten. (47) Diese Ergebnisse weisen somit darauf hin, daß die Familienplanung bislang ihre Ziele verfehlt hat. Die Ursachen hierfür liegen zum einen an den Programmen selbst, zum anderen aber auch an der Einstellung der Bevölkerung zu Kindern und zur Familienplanung.

Die Kritik an den Programmen betrifft vor allem ihre Durch-

führung. Die Form der großen Camps bei den Sterilisationen und den mobilen Teams bei den IUP war nicht dazu geeignet, für eine schnelle und ausreichende medizinische Nachbehandlung zu sorgen, falls nach dem Eingriff Nebenwirkungen auftraten. Die mangelnde medizinische Infrastruktur wirkte somit auf die Familienplanung zurück, die eigentlich versucht hatte, mittels dieser Art der Durchführung die Unzulänglichkeiten des Gesundheitssektors zu umgehen. Dieser Punkt ist deshalb von besonderer Bedeutung, weil fast alle Studien zum Bereich Gesundheit und Geburtenrückgang bislang zu dem Schluß gekommen sind, daß ein gut ausgebautes Gesundheitssystem eine der ersten Voraussetzungen für ein Sinken der Geburtenrate ist. (48) Aber auch das System der Prämienzahlung und der Quotenregelung für Sterilisationen brachten dem Programm Kritik ein. Die Höhe der Prämie von z.T. einem halben Monatsverdienst bedeutete oft mehr als nur eine bloße Aufwandsentschädigung. (49) Die Quoten für die Sterilisationen lasteten auf den Mitarbeitern, die ihr Soll mit nicht immer einwandfreien Methoden bei der Anwerbung erfüllten.

Die niedrigen Akzeptanzraten lassen sich aber nicht allein durch Mängel in der Organisation und bei der Durchführung erklären. Es muß vielmehr die Frage gestellt werden, inwieweit die indische Bevölkerung selbst ein Interesse an der Familienplanung und an einer geringeren Kinderzahl hat. Der jährliche Bericht der Weltbank von 1984 hat in allgemeiner Form auf sechs Punkte hingewiesen, die als "Nährboden hoher Fruchtbarkeit" (50) gesehen werden können.

Als erstes wird ein ökonomischer Nutzen konstatiert, da Kinder in Entwicklungsländern, anders als in Industrieländern, nur geringe Kosten verursachen und die Einkommensverluste der Mütter während der Schwangerschaft nur gering sind, bzw. von den Kindern relativ schnell wieder ausgeglichen werden können. Ein zweiter ökonomischer Nutzen entsteht durch viele Kinder, wenn es einen Mangel an weiterführenden Schulen gibt, so daß ihre Arbeitskraft ganz für die Familie eingesetzt werden kann. Sind weitere Schulmöglichkeiten vorhanden, so werden diese zumeist auch genutzt, da ausgebildete Kinder als bessere Zukunftsinvestitionen gesehen werden. Als dritter Grund für die hohen Geburtenraten werden die hohen Säuglings- und Kindersterberaten gesehen. So erscheint es für die Eltern notwendig, mehr Kinder zu bekommen, als sie eigentlich wollen, damit die gewünschte Anzahl von ihnen auch überlebt. Neben rein ökonomischen Erwägungen spielt als vierter Punkt die Alterssicherung eine große Rolle. Mangels alternativer staatlicher Systeme fällt Kindern in diesem Bereich eine zentrale Rolle zu, die sie für die Familie nahezu unverzichtbar macht. Als fünfter Grund wird von der Weltbank die Familienstruktur genannt, die fördernd auf die Kinderzahl einwirken kann. Als Letztes wird das Nicht-Wissen um Gebur-

tenkontrolle bzw. das Nichtvorhandensein von geeigneten Mitteln zur Verhütung als eine Ursache für eine große Zahl von Kindern angeführt.

Betrachtet man den indischen Subkontinent, so lassen sich viele dieser Ursachen hier wiederfinden. Zunächst einige Zahlen, die die Situation in den für die Familienplanung wichtigen Bereichen verdeutlichen sollen.

