

## BEVÖLKERUNGSKONTROLLE OHNE SOZIO- ÖKONOMISCHE ENTWICKLUNG ?

Das Experiment in Bangladesh<sup>+</sup>

Hans W. Jürgens

### 1. VORBEMERKUNG

Bevölkerungspolitik wird im allgemeinen, sowohl in den Industrie- als auch in den Entwicklungsländern der Welt, als ein Bereich gesehen, der nicht seines Eigengewichtes wegen betrieben wird ("Bevölkerungspolitik als Selbstzweck"), sondern vielmehr im Sinne eines pragmatischen Konzepts, in dem die Bevölkerungspolitik Instrumentenvariable für andere Ziele ist. Bevölkerungspolitik wird also als substituierbar angesehen, und man findet heute kaum Problemsituationen, die sich ausschließlich oder fast ausschließlich bevölkerungspolitisch regeln ließen. Das Konzept einer pragmatischen Einordnung der Bevölkerungspolitik in das Arsenal anderer politischer Instrumente gewinnt in der Gegenwart zunehmende Bedeutung.

Bangladesh nimmt hier eine Sonderstellung ein. Die höchste Prioritätsstufe, die dem Bevölkerungsproblem in diesem Lande eingeräumt wird, hat zweifellos ihren Ursprung in der ungewöhnlichen demographischen Entwicklung. Die gegenwärtige Überbetonung einer notwendigen Beeinflussung des Bevölkerungswachstums führt hier zu einer einseitigen Betrachtungsweise, die die Bevölkerungsentwicklung aus dem gesamten gesellschafts- und wirtschaftspolitischen Zusammenhang isoliert und als eine Art organisatorisches und statistisches Problem behandelt.

Nun sind bevölkerungspolitische Konzepte und Maßnahmen in Entwicklungs-

---

+) Der Autor war 1977 im Rahmen eines Gutachterauftrags für die Abteilung Gesundheit, Bevölkerungsentwicklung und Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) in Bangladesh tätig und konnte hier einen Teil der in dieser Arbeit veröffentlichten Erkenntnisse erarbeiten.

ländern ohnehin fast regelmäßig einseitig auf eine Senkung der Fruchtbarkeit der Bevölkerung ausgerichtet. Das hat in vergangenen Jahrzehnten, als die Industrienationen auf diesem Gebiet noch relativ unreflektiert und ohne eigene Bevölkerungsprobleme lebten, dazu geführt, daß man vielfach den Begriff Bevölkerungspolitik mit Geburtenkontrolle gleichsetzte, wobei die wirtschaftlich entwickelten Länder immer wieder auf eine Einführung und Intensivierung dieser Programme drängten, während die betroffenen Entwicklungsländer diesem Problem - in Abhängigkeit von der wirtschaftlichen Lage des Landes und ihrer Beurteilung - recht differenziert gegenüberstehen: Zahlreiche Länder vernachlässigen eine Bevölkerungsplanung noch weitgehend, andere stehen ihr wohlwollend gegenüber, ohne jedoch besondere staatliche Aktivitäten zu ergreifen; eine dritte Gruppe hat aus verschiedenen, vielfach durch die Außenbedingungen aufgezwungenen Überlegungen ein staatliches bevölkerungspolitisches Programm, das mit einer Reihe von Maßnahmen der Familienplanung versucht, die als notwendig angesehenen Bevölkerungsziele zu erreichen. Bangladesh gehört zur letztgenannten Gruppe, nimmt jedoch in dieser insoweit eine Sonderstellung ein, als es zur Zeit das Land mit der umfassendsten und am schärfsten durchgreifenden Bevölkerungspolitik auf der Welt ist.

Eine solche Extremsituation erregt naheliegenderweise die Aufmerksamkeit der Wissenschaft und der Praxis, wobei dieses Interesse durchaus zielgerichtet ist: Es gibt, von geringfügigen Ausnahmen abgesehen, kaum ein Land auf der Erde, in dem es gelungen ist, einer antinatalistischen Bevölkerungspolitik ohne eine gleichzeitige nachhaltige wirtschaftliche Entwicklung, insbesondere auch eine Industrialisierung, zum Erfolg zu verhelfen. Bei einer solchen Kombination von (erfolgreicher) antinatalistischer Bevölkerungspolitik und günstiger wirtschaftlicher Entwicklung bleibt es jedoch fraglich, ob und wieweit die bevölkerungspolitischen Maßnahmen zur Senkung der Fruchtbarkeit beitragen, oder aber ob es sich nicht hierbei um einen ohnehin kaum vermeidbaren Begleitumstand der industriellen Entwicklung handelt. Alle anderen - isolierten - antinatalistischen bevölkerungspolitischen Bemühungen, und seien sie noch so intensiv gewesen, sind bislang in den Entwicklungsländern aller Kontinente fehlgeschlagen. Hierbei bleibt die Frage offen, ob diese Mißerfolge dadurch bedingt waren, daß das vorgesehene Programm nicht durchgreifend genug war, ob man wesentliche Maßnahmen versäumte, sie nicht genügend lange durchhielt, etc. Das bevölkerungspolitische Programm in Bangladesh kann hier eine Entscheidungshilfe bieten, denn es ist in der Intensität seiner Maßnahmen kaum noch zu überbieten, so daß insofern eine Extremsituation erreicht wird. Ein Mehr dürfte kaum möglich sein. Diese vollständige Ausschöpfung der Maßnahmen erlaubt es, Aussagen über den Erfolg bevölkerungspolitischer Maßnahmen in Entwicklungsländern überhaupt zu machen, die Extremsituation bietet hierfür erstmalig einen Maßstab.

## 2. BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG UND LEBENSBEDINGUNGEN

Bangladesh ist auch in demographischer Hinsicht ein Land der Extreme. Mit einer Einwohnerzahl von 84 Mill, stellt es die achtgrößte Nation der Welt dar. Mit einer Bevölkerungsdichte von 567 Einwohnern je qkm ist Bangladesh der am dichtesten besiedelte Flächenstaat der Erde (nur Hongkong, Singapur und Barbados haben eine größere Bevölkerungsdichte). Die Geburtenziffern wurden auf der Basis von 1974 auf 48, die Sterbeziffern auf 20 geschätzt, so daß sich ein jährliches Wachstum von 2,7 bis 2,9 % ergibt. Die Säuglingssterblichkeit liegt bei 150. 46 % aller Einwohner sind unter 15 Jahren. Die durchschnittliche Zahl der lebenden Kinder in den Familien beträgt 6,4.

Tabelle 1: Bevölkerungsentwicklung in Bangladesh 1950 bis 1975

Jahr	Bevölkerung in Millionen	Wachstumsrate
1950	42,6	2,3
1955	47,7	2,3
1960	53,6	2,5
1965	61,0	2,7
1970	69,7	2,6
1975	79,2	2,7

Quelle: US-Bureau, 1978.

Ein Bericht der Asian and Pacific Population Programme News 1978 (Vol. 7, No. 4, p. 24), der sich auf die oberste bangalische Familienplanungsbehörde beruft, macht für 1976 folgende Angaben: 1976 - 75,8 Mill. Einw., Wachstumsrate 2,1. Derselbe Bericht gibt eine Geburtenziffer von 42,3 und eine Sterberate von 21,8 an.

Alle diese Zahlen beruhen auf mehr oder weniger zuverlässigen Schätzungen. Sie charakterisieren jedoch eine Situation, die auch unter den agrarischen Entwicklungsländern dieser Welt in den extremeren Bereich gehört. Diese Situation verschärft sich, wenn man die physischen und wirtschaftlichen Lebensbedingungen der Bevölkerung betrachtet:

Bangladesh ist entscheidend durch die Landwirtschaft bestimmt. 92 % der Bevölkerung leben direkt von ihr. Die Produktivität der Landwirtschaft wird beeinträchtigt durch eine fast regelmäßig eintretende Folge von Katastrophen wie Überschwemmungen, Sturmfluten, Tornados etc. Der größte Teil der Bevölkerung lebt daher dicht gedrängt auf den Dammufern der Flüsse. Von jedem Hektar kultivierten Landes müssen durchschnittlich 510 Menschen leben, wobei zu berücksichtigen ist, daß es kaum noch

nicht genutzte Areale potentiellen Kulturlandes gibt. Zwar bestehen noch, wenn man die Erfahrungen vergleichbarer südostasiatischer Länder heranzieht, beträchtliche Reserven in den erzielbaren Erträgen der Reisproduktion, die durch eine Veränderung der bodenrechtlichen Verhältnisse und durch einen höheren Aufwand an Düngemitteln erzielt werden könnten, jedoch ist nach dem gegenwärtigen Stand nicht anzunehmen, daß die Ausweitung der Produktivität mit dem Wachstum der Bevölkerung Schritt halten kann.

