

SWP-Studie

Stiftung Wissenschaft und Politik
Deutsches Institut für Internationale
Politik und Sicherheit

Silvia Popp

Pakistans wachsende Bevölkerung

Ein Hemmnis für sozioökonomische
Entwicklung

S 3
Februar 2015
Berlin

Alle Rechte vorbehalten.

Abdruck oder vergleichbare Verwendung von Arbeiten der Stiftung Wissenschaft und Politik ist auch in Auszügen nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung gestattet.

SWP-Studien unterliegen einem Begutachtungsverfahren durch Fachkolleginnen und -kollegen und durch die Institutsleitung (*peer review*). Sie geben ausschließlich die persönliche Auffassung der Autoren und Autorinnen wieder.

© Stiftung Wissenschaft und Politik, Berlin, 2015

SWP

Stiftung Wissenschaft und Politik
Deutsches Institut für
Internationale Politik und
Sicherheit

Ludwigkirchplatz 3-4
10719 Berlin
Telefon +49 30 880 07-0
Fax +49 30 880 07-100
www.swp-berlin.org
swp@swp-berlin.org

ISSN 1611-6372

Inhalt

- 5 **Problemstellung und Empfehlungen**
- 7 **Bevölkerungsentwicklung in Pakistan**
- 10 **Bevölkerungsdynamik in den Provinzen**
- 12 **Indikatoren zu Bevölkerungswachstum und reproduktiver Gesundheit**
- 14 **Allgemeine Gesundheitsversorgung als Rahmenbedingung für reproduktive Gesundheit**
- 16 **Hindernisse für reproduktive Gesundheit und Familienplanung**
- 17 Mangelnder politischer Wille
- 18 Unklare Zuständigkeiten
- 19 Traditionelle Familienmodelle
- 21 **Handlungsempfehlungen für die deutsche Entwicklungszusammenarbeit**
- 22 **Schlussfolgerungen**
- 22 **Abkürzungsverzeichnis**

*Dr. Silvia Popp ist Wissenschaftlerin in der
Forschungsgruppe Globale Fragen*

*Die vorliegende Studie entstand mit finanzieller Unter-
stützung durch das Bundesministerium für wirtschaftliche
Zusammenarbeit und Entwicklung*

Pakistans wachsende Bevölkerung Ein Hemmnis für sozioökonomische Entwicklung

Die Zahl der Einwohner Pakistans wird auf etwa 190 Millionen Menschen geschätzt. Das Land belegt damit – hinter China, Indien, den USA, Indonesien und Brasilien – Platz sechs in der Rangliste der bevölkerungsreichsten Länder der Erde. Nach den aktuellen Projektionen der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen (VN) werden bis zur Mitte des Jahrhunderts mehr als 270 Millionen Menschen in Pakistan leben. Diese Projektionen beruhen auf der Annahme, dass die Geburtenrate weiter sinkt, auch weil vermehrt Verhütungsmethoden genutzt werden. Tatsächlich geschieht aber seit einigen Jahren weder das eine noch das andere. Mit nahezu vier Kindern pro Frau ist die Geburtenrate in Pakistan eine der höchsten Asiens. Die Bevölkerung könnte also durchaus noch stärker anwachsen.

Das anhaltende Bevölkerungswachstum verschärft die sozioökonomischen Probleme Pakistans. Die ohnehin unzureichenden Gesundheits- und Bildungseinrichtungen sind nicht für die unaufhörlich steigende Zahl an Kindern und Jugendlichen ausgelegt. Die Kosten für Schulbildung belasten die Familien zusehends; Gleiches gilt für die Gesundheitsausgaben. In einigen Landesteilen mehren sich die Engpässe bei der Wasser- und Energieversorgung. Vieles spricht dafür, dass auch die Instabilität der Sicherheitslage durch die stetig wachsende Bevölkerung verstärkt wird.

Seit Jahrzehnten existieren in Pakistan staatliche Programme für reproduktive Gesundheit und Familienplanung, die das Bevölkerungswachstum verringern sollen. Gleichzeitig aber sind die politischen Zuständigkeiten nach wie vor unklar, die Programme finanziell schlecht ausgestattet, und es fehlt an Verwaltungskapazitäten; ähnlich gelagerte Probleme gibt es im allgemeinen Gesundheitswesen. Als Folge dessen ist der Bedarf an Familienplanung nicht gedeckt, was wiederum ein weiteres Absinken der Geburtenrate verhindert.

Erschwerend kommt hinzu, dass die auf reproduktive Gesundheit zielenden Programme auf eine Abwehrlage gegenüber Eingriffen in die Familienplanung treffen, die in Politik und Bevölkerung weit verbreitet ist. Der Wunsch, große Familien zu bilden, ist in Pakistan sehr ausgeprägt. Doch was sind die Ursachen für

die ablehnende Haltung gegenüber Familienplanung und für den Wunsch nach einer großen Zahl von Kindern?

Erstens mangelt es auf allen politischen Ebenen und auch im Verständnis der Bevölkerung weiterhin an der Einsicht, dass eine Abschwächung des Bevölkerungswachstums positive Auswirkungen auf die soziale und wirtschaftliche Entwicklung des Landes haben würde. Stattdessen ist eine große Bevölkerung auch heute noch in den Augen vieler Pakistanis ein politischer Machtfaktor. Dies gilt sowohl für das Verhältnis zwischen den Provinzen als auch für das wechselseitige Verhältnis der ethnischen oder religiösen Gruppen. Deren führende Vertreter versprechen sich von einem Zuwachs ihrer Gruppe eine Stärkung der eigenen Position. Gegenüber den entwicklungspolitischen Geberländern herrschen zudem gewisse Ressentiments: Ihnen wird unterstellt, dass sie mittels Familienplanungsprogrammen versuchen würden, die pakistanische Nation klein und damit schwach zu halten.