**Tab. 4:** Vergleich Indien - Bundesrepublik Deutschland nach ausgewählten Strukturdaten

	Indien	Bundesrepublik Deutschland
Bruttosozialprodukt pro Kopf	260 US\$	12.460 US\$
Säuglingssterblichkeit (0-1 Jahr) pro 1.000	94	12
Kindersterblichkeit (1-4 Jahre) pro 1.000	11	kleiner 1
Anteil der Wohnung und Gemein- schaftseinrichtungen, Sozial- versicherung und Wohlfahrt an den Gesamtausgaben	4,2%	51,8%

Quelle: (54)

Die Tabelle zeigt deutlich, daß der "Nährboden hoher Fruchtbarkeit" in Form von Armut, fehlender staatlicher Alterssicherung und hoher Kindersterblichkeit auch in Indien für große Teile der Bevölkerung gegenwärtig ist. Der fördernde Einfluß der Großfamilie auf eine hohe Fruchtbarkeit ist für Indien nicht von Bedeutung. (55) Das Argument über das Nicht-Wissen um Geburtenkontrolle, bzw. um Verhütungsmittel, erweist sich angesichts der neueren Diskussion über natürliche Methoden der Verhütung und deren Nutzbarmachung für die staatlichen Bemühungen als ebenfalls nicht zugkräftig. (56)

Diese Bedingungen, denen die Mehrzahl der Bevölkerung unterworfen ist, sind somit dem Anliegen der Familienplanung entgegengesetzt. Eine Altersversorgung, die auf der eigenen Familie basiert, muß zwangsläufig die Kinderzahl fördern. Bei den unsicheren Überlebenschancen von Kindern wird eine Familie eher dazu neigen, mehr Kinder zu haben, um ihre Vorstellungen zu verwirklichen. In der Präferenz von Söhnen gegenüber Töchtern ist ein weiteres Motiv zu sehen, das die Kinderzahl hochtreibt, besonders wenn zwei lebende Söhne als Ideal angesehen werden. Sei es, weil sie als Arbeitskraft begehrt sind,

sei es aus religiösen Gründen, oder einfach deshalb, weil sie keine Aussteuer benötigen, vielmehr diese mit in die Familie bringen. Dementsprechend sind auch die Rolle und der Status der Frau in erster Linie von der Zahl ihrer Kinder, besonders der Zahl ihrer Söhne, abhängig. Die genannten Aspekte sind gerade in einer Gesellschaft von Bedeutung, in der 50% ihrer Mitglieder an der Armutsgrenze leben, und über 70% noch von landwirtschaftlicher Arbeit abhängig sind. Es ist sicherlich nur ein grobes Raster von Bedingungen, wie sie hier dargestellt wurden, die auf die Zahl der Nachkommen einen Einfluß ausüben. Diese Punkte müssen aber berücksichtigt werden, will man Aussagen über die Familienplanung und ihre Wirkungen machen. Sie war mit dem Anspruch konzipiert worden, Verhütungsmittel für die Bevölkerung bereitzustellen, damit die Familien ihre gewünschte Kinderzahl erreichen konnten. Mittels verschiedener Anreizsysteme versuchte die Regierung, die Bevölkerung sie zu ihrer Anwendung zu bewegen. Es gelang ihr jedoch bislang nicht, die Familienplanung als Bedürfnis in der Bevölkerung zu verankern. Sie bleibt ein bürokratisches Instrument, das der Bevölkerung "zum Wohle der Nation" aufgedrängt werden mußte. Daß es bei dieser Art der Kommunikation zwischen Bevölkerung und Bürokratie vor allem die unteren Schichten "traf", wie im Falle der Zwangssterilisationen, verwundert ebensowenig, wie die Diskrepanz zwischen den einstmals formulierten freiwilligen Prinzipien ihrer Anwendung und der tatsächlichen Ausführung mit ihren Mißständen.

Die geringen Erfolge der Familienplanung werden somit verständlich, denn es erscheint einsichtig, daß Punkte wie Alterssicherung, wirtschaftliche Situation, Kindersterblichkeit usw. eine wichtigere Rolle im Entscheidungsprozeß der Eltern über ihre Kinderzahl spielen, als die Bereitstellung und Verfügbarkeit von Verhütungsmethoden. Und selbst dieser Anspruch erweist sich als trügerisch, denn das extreme Übergewicht der Sterilisationen muß auch unter dem Blickwinkel gesehen werden, daß den Menschen oftmals keine Alternativen angeboten wurden. Die Familienplanung konnte zwar die Mittel zur Verhütung von Geburten bereitstellen, aber sie vermochte es (natürlich!) nicht, bessere Lebensbedingungen für die Menschen zu schaffen, die die Notwendigkeit und den Wunsch nach weniger Kindern hätten aufkommen lassen.

### **Die neueste Entwicklung**

Die negative Bilanz des Programmes ließ den Ruf nach einer Reform laut werden, deren Verwirklichung jetzt von der neuen Regierung in Angriff genommen wurde.