Die Erwerbstätigkeit des Landes ist durch eine verschleierte Arbeitslosigkeit charakterisiert, d. h. durch eine Überbesetzung der landwirtschaftlichen Betriebe, wo die Arbeitslosen als Unterbeschäftigte zwar absorbiert werden, aber kaum noch zur Steigerung des Sozialproduktes beitragen. Das Pro-Kopf-Einkommen liegt unter 125 US Dollar und gehört damit zu den 11 niedrigsten der Welt. 50 % der Bevölkerung sind als permanent unterernährt anzusehen.

### 3. BEVÖLKERUNGSPOLITISCHE MASSNAHMEN BIS 1976

Bevölkerungs- und familienplanerische Maßnahmen haben im Bereich des indischen Subkontinents eine wesentlich längere Tradition als in anderen Entwicklungsländern. Bereits im kolonialen Indien gab es eine, wenn auch in ihrer praktischen Wirkung wenig bedeutende Familienplanungsorganisation, die aber durch ihre Existenz, besonders auch bei den führenden Schichten, das Konzept der Familienplanung verständlich und annehmbar machte.

Diese Tradition setzte sich nach der Aufteilung des kolonialen Indiens in die Staaten Indien und Pakistan fort und intensivierte sich, je drängender im Zusammenhang mit dem Rückgang der Säuglings- und Kindersterblichkeit die Bevölkerungsfrage in diesem Gebiet wurde. Indien und Pakistan sind bis heute auf dem Gebiet bevölkerungs- und familienplanerischer Maßnahmen international führend geblieben.

Die spezifische Situation des heutigen Bangladesch im Hinblick auf die Bevölkerungsplanung begann bereits vor 1971, als die im wesentlichen vom westpakistanischen Staatsteil gesteuerte Regierung bevölkerungsplanerische Maßnahmen vorzugsweise in dem damaligen Ostpakistan praktizierte. Hinter diesen Überlegungen stand das politische Rivalitätsstreben beider Staatsteile, das vor allem dadurch bestimmt wurde, daß Westpakistan zwar die politische Herrschaft und wirtschaftliche Vorteile beanspruchte, jedoch von der Einwohner- und damit auch von der Wählerzahl her hinter Ostpakistan zurückstand. Eine Einschränkung der Bevölkerungszahl im ostpakistanischen Bereich war somit zum Politikum geworden.

Es ist naheliegend, daß diese Konzepte der in Ostpakistan verhassten westpakistanischen Herrschaft jede bevölkerungspolitische Maßnahme im anti-natalistischen Sinne obsolet erscheinen lassen mußte. Auch das in dieser Zeit vorzugsweise verwendete Instrument der Geburtenplanung, das Intra-uterinpeessar (IUD), wird von dieser negativen Einstellung erfaßt, eine Auswirkung, die bis heute noch spürbar ist.

Es ist in Anbetracht dieser spezifischen Situation verständlich, daß eine bangalische Regierung nach Erringung der Selbständigkeit zunächst nicht an diese bevölkerungsplanerischen Erfahrungen anknüpfen mochte, obwohl die Bevölkerungsentwicklung des Landes nicht nur eine Fortsetzung, sondern durchaus auch eine Intensivierung dieser Maßnahmen nahegelegt hätte. Erst nachdem man einige Jahre Abstand gewonnen hatte und feststellen mußte, daß das sich selbst überlassene Bevölkerungsproblem zu einem immer stärker entwicklungsbehindernden und entwicklungsgefährdenden Faktum wurde, wandte man sich diesen Fragen wieder und jetzt mit einer besonderen Intensität zu.

#### 4. ZIELE DER BEVÖLKERUNGSPOLITIK SEIT 1976

Im Jahre 1974 veröffentlichte das Population Council (New York) für eine Reihe von Entwicklungsländern Bevölkerungsprojektionen, die, von der bisherigen Entwicklung ausgehend, nach gleichartigen übersichtlichen Rechenverfahren Vorausschätzungen der Bevölkerungsentwicklung über die nächsten Jahrzehnte enthielten. Die entsprechenden Werte für Bangladesh finden sich in Tabelle 2.

Tabelle 2: Bevölkerungsprojektion für Bangladesh

umfaßt die bangalische Bevölkerung im Jahre	Wenn eine NRR von 1,0 (Bestandserhaltung) erreicht wird, im Jahre			
	1980	2000	2020	2040
2000	116	151	175	186
2020	140	197	267	324
2040	152	230	337	471

Mill. Einwohner

Quelle: Population Council, 1974

Für die Regierung eines Landes mit 75 Millionen praktisch in jeder Hinsicht notleidenden Einwohnern und einer ungünstigen, nur begrenzt ver-

besserbaren landwirtschaftlichen und allgemeinwirtschaftlichen Struktur wie Bangladesh mußten diese Zahlen geradezu furchterregend sein. Selbst auf der Basis der günstigsten Prognose war im Verlauf der nächsten beiden Generationen mit einer Verdoppelung der Bevölkerungszahl zu rechnen, eine Vorstellung, die man aus der chronischen Notsituation Bangladeshs heraus nur als tödlich empfinden konnte. Eine verantwortungsbewußte Regierung mußte sich hier aufgerufen fühlen, dieser Entwicklung (die nicht nur vom Population Council, sondern in gleicher Weise auch von anderen Institutionen vorausgerechnet wurde) zu begegnen.

Nur aus dieser ungewöhnlichen Situation heraus ist es zu verstehen, daß die Bevölkerungspolitik, herausgehoben aus dem Umfeld aller anderen Instrumente politischen Wirkens, eine so hohe Priorität erhielt und gleichzeitig das Bevölkerungsproblem mit so durchgreifenden politischen Maßnahmen organisatorisch angegangen wurde. Die bevölkerungspolitischen Projektionen setzten gewissermaßen die Marksteine, an denen es sich zu messen galt.

Auf dieser Basis sind bevölkerungspolitische Konzepte zu erklären, wie das im Dezember 1976 von dem zuständigen Minister verkündete Ziel, die gegenwärtige jährliche Wachstumsrate von 2,8 bis 3 % auf 2,0 % bis zum Jahre 1980 zu senken und eine Nettoerproduktionsrate von 1 im Jahre 1985 zu erreichen. In durchschnittlichen Kinderzahlen je Familie ausgedrückt, bedeutet das eine Senkung von heute 6,4 auf 2,6 Kinder. Damit will man im Jahre 2000 eine Bevölkerungszahl von 121 Mill. erreichen (die dann aus strukturellen Gründen noch bis zum Jahr 2050 auf eine Gesamtzahl von 170 Mill. weiterwächst). Erst dann hätte man eine stationäre Bevölkerung (Null-Wachstum). Um dieses Ziel, das nach den bisherigen Erfahrungen in allen Entwicklungsländern als völlig utopisch anzusehen ist, zu erreichen, wird der Entwicklungsprozeß der Bevölkerung bis zu diesem Zeitpunkt in ein technisches Programm kontrazeptiver Maßnahmen gegliedert. Das jahresweise ausgewiesene nationale Ziel wird, regional bezogen auf die einzelnen in diesem Programm arbeitenden Personen, untergliedert, wobei als Teilziel dann z. B. auftaucht, daß bis 1980 der Anteil der Frauen, die fortdauernd Geburtenkontrolle betreiben, auf etwa 22 % angeiegen sein müßte.

Das für diese Zielsetzung verantwortliche Ministerium war sich zwar 1976 darüber klar, daß es sich hierbei um eine über alles bisherige auf diesem Gebiet hinausgehende Vorstellung handelte, es wies aber darauf hin, daß die Erreichung dieses Zieles eine Lebensnotwendigkeit für die Bevölkerung sei. Die seit 1976 erzielten bevölkerungspolitischen Erfolge und die weiter geplanten Aktivitäten waren dem neugewählten Minister für Gesundheit und Bevölkerungsplanung 1979 Anlaß, als neue Zielvorstellung für die Bevölkerungszahl Bangladeshs im Jahre 2000 100 Millionen Einwohner zu nennen (Chowdhury, 1979).