Zweitens verhindern traditionelle Familienvorstellungen, ein geringes Bildungsniveau von Mädchen und eine schwache gesellschaftliche Stellung der Frauen, dass moderne Verhütungsmethoden stärker nachgefragt werden. Teile der pakistanischen Bevölkerung lehnen diese Methoden selbst dann ab, wenn sie keine weiteren Kinder mehr bekommen wollen. Weltweit hatten Slogans wie »Eine kleine Familie ist eine glückliche Familie« Einfluss auf reproduktive Verhaltensmuster und konkret den Wunsch nach weniger Kindern aufkommen lassen. In Pakistan hingegen wird eine solche Vorstellung gesellschaftlich nicht akzeptiert.

All diese Erschwernisse müssen bei entwicklungspolitischen Programmen zur reproduktiven Gesundheit und Familienplanung in Betracht gezogen werden. Der Zeitpunkt für die Einführung neuer Ansätze in Pakistan ist dabei günstig: Mit der Rückkehr zur Demokratie im Jahr 2008 ging eine erhebliche Veränderung der politischen Strukturen einher. Die im Jahr 2010 verabschiedete Verfassungsänderung (18. Amendment) leitete einen Prozess der Dezentralisierung ein, im Zuge dessen die Provinzen weitreichende Autonomie in Fragen der Gesundheit und Bevölkerungsentwicklung erhielten, die bis dahin Sache der nationalen Ministerien waren. Der andauernde politische Prozess bringt neue Herausforderungen mit sich, bietet gleichzeitig aber auch die Chance für eine zielgerichtete entwicklungspolitische Kooperation mit den Provinzregierungen. Dies setzt jedoch

voraus, dass die jeweiligen Provinzregierungen die Ursachen und Probleme des Bevölkerungswachstums erkennen und Handlungswillen zeigen.

Bevölkerungsentwicklung in Pakistan

Die Bevölkerung Pakistans ist in den vergangenen zwei Jahrzehnten zwar nicht so stark gewachsen wie in den Jahrzehnten zuvor, sie nimmt aber, je nach Quelle, mit einer Rate zwischen 1,7 und 2 Prozent weiterhin zu.¹ Eine Rate von 2 Prozent würde eine Verdoppelung der Einwohnerzahl in den nächsten 36 Jahren bedeuten. Selbst bei Zugrundelegung der niedrigsten Projektionen wird sich die Bevölkerung erheblich vergrößern. Die herangewachsenen großen Kohorten junger Frauen im gebärfähigen Alter werden das Bevölkerungswachstum mittelfristig auf hohem Niveau halten (demografisches Momentum), auch wenn das Bemühen um Verbesserungen bei der reproduktiven Gesundheit und der Familienplanung deutlich verstärkt würde.

Nach den Projektionen der VN-Bevölkerungsabteilung wird in einem Szenario mit geringer Fertilität die Gesamtbevölkerung Pakistans bis zur Mitte des Jahrhunderts auf 236 Millionen Menschen anwachsen, in einem Szenario mit hoher Fertilität auf 309 Millionen. Legt man eine auf dem heutigen Niveau verharrende Geburtenrate zugrunde, würde die absolute Zahl der in Pakistan lebenden Menschen sogar auf 375 Millionen steigen.²

Obwohl die meisten Regierungen seit der Staatsgründung 1947 den sozialen und ökonomischen Nutzen von Familienplanung betonten, blieb die Geburtenrate bis Ende der 1980er Jahre nahezu konstant bei mehr als sechs Kindern pro Frau.³ Als Hauptursache wird häufig angeführt, dass in den 1980er Jahren zur Zeit der Militärdiktatur des strenggläubigen Generals Zia-ul-Haq sämtliche Familienplanungsprogramme ausgesetzt wurden.⁴ Das anhaltend hohe Niveau der

Geburtenraten wird insofern häufig konservativen islamischen Normen zugeschrieben.⁵ Dagegen spricht allerdings, dass muslimische Länder in der Region (wie Bangladesch) und in anderen Teilen der Welt (wie Iran oder Tunesien) solche Programme sehr erfolgreich umgesetzt haben.⁶

Nach der Abspaltung von Indien lebten im damaligen Westpakistan, dem heutigen Pakistan, und im flächenmäßig deutlich kleineren Ostpakistan, seit 1971 Bangladesch, jeweils ungefähr 37 Millionen. In Pakistan leben heute etwa 190 Millionen Menschen, die Bevölkerung hat sich seit 1947 folglich mehr als verfünffacht.⁷ Die Zahl der Einwohner Bangladeschs, das als Musterbeispiel für erfolgreiche Bevölkerungspolitik gilt, ist nur auf 160 Millionen angestiegen. Die dort realisierten Programme zur Familienplanung wurden seit den 1970er Jahren von einem breiten politischen Konsens getragen. In Bangladesch wurde ein umfassender Ansatz verfolgt, der auf massenhafte Aufklärung durch Radiosendungen setzte. Informationen über Verhütungsmethoden erreichten die Frauen unabhängig von Wohnort, Einkommens- und Bildungsniveau, der Zugang zu entsprechenden Kontrazeptiva war gewährleistet.⁸ Die Geburtenrate in Bangladesch

(1996) 1, S. 30–51; Karen Hardee/Elizabeth Leahy, *Population, Fertility and Family Planning in Pakistan: A Program in Stagnation*, Population Action International, Oktober 2008 (Research Commentary, Vol. 3, Nr. 3).