Am 1. September 1986 trat eine neue Drei-Jahres-Strategie in Kraft, die die bisherigen Mängel beseitigen soll. (57) Nach

großangelegten Untersuchungen über den bisherigen Verlauf der Familienplanung, welche die oben dargestellten Kritikpunkte mehr oder weniger bestätigt haben, sieht das neue Programm einige einschneidende Veränderungen vor.(58) Der Schwerpunkt soll nicht mehr auf den Sterilisationen liegen, sondern auf dem Ziel, größere Geburtenabstände zu erreichen. In den Entwicklungsblocks (development blocks) und Panchayats (Verwaltungseinheit auf Kreisebene) will man Familienplanungskomitees etablieren.

Nach chinesischem Vorbild sollen zwei Millionen Frauen als freiwillige Mitarbeiterinnen angeworben werden, die je 60 Ehepaare aus ihrer Nachbarschaft über Verhütungsmethoden beraten sollen. Bei sehr guter Leistung wird den Frauen eine Arbeit bei der Regierung in Aussicht gestellt. Des weiteren werden die Anreize für die Zwei-Kinder Familie erhöht, z.B. mit der Aussicht auf eine Alterspension, niedrigeren Versicherungsprämien und langfristigen Fonds, die Familien mit nur zwei Töchtern bei deren Heirat zur Verfügung gestellt werden sollen. Darüber hinaus sollen die traditionellen medizinischen Heiler für die Mitarbeit bei der Familienplanung gewonnen werden. Auch der industrielle Sektor wird aufgefordert, seinen Angestellten Dienstleistungen und Anreize zur Familienplanung zugänglich zu machen. Zur besseren Erfassung der Zielgruppe sollen alle Ehepaare, die für das Programm in Frage kommen, mittels Computer erfasst werden. Mit diesen Punkten soll, neben anderen, dafür gesorgt werden, daß, so der Unionsminister für Gesundheit, M.Kidwai, die Familienplanung zu einer Angelegenheit der Menschen wird, an der sie selbst teilhaben sollen.(59)

Zugleich wird auch versucht, die Rahmenbedingungen zu beeinflussen: Hierzu ist u.a. vorgesehen, den Status der Frau und ihren Bildungsstand anzuheben, sowie eine nachhaltige Senkung der Kindersterblichkeit zu erreichen. Daneben sollen Anti-Armuts-Programme zum Einsatz kommen, und die Koordination zwischen den beteiligten Ministerien soll verbessert werden. Mit diesem Programm sollen bis 1989 60% aller Ehepaare durch Familienplanungsmethoden geschützt werden, so daß das Bevölkerungswachstum von 2,2% auf 1% jährlich absinken würde. Dieses Ziel war ursprünglich für das Jahr 2001 vorgesehen. Um diese neue Strategie verwirklichen zu können, wurden 3.256 crore Rupien im 7. Fünf-Jahres-Plan bereitgestellt.

Dieses neue ehrgeizige Vorgehen zeigt den Willen der Regierung, sich intensiv mit dem Problem auseinanderzusetzen. Die Familienplanung soll jetzt Teil einer umfassenden Strategie werden, die versucht, auch die Lebensbedingungen der Bevölkerung dahingehend zu verändern, daß kleinere Kinderzahlen für die Familien selbst wünschenswert werden. Diese Einbindung der Familienplanung in eine Gesamtstrategie erscheint sinnvoll, denn ihr größter Mangel war bisher, daß sie allein

das ganze Programm darstellte. Aber es bleibt zu bedenken, daß es nicht der erste umfassende Versuch einer Revision ist. Zwar weist die neue Vorgehensweise an einigen Punkten entscheidend über das alte Programm hinaus, doch bleibt es abzuwarten, wieviel von den neuen Versprechungen und Absichten in die Realität umgesetzt werden kann. Es gibt bereits jetzt Zweifel daran, ob die hochgesteckten Ziele in drei Jahren zu erreichen sind. Von daher ist die Skepsis nicht unbegründet, daß es sich u.U. wieder nur um eine kurzfristige Strategie zur Steigerung der Anwenderzahlen handelt, nicht aber um ein langfristig angelegtes, umfassendes Programm.

Die Absicht der Regierung über eine verstärkte Familienplanung ein rasches Absinken der Geburtenzahlen zu erreichen, hat sich bislang nicht verwirklichen lassen. Stattdessen kristallisiert sich, nach nunmehr über 35 Jahren staatlich organisierter Familienplanung, immer deutlicher heraus, daß doch "Entwicklung" und nicht Familienplanung das bessere Verhütungsmittel zu sein scheint.