In diesem Zusammenhang erscheint es zweckmäßig, auf die mehr oder weniger offiziellen Bevölkerungsprojektionen einzugehen, die für Bangladesh vorliegen. Die Projektionen unterscheiden sich in Anbetracht des Fehlens brauchbarer statistischer Grundlagen im allgemeinen in den Schätzwerten des Bevölkerungsstandes, der für das jeweilige Ausgangsjahr zugrunde gelegt wird, und in den Schätzwerten für die Bevölkerungsentwicklung in früheren Jahren, aus denen extrapoliert wird.

Alle Projektionen gehen davon aus, daß zu einem jeweils angenommenen Zeitpunkt eine Nettoreproduktionsrate von 1, d.h. der Zustand der Bestandserhaltung der Bevölkerung erreicht ist. Die Annahmen, wann dieser Punkt erreicht ist, variieren von 1985 (Regierungsprogramm) bis 2040. Die höchste errechnete Gesamtbevölkerung findet sich bei der letztgenannten Projektion, die für das Jahr 2150 eine Gesamtbevölkerung von Bangladesh in Höhe von 668 Mill. Einwohnern berechnet (Population Council, 1974).

Aus dieser Spannweite der vorhandenen Projektionen wird bereits deutlich, daß sie alle mechanische Hochrechnungen sind, denen kaum eine Bedeutung im Sinne einer Prognose zukommt. Prognostiziert wird hier also weniger ein demographisches, sondern vielmehr ein politisches Problem, die Frage nämlich, wann es der antinatalistischen Politik des Landes gelungen ist, das gesteckte Ziel zu erreichen. Dieses Ziel wird immer als Senkung der Fruchtbarkeit auf das Erhaltungsniveau definiert. Insgesamt gesehen sind somit die Bevölkerungsprojektionen für Bangladesh nicht im Sinne einer Abschätzung eines sich entwickelnden Prozesses zu sehen, sondern vielmehr als Interpolationen zwischen dem gegenwärtigen Stand und einem willkürlich gesetzten Ziel.

Wenn man von der offiziellen bevölkerungspolitischen Zielsetzung, bis zum Jahre 1985 eine Nettoreproduktionsrate von 1 zu erreichen, absieht und die realistischeren, wenngleich noch immer äußerst optimistischen Annahmen der Weltbank betrachtet, dann findet man hier eine Verschiebung des Zeitpunktes, in dem eine Nettoreproduktionsrate von 1 erreicht wird, auf das Jahr 2000. In diesem Zeitpunkt wäre die bangalische Bevölkerung bereits auf 139 Mill. angestiegen und würde in den Folgejahren noch erheblich weiterwachsen, so daß die Gesamtbevölkerung im Jahre 2050 über 213 Mill. läge. Zu dieser Annahme ist anzumerken, daß sie unter dem Aspekt einer Senkung der Fruchtbarkeit durch kontrazeptive Maßnahmen sicherlich mehr Realität hat als das von der Regierung gesetzte Ziel. Auf der anderen Seite ist aber zu berücksichtigen, daß eine Bevölkerung von über 213 Mill. auch unter günstigsten Bedingungen aus dem Lande nicht mehr ernährt werden kann, so daß das Bevölkerungswachstum von anderen, bevölkerungspolitisch nicht beeinflussbaren Faktoren wie erhöhte Sterblichkeit durch Hunger und Krankheit bestimmt wird.

Aus dieser Perspektive gesehen, gewinnt die nach bisherigen internationalen Erfahrungen utopisch erscheinende Zielvorgabe der bangalischen Regierung nachträglich ein anderes Gesicht: Das offizielle Konzept geht gewissermaßen - malthusianisch gesprochen - bis an die Grenze der präventiven checks. Jede Verschiebung der Zielerreichung über das Jahr 1985 hinaus würde einen Übergang von präventiven zu repressiven checks bedeuten.

## 5. BEVÖLKERUNGSPOLITISCHE MASSNAHMEN

### 5.1 Die Organisation der Bevölkerungskontrolle

Um die ungewöhnlich hoch angesetzten Ziele der Regierung im bevölkerungspolitischen Bereich zu erreichen, ist eine umfassende Organisation des Familienplanungsprogramms von der Regierungsspitze bis in das letzte Dorf vorgesehen und zu einem erheblichen Teil bereits aufgebaut:

Als Spitzengremium wurde das National Population Council eingesetzt, das auf Ministerebene für das Bevölkerungsprogramm verantwortlich ist. Diesem Council untersteht ein Implementation Committee, in dem die zuständigen Beamten der am Bevölkerungsprogramm beteiligten Ministerien (Gesundheit und Bevölkerungskontrolle, Landwirtschaft, Erziehung, Information, Arbeit und Wohlfahrt) beteiligt sind. Der nachgeordnete Apparat der Bevölkerungsplanung folgt der hierarchischen Gliederung der Verwaltungseinheiten. Hier hatte man zunächst die Regelung getroffen, daß gewissermaßen von der Regierungsspitze über die Ebene der Thana (Landkreise) bis in das letzte Dorf eine durchgehende Aktionskette bestand. 1979 hat man jedoch die Aktivitäten auf die Ebene der 19 Distrikte des Landes dezentralisiert und hier spezielle Stellen für Familienplanungsdirektoren geschaffen, so daß die geplanten und erforderlichen Maßnahmen in jeweiliger Anpassung an die spezifischen Bedürfnisse kleinerer Gebietseinheiten durchgeführt werden können.

So wie man bereits nach drei Jahren diesen Schritt von der Zentralisierung zur Dezentralisierung machen mußte, war es auch erforderlich, im Ministerialbereich eine Revision durchzuführen:

Es war 1976 eine Grundsatzentscheidung im Rahmen des Bevölkerungsprogramms gewesen, das Familienplanungswesen vom Gesundheitswesen zu trennen. Diese Entscheidung wurde in vieler Hinsicht kritisch diskutiert. Man hat in einer Reihe von Entwicklungsländern, insbesondere auch im südostasiatischen Bereich, die Erfahrung gemacht, daß eine zunächst isoliert geplante Organisation zur Familienplanung erst in Zusammen-

arbeit mit dem Gesundheitswesen sinnvoll wirken konnte und daher die ursprünglich getrennten Einheiten zusammengeführt. Bei dieser Überlegung waren der Gedanke und die Erfahrung leitend, daß eine Bevölkerung nur dann bereit ist, ihre Kinderzahl zu reduzieren, wenn ein ausreichender Gesundheitsdienst für Mutter und Kind gewährleistet, daß die geborenen Kinder auch überleben. Andernfalls sehen sich die Familien im Interesse ihrer Versorgung mit Arbeitskräften und zur sozialen Sicherstellung veranlaßt, gewissermaßen "zur Sicherheit" und "auf Vorrat" Kinder zu erzeugen, die die möglichen Sterbefälle kompensieren.

In Bangladesh bestand ursprünglich ein einheitliches Ministerium für Gesundheit und Familienplanung. Es wäre also im Sinne dieser Erfahrungen zweckmäßig gewesen, die bestehende Einheit zu erhalten. Daß man dennoch zu einer Aufteilung der Kompetenzen in zwei Ministerien schritt, läßt sich nur aus der besonderen demographischen Notlage des Landes und den außerordentlich beschränkten wirtschaftlichen Mitteln erklären: Dem Bevölkerungsplanungsprogramm wurde in der Prioritätenliste der Regierung neben der Entwicklung der Landwirtschaft die erste Priorität zugewiesen, während das Gesundheitswesen auf dieser Liste sehr weit hinten rangierte. Diese Trennung ließ sich nur dahingehend interpretieren, daß in Anbetracht der beschränkten zur Verfügung stehenden Mittel die Bevölkerungsplanung nicht dadurch behindert werden sollte, daß man sich zusammen mit der Familienplanung gleichzeitig um ein - kostenaufwendiges - Gesundheitswesen sorgen müßte, sondern zunächst alle Mittel in den Familienplanungsbereich fließen lassen könnte. Dahinter stand die Überlegung, daß viele Familien in Bangladesh bereits mehr Kinder haben, als sie auch in Anbetracht der bestehenden gesundheitlichen Unsicherheiten haben wollen, so daß eine Bereitschaft zur Verhinderung weiterer Geburten in der Bevölkerung auch bei Beibehaltung des gegenwärtigen Zustandes des Gesundheitswesens vorhanden wäre. Erst wenn die Erfolge der Familienplanung den Grenzbereich erreichen, in dem Familien gesundheitliche Risiken und Kinderzahl gegeneinander abwägen, wäre eine erneute Zusammenführung von beiden Ministerien notwendig.