⁵ Neuere Forschungsergebnisse stützen die Vermutung, dass nicht die formale Religionszugehörigkeit, sondern die gelebte Religiosität der Menschen ausschlaggebend für den Wunsch nach größeren Familien und damit auch für die höheren Geburtenraten ist. Siehe: Steffen Angenendt/Silvia Popp, *Bevölkerungswachstum, Fertilität und Kinderwunsch. Herausforderungen für die Entwicklungszusammenarbeit am Beispiel Subsahara-Afrikas*, Berlin: Stiftung Wissenschaft und Politik, Dezember 2014 (SWP-Studie 20/2014).

⁶ Elizabeth Leahy et al., *The Shape of Things to Come. Why Age Structure Matters to a Safer, More Equitable World*, Washington, D.C. 2007. Interessant ist, dass der Iran seine Bevölkerungspolitik revidiert und strenge Maßnahmen einführt, um zu bewirken, dass die Bevölkerung auf 150 Millionen Menschen anwächst.

⁷ Bevölkerungszahlen entsprechen dem Jahr 1950. UNDESA, Population Division, *World Population Prospects: The 2012 Revision* [wie Fn. 1].

⁸ Nähere Ausführungen zu den Familienplanungsprogrammen in der Geschichte Bangladeschs und Pakistans bei: Warren C.

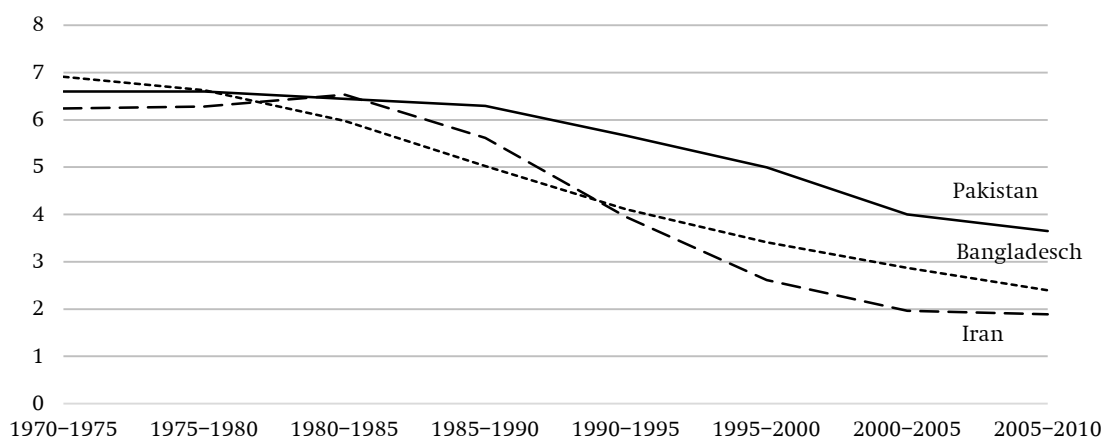
¹ United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNDESA), Population Division, *World Population Prospects: The 2012 Revision*, New York 2013; National Institute of Population Studies (NIPS) [Pakistan]/ICF International, *Pakistan Demographic and Health Survey 2012–13*, Islamabad/Calverton, MD, Dezember 2013.

² UNDESA, Population Division, *World Population Prospects: The 2012 Revision* [wie Fn. 1].

³ Die Geburtenrate gibt an, wie viele Kinder eine Frau durchschnittlich im Laufe ihres Lebens bekommen würde, wenn die altersspezifische Geburtenrate über ihre gesamtfruchtbare Lebenszeit konstant bliebe.

⁴ Siehe unter anderem: Ayesha Khan, »Policy-making in Pakistan's Population Programme«, in: *Health and Policy Planning*, 11

Abbildung
Entwicklung der Geburtenrate (TFR) in Bangladesch, Iran und Pakistan



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten von United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNDESA), Population Division, *World Population Prospects: The 2012 Revision*, New York 2013.

ist seit den 1970er Jahren von nahezu sieben auf etwas mehr als zwei Kinder pro Frau gesunken.⁹

In Pakistan gab es zwar immer wieder ähnliche Ansätze, die aber nicht mit dem gleichen Engagement und der Kontinuität wie in Bangladesch verfolgt wurden. Im Ergebnis ist seine Geburtenrate im Vergleich zu den Nachbarstaaten – mit Ausnahme Afghanistans –, aber auch zu anderen muslimischen Ländern weiterhin hoch. Die Abbildung oben zeigt das kontinuierliche Absinken der Geburtenrate in Bangladesch und die steilere Abwärtskurve in Iran gegenüber der flacheren Fall-Linie in Pakistan. Der Rückgang der Geburtenzahl Pakistans bis in die 1990er Jahre wird nahezu ausschließlich dem Anstieg des Heiratsalters der Frauen und damit ihrem höheren Durchschnittsalter bei der ersten Geburt zugeschrieben, nicht aber den staatlichen Maßnahmen.¹⁰

Die schlechte Datenlage erschwert Aussagen über die aktuelle Geburtenrate und darauf beruhende Prognosen. Nach Schätzungen der VN lag die Geburtenrate im nationalen Durchschnitt Pakistans im Zeitraum 2010 bis 2015 bei 3,2 Kindern pro Frau, der neueste pakistanische Demographic and Health

Survey (DHS) aus dem Jahr 2013 spricht von 3,8 Kindern pro Frau.¹¹

Laut DHS gebären Frauen in ländlichen Gebieten durchschnittlich 4,2 Kinder, ein Kind mehr als Frauen in den urbanen Räumen.¹² Auch wenn die Geburtenrate in ländlichen Gebieten höher ist, wachsen die Städte aufgrund der massiven innerstaatlichen Migration (Landflucht) in extremem Maße. Die sozioökonomischen Probleme in den urbanen Räumen werden sich künftig noch verschärfen.¹³ Derzeit lebt etwa ein Drittel aller Pakistanis in Städten; den Projektionen zufolge werden 2050 schon 57 Prozent der Bevölkerung Städter sein.¹⁴

Ein anschauliches Beispiel für rasche Urbanisierung liefert die Stadt Karachi, die in der Provinz Sindh im Süden des Landes liegt. Die ehemalige Hauptstadt Pakistans hatte Mitte des vergangenen Jahrhunderts weniger als eine halbe Million Einwohner. Innerstaatliche Arbeitsmigration und jahrzehntelange Zuwanderung ließen die Bevölkerung rasch ansteigen. Neben Menschen aus den Nachbarländern Iran und Afghani-

Robinson, »Family Planning Programs and Policies in Bangladesh and Pakistan«, in: ders./John A Ross (Hg.), *The Global Family Planning Revolution*, Washington, D.C.: World Bank, 2007, S. 325–340.