### Ein Nachtrag

Familienplanung und Bevölkerungspolitik sind oft genug Rechenkunststücke, von deren Ergebnis ihre Einschätzung abhängt. Da die Daten vielfältig, widersprechend und unzuverlässig sind, verwundert es nicht, daß die Ergebnisse häufig voneinander abweichen. Deshalb soll einmal die "positive Variante" zur Familienplanung in Indien durchgespielt werden: Die höhere Zuwachsrates der Bevölkerung im Zensus von 1981 von 2,5% jährlich kam dadurch zustande, daß die Sterberates schneller als die Geburtenrate fiel, und die Lebenserwartung weiter anstieg. Immerhin sank die Geburtenrate um vier Punkte auf 37,2/000. Aber der Nachweis, daß die Familienplanung diesen Rückgang verursacht hat, muß erst noch erbracht werden. D.h. die Geburtenrate kann wegen der Familienplanung, trotz der Familienplanung oder aufgrund von anderen sozio-ökonomischen Faktoren, wie z.B. höheres Heiratsalter, gesunken sein. Im übrigen fällt die Geburtenrate bereits seit 1921, in den vierziger Jahren sank sie sogar um 5,3 Punkte, sicherlich ohne Familienplanung. (60)

Die Kritik richtet sich vor allem gegen die Funktion der Familienplanung, die die "Universallösung" gegen das "Bevölkerungsproblem" sein sollte. Diese Konzeption muß als Fehlgriff betrachtet werden. Die gesamten Daten hierzu, wie Anwenderzahlen etc., zeigen m.E. nach eher sehr deutlich, daß die Beliebtheit der Familienplanung nur sehr gering ist. Auch das indische "Musterländle" für eine niedrige Geburtenrate, Kerala, läßt sich nicht als Nachweis für eine erfolgreiche Familienplanung heranziehen. Die Grundlagen, in Form eines gut

ausgebauten Gesundheitssektors und einer hohen Alphabetisierungsrate, wurden vor der Familienplanung gelegt. Deren Programme sind dagegen in Kerala kaum besser als in anderen Teilen des Landes. (61)

Somit ist m.E. nach eine negative Beurteilung des bisherigen Systems berechtigt, denn die Erfolge, in Form einer gesunkenen Geburtenrate, können sehr vielfältige Ursachen haben.

## Anmerkungen

- 1) Schmid, J.: Bevölkerungsproblem, in: Opitz, P.J. (Hrsg.): Die Dritte Welt in der Krise. München 1984, S.48.
- 2) Census of India (1981), Series 1, Paper 1, Final Population Totals, S.vi, o.J..
- 3) Statistical Outline of India 1984. Bombay 1984, S.36.
- 4) Ebd., S.36.
- 5) Ebd., S.30.
- 6) Krishnamurty, J.: India, in: Schubnell, H. u.a. (Hrsg.): Population Policies in Asian Countries. Hongkong 1984, S.161.
- 7) Census of India (1981), a.a.O., S.vi.
- 8) Statistical Outline of India 1984, a.a.O., S.38.
- 9) Government of India, Planning Commission, Review of the first Five Year Plan. New Delhi 1957, S.280.
- 10) India Today, 31.7.1985, S.82
- 11) Banerji, D.: Political economy of population control in India, in: Bondestam, L./Bergström, S.(Hrsg.): Poverty and Population Control. London 1980, S.84.
- 12) Domrös, M.: Indien: Bevölkerungsexplosion und demographischer Wandel, in: Geographische Rundschau, 36, 1984, S.51.
- 13) Ebd., S.52.
- 14) Centre for Science and Environment: The State of India's Environment. New Delhi 1982, S.147.
- 15) Weltbank: Weltentwicklungsbericht 1984. Washington 1984, S.122.
- 16) Chandrasekhar, S.: Infant mortality, population growth and family planning in India. London 1972, S.284.
- 17) Zum IUP-Programm vgl. Cassen, R.: India: Population, Economy, Society. London 1978, S.149.
- 18) Agarwal, S.: India's Population Problems. New Delhi 1972, S.162.
- 19) Statistical Outline of India 1984, a.a.O., S.177.
- 20) Eine sehr gute Übersicht findet sich bei Baade, F./Kartsaklis, R.: Probleme der Familienplanung in Entwicklungsländern. Hannover 1970, S.18.