Diese Entscheidung war insoweit riskant, als auch in Bangladesh mit einer gewissen Differenzierung des generativen Verhaltens und der Familienplanungsaktivität zu rechnen ist, so daß die Erwägungen, die für eine Kopplung der Familienplanung mit der Entwicklung des Gesundheitswesens sprechen, möglicherweise für einen Teil der Bevölkerung bereits heute maßgebend sind. Hinzu kam, daß der Bereich der Familienplanung in vieler Hinsicht auf Einrichtungen und Personal des Gesundheitswesens zurückgreifen mußte, so daß durch die organisatorische Trennung beider Bereiche erhebliche Beeinträchtigungen des Familienplanungsprogramms auftraten. Diese Bedenken und Erfahrungen haben dazu geführt, daß im Zuge der Regierungsneubildung 1979 beide Aufgaben wieder in einem

Ministerium für Gesundheit und Bevölkerungsplanung vereinigt wurden.

In regionaler Hinsicht ist Bangladesh in 19 Distrikte gegliedert, die, wie bereits erwähnt, gegenwärtig dezentralisiert jeweils die Träger der familienpolitischen Maßnahmen sind. Unter den Distrikten stehen die Thana, die etwa unseren Landkreisen entsprechen. Von diesen insgesamt 437 Thanas, die als Verwaltungseinheit um jeweils eine Polizeistation aufgebaut sind, sind 365 ländlich, der Rest städtisch. In einem Thana leben bis zu 200 000 Personen. Unterhalb der Ebene des Thana finden sich als weitere Gliederungseinheiten die Unions (insgesamt 4 500). Unter diesen steht das Ward, eine mehr theoretische Einheit ohne physische Grundlage, die im allgemeinen drei bis fünf Dörfer umfaßt. Insgesamt gibt es 13 500 Wards und 65 000 Dörfer. Das Ward stellt die unterste organisatorische Einheit dar.

In dieser Hinsicht weist vor allem das Thana eine besonders komplizierte organisatorische und personelle Struktur auf: Auf der Gesundheitsseite ist ein Thana Health Administrator (Arzt) beschäftigt, dem zwei Medical Officers (ebenfalls Ärzte, die behandelnd tätig sind) unterstehen. Weiterhin unterstehen ihm zwei weibliche Family Visitors, die die Familienplanung überwachen und aufgrund ihrer 18monatigen Ausbildung in der Lage sind, auch bei Beschwerden im Zusammenhang mit kontrazeptiven Maßnahmen zu beraten oder auch IUDs einzusetzen. Auf der Familienplanungsseite des Thana gibt es den Thana Family Planning Officer, der ausschließlich für Familienplanung zuständig ist. Ihm ist noch ein Thana Technical Officer (Arzt) zugeordnet.

Unter der Thana-Ebene finden sich in den 4 500 Unions auf der medizinischen Seite Medical Assistants, die im allgemeinen präventiv und auch kurativ tätig sind. Diese Assistants haben ihre Ausbildung zum großen Teil abgeschlossen. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, daß die Ärzte und auch das paramedizinische Personal in den in dieser Hinsicht gut ausgebauten akademischen Bildungsstätten in Bangladesh selbst ausgebildet und weitergebildet werden. Als hinderlich erweist sich hier nur die Tatsache, daß in Anbetracht der trotz mehrfacher Verbesserungen immer noch geringen Gehälter der im Familienplanungs- und Gesundheitswesen des Landes beschäftigten Ärzte kein großer Anreiz besteht, in diesem Bereich tätig zu werden, so daß Bangladesh einen beträchtlichen brain drain hinsichtlich der dort ausgebildeten medizinischen Kräfte aufweist.

Auf der Familienplanungsseite findet sich auf der Union-Ebene jeweils ein Family Planning Assistant (männlich). Von ihnen waren 1978 bereits 4 500 eingestellt, so daß die Planungen auf Union-Ebene erfüllt sind. Daneben ist bei jeder Union ein Family Welfare Visitor (weiblich) tätig, von denen bereits ungefähr 2000 eingestellt sind. Sie erhalten eine 18monatige

Fachausbildung in einem der 9 auf diesem Gebiet tätigen Trainingsinstitute. Jede Union hat ein Union Center als bauliche Grundlage, von denen bereits über 700 arbeiten, obwohl zum Teil noch geeignete Gebäude fehlen. Es ist geplant, und diese Planung wird voraussichtlich auch durchgesetzt, daß künftig jährlich 500 neue Union Centers zusätzlich aufgebaut werden, bis alle 4 500 Unions ein entsprechendes Familienplanungszentrum haben.

Die darunter liegende Ebene des Ward beschäftigt auf der Gesundheitsseite einen männlichen Family Welfare Worker, eine Einrichtung, die bereits seit 12 Jahren in Bangladesh vorhanden ist. Diese Personen nehmen Impfungen vor und sind für die Malaria- und Pockenkontrolle zuständig. Insgesamt befinden sich bereits 10 000 dieser Family Welfare Workers im Dienst. Sie wurden - obwohl sie der Gesundheitsseite angehörten - wiederholt bei den verschiedenen Kampagnen auch für Familienplanungszwecke eingesetzt.

Auf der Familienplanungsseite findet sich beim Ward ein weiblicher Family Welfare Assistant, von denen bereits über 10 000 im Dienst sind. Diese Family Welfare Assistants sollten nach 8 Jahren Schulausbildung eine dreimonatige Fachausbildung bekommen. Gegenwärtig sind - um das Programm schneller voranzutreiben - diese Anforderungen auf 5 Jahre Schulausbildung und 1 Monat Fachausbildung reduziert. Es ist vorgesehen, diese Kräfte, die eine wesentliche Rolle als Motivatoren und Verteiler von Antikonzeptiva spielen, durch mobile Trainingsteams weiter auszubilden, so daß sie die Rolle von barefoot doctors übernehmen können.

Die Family Welfare Assistants stammen jeweils aus den Dörfern, in denen sie arbeiten, so daß ein enger Kontakt mit der Bevölkerung sichergestellt ist. Gegenwärtig laufen Anwerbungs- und Ausbildungskampagnen, und es ist wahrscheinlich erreichbar, sämtliche 13 500 Family Welfare Assistants noch im Jahre 1979 auf ihren Posten zu bringen.

Wenn man davon ausgeht, daß 13 500 Family Welfare Assistants für 81 Mill. Einwohner tätig sind, dann ergibt sich für einen Assistenten eine Zahl von 6 000 zu betreuenden Personen, unter denen etwa 3 000 Erwachsene im fruchtbaren Alter und unter ihnen wiederum 1 500 weiblichen Geschlechts sind. Diese Zahl möglicher Klienten läßt sich bei intensivem Arbeitseinsatz der Assistants zur Not mit Antikonzeptiva versorgen. Ob daneben noch Zeit für Motivationsarbeit bleibt, muß jedoch offen bleiben.

Neben dem im Rahmen des Familienplanungsprogramms speziell ausgebildeten und eingestellten Personal hat die bangalische Regierung weiterhin die sogenannten Dais mit in das Vorhaben einbezogen, herkömmliche Hebammen, die in ihren Dörfern eine erhebliche meinungsbildende Rolle spielen und die von der Regierung mit einem Minimalgehalt als Meinungsbildner und auch als Verteiler von Antikonzeptiva eingestellt werden. Auf

diese Weise kann sich der Arbeitsaufwand für die Family Welfare Assistants je nach Aktivität der 8 000 Dais erheblich verringern.

Zur Bewertung des gesamten Systems ist festzustellen, daß die entscheidende Arbeit in der Bevölkerung auf Ward- und Dorfebene von den Family Welfare Assistants geleistet wird. Wir hatten wiederholt Gelegenheit, Frauen, die diese Aufgabe versehen, zu sprechen und gewannen den Eindruck, daß hier erhebliche "Begabungsreserven", die in den Dörfern zu finden waren, erschlossen worden sind. Als hinderlich für ihre Tätigkeit erwies sich die auf einen Monat beschränkte und damit völlig unzureichende Ausbildung. Hier sind - vorgesehene - Nachhol- und Ergänzungskurse eine zwingende Notwendigkeit, um die Funktion dieser für das Programm entscheidenden Kräfte sicherzustellen.

In den Stadtgebieten wurde die Organisation "Concerned Women for Family Planning" gewissermaßen als Selbsthilfeorganisation von Frauen ins Leben gerufen. In ihrem Rahmen beraten einschlägig informierte Frauen andere, die dem Programm noch weniger aufgeschlossen gegenüberstehen.