⁹ UNDESA, Population Division, *World Population Prospects: The 2012 Revision* [wie Fn. 1].

¹⁰ Zeba A Sathar/Muhammad Asif Wazir/Maqsood Sadiq, *Prioritizing Family Planning for Achieving Provincial Maternal Child Health and Development Goals*, Islamabad: Population Council, 2014, S. 20.

¹¹ UNDESA, Population Division, *World Population Prospects: The 2012 Revision* [wie Fn. 1]; NIPS/ICF International, *Pakistan Demographic and Health Survey 2012–13* [wie Fn. 1].

¹² NIPS/ICF International, *Pakistan Demographic and Health Survey 2012–13* [wie Fn. 1], S. 71.

¹³ Zu den Ursachen der Urbanisierung siehe: Daanish Mustafa/Amiera Sawas, »Urbanisation and Political Change in Pakistan: Exploring the Known Unknowns«, in: *Third World Quarterly*, 34 (2013) 7, S. 1293–1304.

¹⁴ UNDESA, Population Division, *World Urbanization Prospects: The 2014 Revision*, New York 2014, S. 22, <<http://esa.un.org/unpd/wup/Highlights/WUP2014-Highlights.pdf>>.

stan kamen nach der Teilung Indiens und Pakistans viele Angehörige der Urdu sprechenden Volksgruppe der Mohajirs, die aus dem indischen Bundesstaat Uttar Pradesh stammten. Heute leben in der Hafenstadt mehr als 16 Millionen Menschen, Karachi gehört damit zu den größten Städten der Welt.¹⁵ Der stetige Zuwachs der Bevölkerung Karachis und ihre heterogene Zusammensetzung sind Faktoren, die zur Ausbreitung der Armenviertel, zum Grassieren der Kriminalität sowie zu religiösen und ethnischen Konflikten beitragen.¹⁶

¹⁵ Ebd., S. 26.

¹⁶ Siehe hierzu: Haris Gazdar/Hussain Bux Mallah, »Informality and Political Violence in Karachi«, in: *Urban Studies* (Special Issue: *Cities and Conflict in Fragile States in the Developing World*), 50 (2013) 15, S. 3099–3115.

Bevölkerungsdynamik in den Provinzen

Pakistan ist administrativ in vier Provinzen gegliedert: Punjab, Sindh, Khyber Pakhtunkhwa und Belutschistan. Hinzu kommen die Stammesgebiete unter Bundesverwaltung (Federally Administrative Tribal Areas, FATA), die umstrittene Region Asad Kaschmir und die teilautonome Region Gilgit-Baltistan (früher Northern Area genannt).¹⁷ In der an Indien grenzenden Provinz Punjab leben mehr als die Hälfte der Einwohner des Landes, der mit 23 Prozent nächstgrößere Anteil der Gesamtbevölkerung entfällt auf die Provinz Sindh, die ebenfalls an der Grenze zu Indien gelegen ist. Khyber Pakhtunkhwa im Nordwesten, das an Afghanistan grenzt und vorwiegend von Paschtunen bewohnt wird, ist mit 17 Prozent die drittbevölkerungsreichste Provinz. In der sehr spärlich besiedelten südwestlichen Provinz Belutschistan, die über 40 Prozent der Fläche des Landes einnimmt, leben nur ungefähr fünf Prozent der Gesamtbevölkerung.¹⁸

Den größten Einfluss auf das zukünftige Bevölkerungswachstum Pakistans haben die demografischen Entwicklungen in den drei bevölkerungsreichsten Provinzen Punjab, Sindh und Khyber Pakhtunkhwa. Die Bevölkerung des Punjabs hat sich in den letzten 60 Jahren verfünffacht. Nach Projektionen des Population Council Pakistan werden bis zur Mitte des Jahrhunderts allein in dieser Provinz so viele Menschen leben wie heute im gesamten Staatsgebiet, falls die Anstrengungen zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheit und Familienplanung auf dem derzeitigen Niveau verharren.¹⁹

In der politisch instabilen Region FATA sowie in Gilgit-Baltistan und Asad Kaschmir siedelt nur ein geringer Teil der Gesamtbevölkerung.²⁰ Für diese

Regionen sind allerdings kaum verlässliche Bevölkerungsdaten vorhanden. Neben den schätzungsweise eineinhalb Millionen afghanischen Flüchtlingen im Grenzgebiet zu Afghanistan gibt es im gesamten Staatsgebiet mehr als eine Million Binnenflüchtlinge, die in den vergangenen Jahren ihre Heimat infolge von Flutkatastrophen und der grenzüberschreitenden Auswirkungen des Krieges verlassen mussten, der im Nachbarland Afghanistan ausgefochten wurde.²¹

¹⁷ Die größten Ethnien sind namensgebend für die vier Provinzen: die aus der indogermanischen Sprachfamilie abstammenden Sindhi und Punjabi, die der persischen Sprachfamilie zugehörigen Paschtunen, die auch im Nachbarland Afghanistan weit verbreitet sind, und die Belutschen, deren Ursprung im Iran liegt.

¹⁸ NIPS/ICF International, *Pakistan Demographic and Health Survey 2012–13* [wie Fn. 1], S. 2.