- 21) Mandelbaum, D.: Social components of Indian fertility, in: Economic and Political Weekly (Bombay), Vol. VIII, 1973, S.155.
- 22) Cassen, R., a.a.O., S.163.
- 23) Vicziany, M.: Coercion in a soft state: The Family-Planning Program of India, Part 1, in: Pacific Affairs, 55, 3 (1982/83), S.395.
- 24) Visaria, P.: Recent trends in Indian population policy, in: Economic and Political Weekly (Bombay), Vol.XI, 1976, S.1193.
- 25) Economic and Political Weekly, Vol.XI, 1976 (ohne Autor), S.1051. In Uttar Pradesh wurde 24.000 Beamten der Lohn verweigert, weil sie ihre Quoten nicht erfüllt hatten.
- 26) Cassen, R., a.a.O., S.183.
- 27) Banerji, D., zit.n. Weiner, M.: India at the Polls. Washington 1978, S.37.
- 28) Kulke, E.: Die Anti-Indira Wahlen in Indien, in: Internationales Asienforum, 3/4, 1977, S.216/17.
- 29) Banerji, D., 1980, a.a.O., S.94.
- 30) Ebd., S.96.
- 31) Vicziany, M., a.a.O., No.3, S.397.
- 32) Basu, A.M.: Family planning and the emergency, in: Economic and Political Weekly (Bombay), Vol.XX, 1985, S.423, Tab.1.
- 33) Ebd., S.423.
- 34) Das, S.K./Sarkar, P.K.: Case for injectible contraceptives?, in: Economic and Political Weekly (Bombay), Vol.XX, 1985, S.1713.
- 35) Ebd., S.1714.
- 36) India Today, 31.7.1985, S.82.
- 37) Ebd., S.82.
- 38) Ebd., S.83, 1 lakh = 100.000 Rupien, 1 crore = 10 Mio. Rupien.
- 39) Statistical Outline of India 1984, a.a.O., S.176.
- 40) Die letzte Zahlenreihe stammt aus India Today, 31.7.1985, S.83.
- 41) Statistical Outline of India 1984, a.a.O., S.176.
- 42) Ebd., S.176.
- 43) Ebd., S.31.
- 44) Nettoreproduktionsrate (NRR): Die Zahl der Töchter, die eine Frau (oder eine Gruppe von Frauen) im Durchschnitt zur Welt bringen würde, wenn für sie während ihres ganzen Lebens die altersspezifischen Geburten- und Sterbeziffern eines bestimmten Jahres gelten würden. (...) Eine Nettoreproduktionsziffer von 1,00 bedeutet, daß jede Generation von Müttern gerade so viele Töchter bekommt, um sich selbst zu reproduzieren, in: Weltbank, a.a.O., S.XI.
- 45) Basu, A.M.: Family Planning: Numbers game goes on, in: Economic an Political Weekly (Bombay), Vol.XVI, 1981, S.632.

- 46) Krishnamurty, J., a.a.O., S.175.
- 47) Basu, A.M., (1981), a.a.O., S.629.
- 48) So war u.a. der Ausbau des Gesundheitswesens in Kerala eine der entscheidenden Stützen für den Geburtenrückgang, siehe Rao, V.K.: Inter-state variations in population growth and population, in: Economic and Political Weekly (Bombay), Vol.XVI, 1981, S.2107.
- 49) Vicziany, M.: Coercion in a soft state, Part 2, in: Pacific Affairs, 55, 4 (1982/83), S.563.
- 50) Weltbank, a.a.O., S.59.
- 51) Ebd., S.60.
- 52) Ebd., S.60.
- 53) Ebd., S.60/61.
- 54) Ebd., S.252/53, S.296/97, S.302/03.
- 55) Bebartha, P.C.: Family Type and Fertility in India. Massachusetts 1977, S.114.
- 56) Balasubrahmanyam, V.: Fresh focus on "Natural Family Planning", in: Economic and Political Weekly (Bombay), Vol.XVIII, 1983, S.527.
- 57) India Today, 30.6.1986.
- 58) Ebd., S.83.
- 59) Ebd., S.83.
- 60) Statistical Outline of India 1984, a.a.O., S.36.
- 61) Vicziany, M., a.a.O., No.4, S.559/561.

### Summary

The article tries to give an overview of the Indian Family Planning Programmes since their extension in 1965. The author wants to show that the low results of the programmes have their origin in two different kinds of sources. First, there are the sources within the programmes themselves, in their methods and in their organisation. The second source are the living conditions of the majority of the people, which is ruled by poverty, high infant mortality, low health care and low old-age security. These conditions are contradictory to the aims of Family Planning, because they further the necessity of children for the survival of the family. The idea of the Family Planning Programme was that the mere use of contraceptives would be sufficient to reach a decline of the birth rate. But after 20 years of experience this isolated approach has not shown the desired results. Because of its faults it has also created a negative opinion in the population against family planning. To overcome these reservations will be a difficult task for the new programmes in this field.