Bangladesh hat damit ein organisatorisch einmaliges umfassendes System von Familienplanungsbeauftragten aufgebaut. Die Auswahl dieser Kräfte und ihre jeweilige regionale Verankerung stellen sicher, daß ein auf dieser Basis an die Bevölkerung herangetragenes Familienplanungsprogramm von ihr nicht als Fremdkörper empfunden wird, sondern - soweit eine Familienplanung für die einzelnen Familien sinnvoll ist - auch als Hilfsmaßnahme gewissermaßen organisch akzeptiert werden kann. Zweifellos ist es eine bewundernswerte Leistung, daß die große Zahl der auf diesem Gebiet Tätigen in dem zur Verfügung stehenden äußerst kurzen Zeitraum wenigstens provisorisch ausgebildet werden konnte. Auch wenn hier noch ein erheblicher Nachholbedarf an Weiterbildung besteht, ist doch darauf hinzuweisen, daß die jeweils in den Dörfern Tätigen in Zukunft immer die Möglichkeit haben, auf fachlich qualifizierte Kräfte auf Kreisebene zurückzugreifen.

Die Notwendigkeit, in kurzer Zeit unter ungünstigen Bedingungen und ohne entsprechende Erfahrungen aus anderen Ländern eine gewaltige Organisation aufzubauen, hat gelegentlich zu Fehlgriffen geführt, so daß innerhalb relativ kurzer Zeit mehrere durchgreifende Änderungen des Organisationsplanes notwendig waren. Auf diese Weise wird - besonders für den außenstehenden Beobachter - die Übersicht über das vorhandene System erschwert; es bleibt aber festzustellen, daß hier ein weltweit einmaliger organisatorischer Kraftakt geleistet wurde, der Beachtung verdient.

Ein entscheidender Gesichtspunkt für den Erfolg des Programms ist aber nicht nur die personell-organisatorische Seite, sondern auch die Frage, wieweit die notwendigen Materialien - Antikonzeptiva, Medikamente etc. -

regional verteilt, gelagert und an die einzelnen unterverteilt werden können. Hier hat UNICEF mit großem Aufwand (10 % aller UNICEF-Gelder fließen nach Bangladesh) ein nahezu perfektes Verteilungs- und Lagerungssystem über das ganze Land aufgebaut, das mit einer großen Zahl von Transportfahrzeugen und Lagerhäusern die Gewähr bietet, daß die benötigten Materialien an jedem Ort regelmäßig zur Verfügung stehen.

## 5.2 Besondere bevölkerungspolitische Maßnahmen

Um das Bevölkerungsplanungsprogramm im Sinne der großen Bedeutung, die ihm zugemessen wird, in geeigneter Weise im Land einzuführen, wurden bisher zwei Großkampagnen durchgeführt, eine Informations- und Saturationskampagne sowie ein Sterilisationsprogramm.

Da bekannt war, daß ein großer Teil der bangalischen Bevölkerung über Familienplanung weder ihrem Wesen nach noch in technischer Hinsicht informiert war, wurde im Januar 1976 eine Informations- und Saturationswoche durchgeführt, in der 36 000 Beauftragte aus allen Bereichen der öffentlichen Verwaltung (12 000 Family Welfare Workers mit jeweils 2 Assistenten) eine von Haus zu Haus gehende Beratung über Antikonzeption durchführten. Die Angaben über die Zahl der erreichten Haushalte sind sehr schwankend. Während das zuständige Ministerium im Dezember 1976 berichtete, daß 96 % aller Haushalte besucht worden seien, ergab eine im Rahmen einer Pockensuchaktion durchgeführte Kontrolle, daß tatsächlich nur 61 % der Haushalte im Zuge dieser Kampagne besucht wurden. Auch diese Zahl ist als landesweiter Wert beachtlich. Sie ist aber im Vergleich zu den bisherigen Erfahrungen z. B. mit Pockensuchaktionen, die nach dem gleichen Arbeitsschema durchgeführt wurden und die eine Besuchsquote von über 80 % aufweisen, doch relativ niedrig. Wenn somit auch die hochgesteckten Ziele dieser Informationskampagne nicht erreicht wurden, so ist doch ein gewisses Problembewußtsein und möglicherweise eine gewisse Neugier im Hinblick auf die Familienplanung in der Bevölkerung erweckt worden, die durch weitere Maßnahmen ausgebaut und operationalisiert werden können.

In Verbindung mit dieser Informationskampagne wurde eine Saturation mit Antikonzeptiva durchgeführt, die gewissermaßen eine jeden Haushalt erreichende "Überflutung" mit den technischen Hilfsmitteln der Antikonzeption darstellen sollte (Khan, 1977; Huber, 1979). Zweifellos handelt es sich bei diesem Vorgehen um eine eindrucksvolle Maßnahme, eine bisher in diesem Bereich wenig aufgeschlossene Bevölkerung nachdrücklich mit dem Gedanken einer Familienplanung bekanntzumachen, und diejenigen, die diesem Konzept schon aus den verschiedensten Gründen aufgeschlossen waren, technische Möglichkeiten zur Realisierung zu bieten. Die über

diese Saturationskampagne vorliegenden Berichte, insbesondere ein Bericht der Gesundheits- und Bevölkerungsabteilung der Regierung, zeigen jedoch, daß diese Kampagne aufgrund der noch unzureichenden Ausbildung der entsprechenden Verteiler zu unbefriedigenden Ergebnissen führte. Viele Frauen haben Antikonzeptiva zwar entgegengenommen, sie aber nicht oder falsch benutzt, so daß nicht nur keine Wirkung eintrat, sondern auch eine Verstimmung über den Mißerfolg. Der ausführliche schonungslose amtliche Bericht über den partiellen Fehlschlag dieses Programmes läßt jedoch erwarten, daß die Verantwortlichen für dieses Vorhaben sich nicht über die Realität hinwegtäuschen, sondern daß die Probleme der Praxis gesehen und Mißerfolge ausführlich analysiert werden.

Als zweite Kampagne wurde im März/April 1977 ein Sterilisationsprogramm durchgeführt, das mit für diesen Zweck speziell eingerichteten Behelfskliniken und mit Hilfe von 300 hierfür speziell ausgebildeten und bezahlten Ärzten durchgeführt wurde. Die Zielvorgaben wurden regional gegliedert; insgesamt sollten im Rahmen dieser Kampagne 60 000 Personen (Männer und Frauen) sterilisiert werden. Dieses Ziel wurde nach Angaben des zuständigen Ministeriums um 15 000 überschritten. Es ist in diesem Zusammenhang anzumerken, daß dieses Programm auf der Basis vollständiger Freiwilligkeit durchgeführt wurde, wobei jedoch den Sterilisierten eine in Anbetracht des geringen Durchschnittseinkommens attraktive "Aufwandsentschädigung" (z. B. für Reisekosten, Verpflegung etc.) gezahlt wurde.

Diese Sonderprogramme waren zunächst als einmalige Stimulanzien des bevölkerungspolitischen Programms gedacht. Der überwältigende Erfolg des ersten Sterilisierungsprogramms veranlaßte das National Population Council, die Sterilisation als regelmäßige Dienstleistung für alle Gesundheitszentren vorzusehen. In diesem Sinne wurde 1977 ein spezielles Ausbildungsprogramm für Ärzte vorgesehen. Eine optimistische Schätzung des National Council geht dahin, daß im Durchschnitt gesehen eine Sterilisation 1,8 Geburten einspart.

Ab Juli 1978 wurde eine neue intensive Sterilisationskampagne in 200 ausgewählten Bezirken durchgeführt. Als Unterstützung für die Maßnahmen des National Population Council wurde hierbei auch die private Bangladesh Association for Voluntary Sterilization (BAVS) tätig. Die Erfolge dieses neuen Programms führten zu dem Schluß, daß es zweckmäßig wäre, neben den im öffentlichen Dienst tätigen Ärzten auch (insgesamt 500) Privatärzte in das Programm einzubeziehen, die in ihren Privatpraxen sterilisieren sollten. Weiterhin wurde überlegt, auch paramedizinische Kräfte nicht nur wie bisher unter Aufsicht Sterilisationsoperationen durchführen zu lassen, sondern sie soweit weiterzubilden, daß sie selbständig auf diesem Gebiet arbeiten können. Insgesamt ist vorgesehen, den Anteil der Sterilisationen im "kontrazeptionellen Mix" auf 20 % zu bringen.