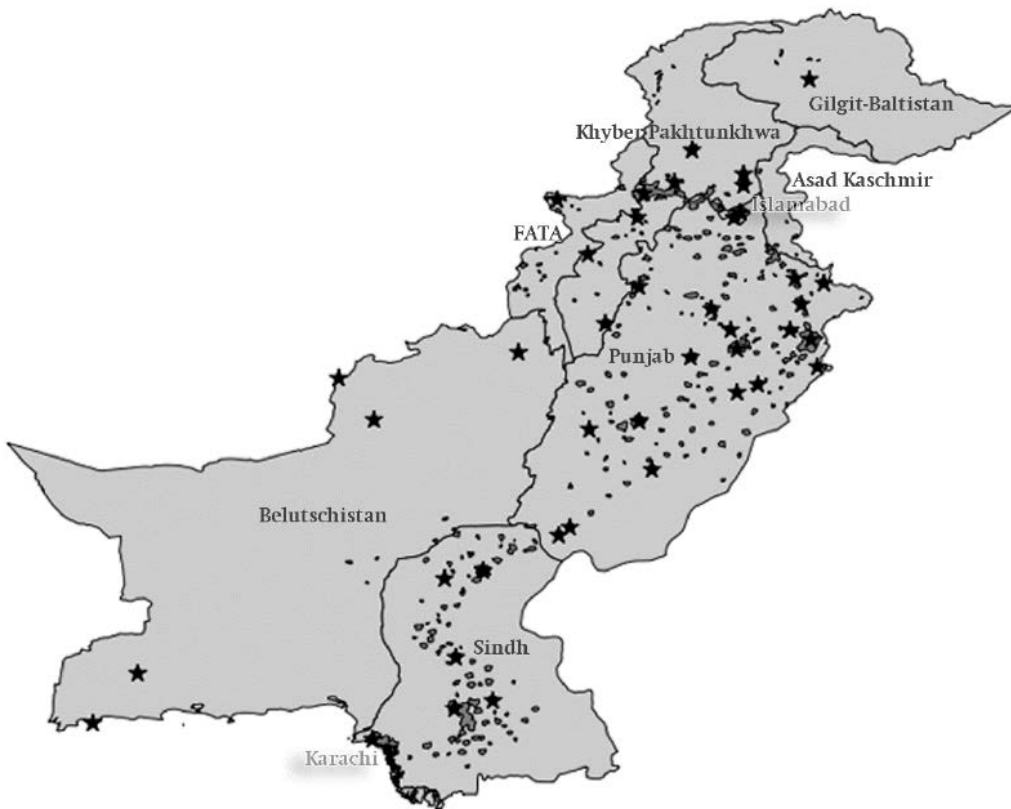
¹⁹ Sathar/Wazir/Sadiq, *Prioritizing Family Planning* [wie Fn. 10], S. 19.

²⁰ NIPS/ICF International, *Pakistan Demographic and Health Survey 2012–13* [wie Fn. 1], S. 2.

²¹ Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (Hg.), *2014 UNHCR Country Operations Profile – Pakistan*, unter: <<http://www.unhcr.org/pages/49e487016.html>> (eingesehen am 11.2.2015).

Karte

Pakistan: Provinzen, urbane Gegenden und größere Städte



Anmerkung: Urbane Gebiete sind hervorgehoben, größere Städte mit einem Stern gekennzeichnet.

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten von Natural Earth Data.

Indikatoren zu Bevölkerungswachstum und reproduktiver Gesundheit

Die Forschung hat herausgearbeitet, dass Geburtenraten hauptsächlich als Folge von zwei maßgeblichen Veränderungen sinken: zum einen wenn der allgemeine Lebensstandard der Menschen verbessert wird; eine solche positive sozioökonomische Entwicklung geht unter anderem einher mit einem Sinken der Säuglings- und Kindersterblichkeit²² und einer Zunahme des Anteils jener Mädchen, die eine Sekundarschule besuchen. Zum anderen wird die weltweite Reduzierung der Kinderzahl seit den 1960er Jahren überwiegend darauf zurückgeführt, dass in großem Maßstab Familienplanungsmaßnahmen ergriffen und konkret vor allem moderne Kontrazeptiva verfügbar gemacht wurden.²³

Auch für Pakistan lassen sich die Zusammenhänge zwischen Geburtenrate und sozioökonomischem Status und dem Zugang zu Verhütungsmitteln nachweisen. Dem DHS zufolge bekommen Frauen ohne jegliche Schulbildung durchschnittlich 4,4 Kinder; bei Frauen mit höherem Bildungsniveau sind es 2,5 Kinder. Noch auffälliger sind die Unterschiede, wenn man das Einkommensniveau als Kriterium heranzieht: Frauen, die den reichsten 20 Prozent der Bevölkerung angehören, haben durchschnittlich 2,7 Kinder, während die Frauen aus dem ärmsten Einkommensquintil 5,2 Kinder zur Welt bringen.²⁴

Obwohl die sozioökonomischen Entwicklungen der Provinzen divergieren – sie weichen insbesondere im Punjab und in Islamabad von jenen der restlichen Regionen ab –, sind die Kinderzahlen in allen Provinzen weiterhin hoch, die Unterschiede nicht beträchtlich.²⁵ Die Geburtenraten in Sindh und Khyber Pakhtunkhwa

(jeweils 3,9 Kinder pro Frau) sind nahezu identisch mit denen in Punjab und Gilgit-Baltistan (jeweils 3,8 Kinder pro Frau). Die durchschnittliche Geburtenrate in der Provinz Belutschistan – deren sozioökonomischer Entwicklungsstand auch für pakistanische Verhältnisse extrem niedrig ist – liegt mit 4,2 Kindern pro Frau nicht massiv über der Rate in der Hauptstadt, in der jede Frau im Schnitt drei Kinder zur Welt bringt.

In der Hauptstadt nutzen nahezu 60 Prozent der verheirateten Frauen Empfängnisverhütungsmittel, in Belutschistan aber nur ein Fünftel. Die Säuglingssterblichkeit ist in Belutschistan mit 97 von 1000 lebend geborenen Kindern fast dreimal so hoch wie in Islamabad. Ähnlich groß ist die Spannweite bei der Müttersterblichkeit, beim Anteil an betreuten Geburten²⁶ und beim Bildungsstand der Mädchen. In Islamabad schaffen es 91 Prozent aller Mädchen, die Grundschule zu beenden, in Gilgit-Baltistan nur knapp über 30 Prozent, in Belutschistan etwas mehr als die Hälfte.²⁷

Für eine Prognose des zu erwartenden Bevölkerungswachstums ist ein Blick auf die gewünschte Geburtenrate interessant. Sie ergibt sich aus der tatsächlichen Geburtenrate abzüglich der ungewollten Geburten. Eine Geburt wird als gewollt bewertet, wenn die Anzahl der lebenden Kinder bei der Empfängnis geringer ist als die Zahl, die als ideal gilt. Dieser Indikator lässt insofern auch auf das Potential schließen, das für den Ausbau von Familienplanungsmaßnahmen besteht. Die gewünschte Geburtenrate beträgt im nationalen Durchschnitt Pakistans 2,9 Kinder pro Frau und weist auf den erheblichen Bedarf an Familienplanungsmaßnahmen in Pakistan hin, da die gewünschte Geburtenrate um etwa ein Kind geringer ist als die tatsächliche. Allerdings liegt sie auch deutlich über dem Bestandserhaltungsniveau von 2,1 Kindern pro Frau. Das bedeutet in der Konsequenz, dass die Bevölkerung selbst dann in starkem Maße weiterhin wachsen würde, wenn alle Frauen mit entsprechendem Bedarf Zugang zu Verhütungsmitteln hätten.

²² Die Säuglingssterberate ist definiert als die jährliche Anzahl der vor Vollendung des ersten Lebensjahres gestorbenen Säuglinge, bezogen auf 1000 Lebendgeborene im Kalenderjahr. Die Kindersterblichkeitsrate entspricht dem Anteil jener Kinder, die keine fünf Jahre alt geworden sind, bezogen auf 1000 Lebendgeborene.

²³ Für eine detaillierte Darstellung des Forschungsstands zu den Faktoren, die Einfluss auf die Verringerung der Geburtenrate haben, siehe: Angenendt/Popp, *Bevölkerungswachstum, Fertilität und Kinderwunsch* [wie Fn. 5].

²⁴ NIPS/ICF International, *Pakistan Demographic and Health Survey 2012–13* [wie Fn. 1], S. 71.

²⁵ Innerhalb der Provinzen weichen die Geburtenraten jedoch beträchtlich voneinander ab, etwa zwischen dem südlichen und dem nördlichen Punjab oder allgemein zwischen städtischen und abgelegenen Gebieten.

²⁶ Zulfiqar A Bhutta et al., »Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health in Pakistan: Challenges and Opportunities«, in: *The Lancet*, 381 (22.6.2013) 9884, S. 2207–2218 (2209).

²⁷ Ministry of Education and Training, Government of Pakistan (Hg), *Country Report of Pakistan Regarding: Accelerating Millennium Development Goals 2013–15*, Islamabad 2013, S. 9.

Tabelle
Indikatoren zur reproduktiven Gesundheit und Familienplanung

	Geburten- rate (TFR)	Gewünschte TFR	Medianalter bei der ersten Geburt	Frauen, die Verhütungsmethoden anwenden (in Prozent)		Säulingssterblich- keitsrate auf 1000 Lebendgeborene
				gesamt	Anwendung moderner Methoden	
Wohnort						
Urban	3,2	2,4	23,0	44,8	32,0	63
Ländlich	4,2	3,1	21,8	30,7	23,1	88
Provinz						
Punjab	3,8	2,8	22,5	40,7	29,0	88
Sindh	3,9	3,1	21,9	29,5	24,5	74
Khyber Pakhtunkhwa	3,9	2,6	21,7	28,1	19,5	58
Belutschistan	4,2	3,4	21,3	19,5	16,3	97
Islamabad	3,0	2,2	24,5	59,4	44,1	35
Gilgit-Baltistan	3,8	3,0	21,2	33,6	28,2	71
Bildung der Frauen (Klasse bei Schulabgang)						
Keine Bildung	4,4	3,3	21,1	30,2	23,4	92
Klasse 1–5	4,1	3,1	21,8	40,8	28,8	79
Klasse 6–8	3,3	2,5	22,3	40,7	29,5	68
Klasse 9–10	3,2	2,5	24,2	43,9	31,1	55
Mehr als Klasse 11	2,5	2,1	n.a.	43,8	29,7	30
Einkommensquintil						
Erstes	5,2	3,9	20,8	20,8	18,1	90
Zweites	4,4	3,3	21,5	29,7	22,9	97
Drittes	3,8	2,7	21,7	38,2	26,9	85
Viertes	3,4	2,6	22,5	41,5	30,3	75
Fünftes	2,7	2,2	24,1	45,8	31,6	44
Gesamt	3,8	2,9	22,2	35,4	26,1	74

Quelle: National Institute of Population Studies (NIPS) [Pakistan]/ICF International, *Pakistan Demographic and Health Survey 2012–13*, Islamabad/Calverton, MD, Dezember 2013.