Der Bangladesh Observer vom 30. 3. 1979 berichtete, daß die geplante Zahl von 10 000 Sterilisationen monatlich inzwischen regelmäßig um 10 % überschritten würde. Die Sterilisation hat für ein bevölkerungspolitisches Programm eine besondere Bedeutung, da hier eine einmalige Entscheidung des Betroffenen dauernde Unfruchtbarkeit garantiert. Bei allen anderen kontrazeptiven Maßnahmen bedarf es ja einer ständigen Motivation, nicht nur die entsprechende Maßnahme aufzunehmen, sondern sie auch zuverlässig fortzusetzen. Aus dieser Perspektive liegt es nahe, daß neben den dauernd wirksamen Sterilisationen Intrauterinpessare, die ebenfalls wenig Entschlüsse je Zeiteinheit verlangen, im Vordergrund stehen und dann erst Injektionskontrazeptiva, orale Kontrazeptiva, Kondome und andere Maßnahmen in der Rangfolge ihres geplanten Einsatzes folgen.

Die Intensität der durchgeführten Maßnahmen wird am besten durch ein Zitat des Population Services International (Washington D. C.) beleuchtet, die darauf hinweisen, daß das Vertriebsprogramm für Kontrazeptiva in Bangladesh "not only the largest of its kind, but almost certainly the most cost-effective major family planning programme anywhere in the world" sei (nach Asian and Pacific Population Programme News 1978, Vol. 7, p. 21).

## 6. ERFOLGSAUSSICHTEN DES PROGRAMMS

Die Verhaltensweise eines Individuums bzw. einer Gruppe von Individuen gegenüber dem Konzept der Familienplanung läßt sich modellhaft in folgende Teile zerlegen:

- Information über Zweck, Methoden und Ziele der Geburtenkontrolle
- Reflexion des Einzelnen und der Gruppe
- Soziale Akzeptierbarkeit des Verfahrens
- Verfügbarkeit der technischen Mittel und der Anleitung dazu

Diese vier Punkte bilden gewissermaßen die Grundlage für ein Handeln im Sinne des vorgesehenen Programms. Der Schritt von der grundsätzlichen Bereitschaft zum familienplanerischen Handeln bis zur Realisierung dieser Bereitschaft muß eine gewisse Schwelle überwinden, die im wesentlichen von irrationalen Faktoren gebildet wird. Die Überwindung dieser Schwelle hängt ganz wesentlich davon ab, wieweit es gelingt, die affektiven Komponenten des Handelns im Sinne einer intensiveren Bedürfnisdeckung zu beeinflussen. Das kann in verschiedener Weise erfolgen: durch individuelle Überredung und Überzeugung, durch sozialen Gruppendruck oder aber auch durch materielle und sonstige Anreize.

Nach Überwindung dieser Schwelle setzt dann das praktische Handeln im Sinne des Familienplanungsprogramms ein. Für den Erfolg des Programms ist entscheidend, daß dieses familienplanerische Handeln fortgesetzt und nicht bald wieder aufgegeben wird. Dazu ist es nicht nur erforderlich, daß die vier genannten Punkte gleichbleibend weiter Bedingungen für das praktische Handeln setzen, sondern darüber hinaus auch ganz wesentlich, daß aus diesem Handeln ein Erfolgserlebnis für den Einzelnen und seine Angehörigen erwächst. Hiervon hängt die Fortsetzung des Verhaltens im gewünschten Sinne entscheidend ab.

### 6.1 Bisherige Erfahrungen

Wendet man diese modellartige Überlegung auf das praktische Vorgehen der bangalischen Regierung im Bereich der Familienplanung an, dann sind die Maßnahmen der Information und der Saturation mit Antikonzeptiva voll in dieses Schema einzugliedern. Auch das Problem der sozialen Akzeptierbarkeit der Maßnahmen ist in dem bangalischen Programm voll berücksichtigt worden. Das äußert sich darin, daß man die traditionellen Meinungsbildner im Dorf, die Dorfältesten, die Dais und - im Familienbereich - die Ehemänner für das Programm zu gewinnen versucht und sie darüber hinaus zu Mitträgern macht. Der Aufbau eines Verteilungssystems stellt schließlich die notwendige Verfügbarkeit der Mittel und das dadurch gegebene Gefühl der Gewißheit einer weiteren Versorgung mit dem einmal gewählten Mittel sicher.

Zur Überwindung der irrationalen Schwelle, die von diesen vorbereiteten Stufen zum praktischen Handeln führt, sind in Bangladesh Maßnahmen getroffen bzw. eingeleitet worden, die durchaus in diesem Sinne zweckmäßig sind: die bereits praktizierte und weiter vorgesehene direkte Ansprache der Frau und der Familie in ihrer Wohnung, weiterhin der Versuch, durch Meinungsbildung auf Gemeindeebene einen gewissen sozialen Druck auszuüben und schließlich die bislang nur auf die Maßnahme der Sterilisation beschränkte Verteilung von finanziellen Anreizen. Die bisher erzielten Erfolge, die im einzelnen noch darzustellen sind, sprechen dafür, daß es tatsächlich gelungen ist, die Schwelle in erheblichem Umfang zu überschreiten.

Als entscheidend erweist sich nun das Problem, diesem Handeln in der Bevölkerung ein Erfolgserlebnis folgen zu lassen. Das bedeutet kurzfristig, daß aus dem familienplanerischen Handeln keine psychischen und physischen Unzuträglichkeiten für den Benutzer entstehen dürfen bzw. wenn sie entstehen, daß für eine sofortige Abhilfe gesorgt wird. Auf diesem Sektor liegt gegenwärtig in Bangladesh noch vieles im argen, da weder die Nebeneffekte der oralen Antikonzeptiva noch die der Injektions-

präparate oder der IUDs durch eine ausreichende Nachsorge aufgefangen werden. Es ist daher zu erwarten, daß nicht nur die Zahl der bereits im Sinne des Bevölkerungsplanungsprogramms Handelnden absinkt, sondern darüber hinaus auch noch durch die Verbreitung ungünstiger Erfahrungen mit der Familienplanung potentielle Benutzer abgeschreckt werden.

Diese bislang betrachtete Sequenz, die zum familienplanerischen Handeln und zu seiner Fortsetzung führt, gilt jedoch nur unter kurzfristigem Gesichtspunkt. Es ist in der Informationsphase durchaus möglich, den Beteiligten die wirtschaftliche Last, die eine übergroße Familie bedeutet, aufzuzeigen, die gesundheitlichen Gefahren für Mütter und Kinder und auch die Sorge um die zahlreichen Kinder zu verdeutlichen. Hinzu kommen irrationale Gründe wie der Druck der öffentlichen Meinung und soziale "Moden". Diesen für eine Familienplanung sprechenden Gründen stehen andere entgegen, die aus der Sicht des Individuums und der einzelnen Familie gegen eine Befolgung der familienplanerischen Konzepte stehen: der Ausfall von Kindern als Arbeitskraft, das Fehlen von Kindern als Alterssicherung, die Ungewißheit, ob die einmütig geborenen Kinder überleben etc. Daneben stehen irrationale Faktoren, die gegen eine Familienplanung sprechen, die Meinung, daß Kinder Prestige bedeuten, mißinterpretierte religiöse Vorstellungen und auch obrigkeitshenfeindliche Einstellungen, die jedem "von oben" kommenden Konzept mißtrauen.

Während diese irrationalen, möglicherweise negativ wirkenden Faktoren stets latent vorhanden sein und auch bei kleinsten äußeren Anlässen wieder praktisch bedeutsam sein können, sind die oben genannten rationalen Faktoren, die gegen eine forcierte Familienplanung sprechen, erst langfristig wirksam. Es ist daher durchaus möglich, daß die Bevölkerung sich - zumal wenn das Familienplanungsprogramm aktiv durchgesetzt wird, nur der kurzfristig wirksamen positiven Seite zuwendet und darüber die negativen Faktoren so lange vergißt, bis sie sich praktisch auszuwirken beginnen. Das kann aber unter Umständen erst in 10 oder 15 Jahren sein.

In der Praxis werden sich die für und gegen familienplanerisches Verhalten sprechenden Gründe nicht modellartig voneinander trennen lassen, sondern alle Faktoren werden gleichzeitig bei verschiedenen Individuen in verschiedenen Regionen und möglicherweise auch im Verlauf des Lebens eines Individuums vorhanden sein, so daß sich das gesamte Programm in einem sich ständig verändernden Spannungsfeld bewegt. Aus diesem Grunde wird eine Fortsetzung und Intensivierung des Programms stets von einer massiven Fortsetzung der Beeinflussung der oben genannten fördernden Faktoren abhängen. Diese Erkenntnis hat sich - wie die umfangreichen organisatorischen Einrichtungen und Planungen zeigen - auch bei der bangalischen Regierung durchgesetzt.

Die Ergebnisse, die sich mit Hilfe der bisherigen Maßnahmen erzielen ließen, wurden besonders im Landkreis Matlab untersucht. Hier wurden im Oktober 1975 89 % aller Haushalte aufgesucht. Es ergab sich dabei, daß von den Besuchten 2 % moderne und weitere 5 % traditionelle Mittel der Geburtenplanung verwendeten, weitere 23 % wußten immerhin, wo man Antikonceptiva erhalten konnte. Ein Drittel aller Frauen äußerte, daß man später einmal Familienplanung (vorzugsweise mit Hilfe der oralen Antikonceptiva) treiben wolle.

Drei Monate nach der Saturationskampagne vom Januar 1976 ergab sich, daß 18 % aller Haushalte in dem Verteilungsbereich irgendeine Maßnahme der Familienplanung aufgenommen hatten, von denen nach 9 Monaten im November 1976 noch 15 % aller Haushalte die einmal begonnenen familienplanerischen Maßnahmen fortsetzten.

In diesem Zusammenhang ist anzumerken, daß in dem Untersuchungsgebiet Matlab, aus dem die oben dargestellten Befunde stammen, eine besonders intensive Betreuung der Bevölkerung in gesundheitlicher und sozialfürsorgerischer Hinsicht bereits seit Jahren durch das Cholera Research Laboratory bestand, die bereits eine umfangreiche Vertrauensbasis geschaffen hat. Hinzu kommt, daß die organisatorische und personelle Seite in diesem Bereich optimal gelöst war. Die gefundenen Erfolgswerte sind somit für das Land nicht repräsentativ, sie werden erst dann, wenn die Gesamtorganisation des Familienplanungsapparates in Bangladesh funktioniert, erreicht werden können.

In diesem Zusammenhang ist zur Charakterisierung der Situation in Bangladesh ein Vergleich mit anderen Ländern zweckmäßig, in denen ebenfalls eine Saturationskampagne mit Haushaltsverteilung von Antikonceptiva durchgeführt wurde:

In Taiwan gelang es, den Anteil der permanent Geburtenkontrolle Treibenden in der Bevölkerung von 48 auf 60 % (20 Monate nach der Saturationskampagne kontrolliert) zu heben; in Ägypten hat man den bisherigen Stand von 18 % auf 31 % angehoben. Wenn demgegenüber die intensiven Maßnahmen in Bangladesh von dem niedrigen Stand von 2 % eine Anhebung auf 15 % ermöglichen, dann wird deutlich, daß Erfolge eines solchen Familienplanungsprogramms zu einem ganz entscheidenden Teil von sozialen und anderen Faktoren abhängen, die sich auch mit Hilfe einer noch so perfekten Organisation des Familienplanungswesens nicht überspielen lassen. Es ist in diesem Zusammenhang notwendig, noch einmal darauf hinzuweisen, daß die oben aufgeführten Erfolgswerte für Bangladesh in der gegenwärtigen Situation ein für das ganze Land noch nicht zu erwartendes Maximum bezeichnen.

Die Studie in Matlab gibt noch einen weiteren wesentlichen Hinweis: Die

Ausbreitung der Familienplanung fand zunächst im Sinne einer regionalen Cluster-Bildung statt und dehnte sich erst im Verlauf des Jahres gleichmäßiger über die Bevölkerung aus. Dieser Befund spricht für die große Bedeutung der gemeinsamen Entscheidungsbildung sozialer Gruppierungen in einem Dorf, die es den einzelnen nicht nur erleichtert, die Schwelle zwischen Bereitwilligkeit und praktischem Handeln zu überwinden, sondern die darüber hinaus möglicherweise durch sozialen Gruppendruck dieses Überschreiten mehr oder weniger erzwingt. Aus dieser Sicht erweist es sich als außerordentlich wichtig, das Konzept "Entscheidungsbildung auf Gemeinschaftsebene" zu fördern. Solche Förderungsmaßnahmen können wie bisher durch audiovisuelle Information, durch eine entsprechende Ausrichtung schulischer Curricula etc. gefördert werden.

Weitere mögliche Maßnahmen, z. B. eine forcierte antinatalistische Gesetzgebung nach indischem Vorbild, wurden auch in Bangladesh vereinzelt erörtert. Diese Gedanken werden aber besonders nach dem Fehlschlagen des indischen Programms zur Zeit nicht weiter verfolgt. Als flankierende Maßnahmen im Rahmen des Bevölkerungsprogramms wird eine Liberalisierung der Abtreibungsgesetzgebung ins Auge gefaßt, wobei anzumerken ist, daß gegenwärtig bereits die Abtreibung mit traditionellen Verfahren nach Schätzung einiger Ärzte 10 % aller Schwangerschaften beendet. In jüngerer Zeit sind darüber hinaus unter der Bezeichnung Menstrual Regulation in erheblicher Zahl auch wider bestehendes Recht in zahlreichen öffentlichen Kliniken Abtreibungen praktiziert worden.

Die Überlegung, eine Einschränkung der Fruchtbarkeit durch die Anhebung des gegenwärtig sehr niedrigen Heiratsalters (bei den Frauen wird als Durchschnittswert 13 Jahre genannt) zu erreichen, kann nur über den Weg einer Überzeugung der Öffentlichkeit erfolgen, die dann durch einen entsprechenden auf den einzelnen ausgeübten Gruppendruck auf die Einhaltung dieser akzeptierten Norm achtet. Zweifellos läßt sich von dieser Seite her eine weitere Eindämmung der Fruchtbarkeit erreichen.

## 6.2 Die Bedeutung materieller Anreize

Als besonderer Gesichtspunkt ist noch die Frage zu behandeln, mit welchen Hilfsmaßnahmen die oben erwähnte Schwelle zwischen Bereitschaft zur Familienplanung und praktischem Handeln leichter überwunden werden könnte. Es konnte bereits weiter oben darauf hingewiesen werden, daß hier Gruppenentscheidungen und Normsetzungen eine gewisse Rolle spielen, ebenso wie der von Hausbesuchern ausgeübte überredende Einfluß. Umstritten ist der Einsatz von materiellen Anreizen.

Im Zusammenhang mit dem im März und April 1977 durchgeführten

Sterilisierungsprogramm wurden Frauen 80 Taka und Männern 60 Taka (12,80 bzw. 9,60 DM) sowie jeweils ein Kleidungsstück als materieller Anreiz geboten. Diese Zahlung wurde nach außen hin als Ersatz der Reisekosten, Verpflegungskosten und Ausgleich für die Versorgung der zu Hause bleibenden Kinder deklariert. Tatsächlich wird aber nur ein Bruchteil dieses Betrages für die genannten Zwecke verbraucht. Es handelt sich hierbei um einen in Anbetracht des sehr geringen Einkommens der Bevölkerung beträchtlichen materiellen Anreiz. Die durchgeführte Kampagne zeigt, daß die Vergabe solcher Anreize die Zahl der Sterilisierungen bei Männern besonders stark ansteigen läßt, während die Frauen schon vorher stärker zu einer Sterilisierung bereit waren. Einzeluntersuchungen der USAID zeigen, daß 50 % der zur Sterilisierung bereiten Frauen durch Motivatoren (die mit einem "Kopfgeld" belohnt wurden), die übrigen durch Informationen durch Nachbarn und Freunde für die Sterilisation gewonnen wurden.

Dieses Programm, mit Hilfe von materiellen Anreizen zu arbeiten, ist wiederholt kritisiert worden, wobei die Kritiker annehmen, daß Frauen, durch den materiellen Anreiz gelockt, zu einer rational nicht vertretbaren, übereilten Sterilisation getrieben wurden. Die von uns in verschiedenen Sterilisationszentren eingesehenen Unterlagen zeigen jedoch, daß die bereits vorhandene Zahl der lebenden Kinder bei diesen Frauen zwischen 5 und 7 lag, so daß hier tatsächlich eher die Last der großen Familie, weniger aber der materielle Anreiz zur Sterilisierung führten. Zweifellos wird aber bei vorhandener Bereitschaft der materielle Anreiz für die Überwindung der Schwelle, die zum praktischen Handeln führt, bedeutsam.

Die BAVS-Klinik der Internationalen Gesellschaft für freiwillige Sterilisation steht diesem Aspekt des Sterilisationsprogramms der Regierung äußerst kritisch gegenüber und weist darauf hin, daß im Rahmen dieser Klinik fortlaufend Sterilisationen durchgeführt werden, für die keine materiellen Anreize gegeben werden, sondern für die die Frauen sogar einen bestimmten Betrag bezahlen müssen. Die Ärzte dieser Klinik weisen besonders darauf hin, daß auch während der Sterilisierungskampagne im März/April 1977 nach wie vor Frauen in die BAVS-Klinik zur Sterilisation kamen und die Operation bezahlten, obwohl sie wenige Kilometer weiter für die gleiche Maßnahme eine Prämie hätten erhalten können.