Allgemeine Gesundheitsversorgung als Rahmenbedingung für reproduktive Gesundheit

Bei der soziökonomischen Entwicklung schneidet Pakistan sowohl im Vergleich zu Ländern mit einem ähnlichen Entwicklungsniveau wie auch im regionalen Vergleich schlecht ab. Im VN-Index der menschlichen Entwicklung belegte Pakistan im Jahr 2013 unter 186 Ländern Rang 146 und fällt damit in die niedrigste Kategorie. Unter den im Land herrschenden Bedingungen leiden Säuglinge und Kleinkinder besonders; nahezu 90 von 1000 Kindern erleben ihren fünften Geburtstag nicht.²⁸ Mehr als 40 Prozent der unter Fünfjährigen sind unterernährt. Einzig in Afghanistan, Nigeria und Pakistan tritt die überall sonst ausgerotete Kinderlähmung (Poliomyelitis) weiterhin auf.

Solche Befunde sind angesichts der geringen finanziellen Ausstattung der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen wenig überraschend. Die Staatsausgaben für das Gesundheitssystem haben einen Anteil von weniger als einem Prozent am Bruttoinlandsprodukt (BIP). Selbst für Verhältnisse eines Entwicklungs- oder Schwellenlandes ist das System unterfinanziert.²⁹ Der Gesundheitssektor gilt zudem als überaus korrupt.³⁰ Für die Mehrheit der Bevölkerung – Staatsbedienstete bilden eine Ausnahme – ist ein Krankenversicherungssystem praktisch nicht existent; nur etwas mehr als 20 Prozent der Pakistanis haben eine Form von Krankenversicherung.³¹ Abgesehen davon

sind die Gesundheitseinrichtungen in weiten Teilen Pakistans nur schwer zu erreichen.

Den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen fehlt es an Ausstattung und medizinischem Fachpersonal. Pakistan gehört nach den Vorgaben des Verhaltenskodex der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu jenen Ländern, aus denen medizinisches Personal nur unter bestimmten Voraussetzungen abgeworben werden sollte, weil im Land ein gravierender Mangel an Gesundheitsfachkräften herrscht.³²

Die Vernachlässigung des öffentlichen Gesundheitswesens hatte zur Folge, dass die Gesundheitsversorgung privatisiert wurde – wobei dies keineswegs nur in Pakistan der Fall war, sondern auch in vielen anderen Entwicklungs- und Schwellenländern. Etwa zwei Drittel der Gesundheitsausgaben in Pakistan werden privat getragen.³³ Kosten für medizinische Behandlung, die aus eigener Tasche zu zahlen sind (*out of pocket payments*), stellen ein erhebliches Armutrisiko dar. Problematisch ist zudem, dass die Anbieter privater Gesundheitsleistungen in Pakistan so gut wie keiner Qualitätskontrolle unterworfen werden.

Auch bei der reproduktiven Gesundheit spielt Privatisierung seit geraumer Zeit eine wichtige Rolle. Mit kommerziellen Werbemethoden (soziales Marketing) soll die Bevölkerung motiviert werden, subventionierte Verhütungsmittel zu verwenden. In der Familienplanung haben sich in Pakistan vor allem die Anbieter Greenstar und DKT International etabliert, deren Reichweite jedoch auf die urbanen und semi-urbanen Zentren begrenzt ist; ihr Fokus liegt hauptsächlich auf

28 United Nations Development Programme (UNDP) (Hg.), *International Human Development Indicators*, unter: <<http://hdr.undp.org/en/countries>> (eingesehen am 5.12.2014).

29 Im Jahr 2012 hatten die gesamten Gesundheitsausgaben einen Anteil von drei Prozent am BIP; 37 Prozent dieser Ausgaben waren staatlich, der Rest privat. Siehe: World Health Organization (WHO) (Hg.), *Global Health Expenditure Database*, unter: <<http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>> (eingesehen am 8.12.2014). Wobei berücksichtigt werden muss, dass Pakistan weltweit eine der niedrigsten Steuerquoten hat.

30 Sania Nishtar et al., »Health Reform in Pakistan: A Call to Action«, in: *The Lancet*, 381 (29.6.2013) 9885, S. 2291–2297 (2292).

31 Eine Aufschlüsselung der verschiedenen Formen von Krankenversicherung bei: Sania Nishtar et al., »Pakistan's Health System: Performance and Prospects after the 18th Constitutional Amendment«, in: *The Lancet*, 381 (22.6.2013) 9884, S. 2193–2206 (2197). Ein neuer Ansatz ist die Integration einer Krankenversicherung in ein bestehendes Sozialtransferprogramm für Arme (Benazir Income Support Programme; BISP), das auch von den deutschen Entwicklungsorganisationen GIZ (Deutsche Gesell-

schaft für Internationale Zusammenarbeit) und der KfW-Entwicklungsbank (Kreditanstalt für Wiederaufbau) unterstützt wird.

32 Der »Globale Verhaltenskodex für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften« gibt vor, dass die Migration solcher Fachkräfte den Gesundheitssystemen sowohl der Herkunfts- als auch der Aufnahmeländer nutzen soll. Der Kodex definiert unter dieser Prämisse Grundsätze für die bilaterale und internationale Zusammenarbeit. Siehe hierzu: Steffen Angenendt et al., *Der WHO-Verhaltenskodex. Eine gute Grundlage für die Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften?*, Berlin: Stiftung Wissenschaft und Politik, April 2014 (SWP-Aktuell 25/2014).

33 WHO (Hg.), *Global Health Expenditure Database* [wie Fn. 29].

der Distribution von Kondomen.³⁴ Ziel des sozialen Marketings ist es, auf Dauer ohne finanzielle Unterstützung der Geber gewinnorientiert arbeiten zu können. Dieses Ziel dürfte in Pakistan auf absehbare Zeit nicht zu erreichen sein.³⁵ Die Problematik ist den Anbietern bewusst, weshalb sie mit neuen Ansätzen, die mehr auf die Nachfrage abzielen, die Nachhaltigkeit zu stärken versuchen.