Der Gegensatz zwischen beiden Verfahren ist unserer Ansicht nach nur ein scheinbarer. Die Überwindung der Schwelle zwischen Bereitschaft und Handeln kann - da es sich hier ohnehin um einen weitgehend irrationalen Bereich handelt - ebenso durch einen materiellen Anreiz gefördert werden, wie auch dadurch, daß man die Möglichkeit erhält, durch Bezahlung einen dadurch als besonders wertvoll charakterisierten Zustand zu

erreichen. In beiden Fällen ist somit eine Bedürfnisweckung gegeben. Keine Bedürfnisweckung bestünde nur, wenn die Sterilisation kostenlos und ohne materielle Anreize gegeben würde, da sie dann offensichtlich "nichts wert" ist.

Die Diskussion über die materiellen Anreize sollte somit insbesondere unter diesem Aspekt der affektiven Komponenten gesehen werden, und die Tatsache, daß sich das Motivationsniveau bei den Frauen durch die Verteilung dieser Anreize nicht wesentlich verändert hat, spricht dafür, daß es sich hier kaum um ein moralisch abzuwertendes "Kaufen" einer Verhaltensweise handelt; wemgleich auch der äußere Anschein dagegen sprechen mag.

Von gewisser praktischer Bedeutung für die Durchführung des Familienplanungsprogramms ist es, eine geeignete "antikonzeptionelle Mischung" der Maßnahmen zu finden. Das empfiehlt sich nicht nur aus gesundheitlichen Gründen, da die verschiedenen Methoden unterschiedliche Nebeneffekte für den einzelnen haben können, sondern hinzu kommt auch, daß die einzelnen Verfahren eine unterschiedliche Häufigkeit von Entschlüssen je Zeiteinheit verlangen (orale Antikonzeptiva verlangen eine tägliche Entscheidung, Injektionspräparate eine Entscheidung in drei oder sechs Monatsabständen, ein IUD eine mehrere Jahre ausreichende Entscheidung, eine Sterilisation eine endgültige Entscheidung über die Fruchtbarkeit). Hinzukommt auch, daß irrationale Faktoren bei der Auswahl der Antikonzeptiva eine Rolle spielen, so z. B. der aus dem Matlab-Bereich berichtete Befund, daß Paare farbige Kondome reizvoller finden als nicht eingefärbte und sich daher eine etwas höhere Rate von Dauerantikonzeption Betreibenden bei dem Gebrauch farbiger Kondome findet. Ähnliche Erwägungen dürften neben der Frage klinischer Nebenwirkungen auch bei der Forderung nach der Bereitstellung mehrerer Sorten oraler Antikonzeptiva eine gewisse Rolle spielen.

### 6.3 Zukünftige Entwicklung

Zur Bewertung der künftigen Erfolgsaussichten des Familien- und Bevölkerungsplanungsprogramms in Bangladesh ist anzumerken, daß es zweifellos bei der gegenwärtig vorhandenen Motivationsstruktur nicht gerechtfertigt ist, die in der letzten Zeit erreichten und auch in der nahen Zukunft zu erzielenden Erfolge zu extrapolieren. Es ist in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, daß die Mehrzahl der Frauen, die gegenwärtig einen endgültigen Abschluß ihrer Fruchtbarkeitsperiode durch Sterilisation anstreben, meistens mehr als 5 lebende Kinder hat. Die übrigen Antikonzeptiva werden im wesentlichen bei bestehendem Kinderwunsch zum Spacing verwendet. Hier steht der Gedanke im Vordergrund, die erstrebte Zahl

von (im allgemeinen 5, World Fertility Survey, 1979) Kindern über die Fruchtbarkeitsperiode gleichmäßiger zu verteilen. Eine solche Verhaltensweise der Frauen steht mit den objektiven Gesichtspunkten, die aus der Sicht des einzelnen gegen eine forcierte Familienplanung sprechen, nicht im Widerspruch. Wenn 5 lebende Kinder vorhanden sind, ist sowohl eine hinreichende Arbeitskraftreserve, eine ausreichende Alterssicherung und auch - zumal wenn die Kinder über das Kleinkindalter hinaus sind - eine gewisse Sicherheit gegeben, daß die erreichte Zahl durch Todesfälle nicht wieder reduziert wird. Die Motivation zur Geburtenkontrolle läßt sich daher auch durch rationale Gründe im gesundheitlichen und im Bereich der Familienwirtschaft durchaus stützen. Man kann daher erwarten, daß das Familienplanungsprogramm so weit und so lange Erfolge zeitigt, bis diese Fruchtbarkeitsüberschüsse, die sowohl objektiv als auch subjektiv als Last empfunden werden, abgebaut worden sind. Ob es darüber hinaus möglich sein wird, die Familie zu bewegen, ihre aus der Sicht des einzelnen durchaus auch rational begründbare Fruchtbarkeit, die man bei etwa 5 Kindern je Familie ansetzen könnte, zu reduzieren, muß dagegen als zweifelhaft angesehen werden. Es sprechen zu viele Gründe gegen eine solche Annahme, und es ist auch nach den bisherigen Erfahrungen in anderen Ländern kaum zu erwarten, daß diese objektiven Gründe sich langfristig durch irgendwie geartete Anreize überspielen lassen.

Es ist daher nicht anzunehmen, daß die gegenwärtig und auch in den nächsten Jahren noch erzielbaren Erfolge des Familienplanungsprogramms sich auf längere Frist fortsetzen lassen. Damit ist auch die Erreichung des Ziels einer Nettofortproduktionsrate von 1 in diesem Jahrhundert als zweifelhaft anzusehen. Es müßte schon als Erfolg gebucht werden, wenn es gelänge, zumindest die von der Bevölkerung als über das notwendige Ausmaß hinausgehend angesehene Kinderzahl mit Hilfe kontrazeptiver Maßnahmen zu vermeiden.

Dieser Erfolg wäre möglicherweise auch mit weniger umfassenden bevölkerungspolitischen Maßnahmen zu erreichen. Die Totalität der Bevölkerungspolitik in Bangladesh kann aber dazu beitragen, den Zeitpunkt des Erreichens dieses Zieles erheblich vorzuverlegen. Wenn es gelingen sollte, über diese erste Stufe hinaus einen bevölkerungsplanerischen Erfolg in Richtung auf die offizielle Zielsetzung hin zu erringen, dann würde das erstmalig einen Beweis dafür liefern, daß es mit Hilfe rein bevölkerungspolitischer Maßnahmen möglich ist, generatives Verhalten zu verändern.

Literatur:

- Bailer, P. u. H. W. Jürgens: 1978, Kontrazeption in Bangladesh. Sexualmedizin 7, 388
- Chowdhury, A. Q. M. B., 1979, zit. nach Asian-Pacific Pop. Progr. News 1979, 8, 2, p. 21
- Government of the Peoples Republic of Bangladesh: 1976, Bangladesh national population policy. Dacca
- Government of the Peoples Republic of Bangladesh: 1976, Family planning scheme during the first five year plan. Dacca
- Huber, D. C. : 1977, An experimental design for assessing the effectiveness of household contraceptive distribution. Proc. Gen. Conf. IUSSP, Mexico D. F.
- Huber, D. H. u. A. R. Khan: 1979, Contraceptive Distribution in Bangladesh Villages: The Initial Impact. Studies Fam. Plan. 10, 246
- Ibrahim, M. : 1976, Priorities of Bangladesh population control and family planning programme. Proc. 3rd Int. Conf. World Pop. Soc., Washington
- International Bank for Reconstruction and Development: 1976, Report on Bangladesh population project. Washington
- Khan, A. R., Huber, D. H. : 1977, Household distribution of contraceptives in Bangladesh, rural experience. Proc. Regional Conf., Tunis
- Khan, M. A. R., Lewis, L. H. : 1976, Some estimates of current level of fertility and mortality in Bangladesh. Proc. Sem. Fertility in Bangladesh, Cox Bazar
- Khan, M. R. : 1976, Population policy and prospects for a zero population growth for Bangladesh. Proc. 2nd Conf. Bangladesh Economic Association, Dacca
- US Bureau of the Census: 1978, World Population 1977, Recent Demographic Estimates for the Countries and Regions of the World. Washington D. C.
- World Fertility Survey: 1979, The Bangladesh Fertility Survey 1975. London.