34 United Nations Population Fund (UNFPA)/Pathfinder International, *The State of Family Planning in Pakistan. Targeting the Missing Links to Achieve Development Goals*, Juni 2013, S. 33.

35 Ebd.

Hindernisse für reproduktive Gesundheit und Familienplanung

Das in den 1990er Jahren eingeführte staatliche »Lady Health Workers«-Programm (LHW) gilt als Auslöser für den in den 1990er Jahren einsetzenden Rückgang der Geburtenrate. Einziges Ziel des zu Beginn typischen vertikalen Gesundheitsprogramms war es, das Angebot an Dienstleistungen für reproduktive Gesundheit und Familienplanung auszuweiten. Besonderer Wert wurde auf persönliche Information und Kommunikation in abgelegenen Gebieten gelegt.³⁶ Die Grundzüge des Programms orientierten sich am Erfolgsmodell Bangladesch.

In nur zehn Jahren stieg der Grad der Anwendung von Verhütungsmethoden in Pakistan von 12 Prozent (1990) auf 28 Prozent (2000). Ungeachtet der anfänglichen Erfolge büßte das heute noch existente staatliche Programm zusehends an Wirkung ein. Der Grad der Anwendung von Verhütungsmethoden wächst seit Beginn des 21. Jahrhunderts jährlich nur um 0,6 Prozent, die Geburtenrate verharrt auf einem unverändert hohen Niveau. Im Punjab ist die durchschnittliche Zahl der Geburten pro Frau zwischen 1990 und 2006 von 5,4 auf 3,9 gesunken, seither aber nur marginal um 0,1 auf 3,8.³⁷

Die nachlassende Wirkung des Programms ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass die Aufgaben des medizinischen Personals ausgeweitet wurden. Das ehemalige Kernanliegen der LHWs, bei Familienplanung, Schwangerschaft und Geburt zu beraten und Betroffene zu betreuen, wurde stark aufgeweicht. Impfkampagnen (unter anderem gegen Kinderlähmung und Hepatitis), die Teilnahme an Erhebungen und andere Aufgaben beanspruchen mittlerweile einen großen Teil der Arbeitszeit des Personals.³⁸ Nicht nur im öffentlichen Gesundheitssektor wurde das Spek-

trum der Aufgaben jenseits der reproduktiven Gesundheit ausgeweitet, sondern auch in den Programmen zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheit, die von Nichtregierungsorganisationen (NROs) aufgelegt wurden, etwa der Family Planning Association of Pakistan (Rahnuma) und Marie Stopes, den größten NROs auf diesem Gebiet in Pakistan.³⁹

Insgesamt sind die Werte bei den Indikatoren zur reproduktiven Gesundheit und Familienplanung ähnlich schlecht wie bei jenen zur allgemeinen Gesundheitsversorgung: In Pakistan sterben, bezogen auf 100 000 Lebendgeburten, 260 Frauen in der Schwangerschaft oder während der Geburt.⁴⁰ Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt gehören zu den häufigsten Ursachen für den Tod von Frauen im Alter zwischen 15 und 19 Jahren. Nur etwa ein Drittel der verheirateten pakistanischen Frauen zwischen 15 und 49 Jahren praktizieren Verhütungsmethoden; 26 Prozent nutzen moderne Kontrazeptiva wie die Anti-Baby-Pille, Kondome oder die Intrauterinspirale oder lassen sich dauerhaft sterilisieren. Etwa 9 Prozent wenden traditionelle (natürliche) Methoden an wie Enthaltensamkeit in den fruchtbaren Zyklustagen oder Coitus interruptus.⁴¹

Am schlechtesten ist der Zugang zu modernen Verhütungsmitteln für zwei Bevölkerungsgruppen: einerseits für junge, arme und ungebildete Frauen in ländlichen Gebieten und andererseits für arme Zuwanderer in den stark wachsenden urbanen Armenvierteln. Nach neuesten Daten sind ungefähr 20 Prozent des Bedarfs an Maßnahmen zur Familienplanung ungedeckt.⁴² Dies ist einer der Gründe für eine hohe Zahl von Schwangerschaftsabbrüchen. Da solche Abbrüche prinzipiell verboten sind – außer wenn das

36 Das LHW-Programm ist eine Komponente des 1994 eingeführten »Prime Minister's Programme for Family Planning and Primary Health Care«. Vgl. Global Health Workforce Alliance/World Health Organization, *Country Case Study. Pakistan's Lady Health Workers Programme*, unter: <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/case_studies/CS_Pakistan_web_en.pdf> (eingesehen am 12.12.2014).

37 Sathar/Wazir/Sadiq, *Prioritizing Family Planning* [wie Fn. 10], S. 38/39 und S. 21.

38 Bhutta et al., »Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health in Pakistan« [wie Fn. 26], S. 2211.

39 UNFPA/Pathfinder International, *The State of Family Planning in Pakistan* [wie Fn. 34], S. 38.

40 UNDP (Hg.), *International Human Development Indicators* [wie Fn. 28].

41 NIPS/ICF International, *Pakistan Demographic and Health Survey 2012–13* [wie Fn. 1], S. 94.

42 Der ungedeckte Bedarf an Maßnahmen zur Familienplanung betrifft verheiratete Frauen im Alter zwischen 19 und 45 Jahren. 1990 waren noch 30 Prozent des Bedarfs nicht gedeckt. Siehe: ICF International (Hg.), *The DHS Program. Demographic and Health Surveys*, <www.dhsprogram.com> (eingesehen am 11.12.2014).

Leben der Mutter gefährdet ist –, werden sie häufig unter problematischen medizinischen Bedingungen vorgenommen und setzen die Frauen insofern großen Risiken aus. Nach Schätzungen werden jährlich eine Million Schwangerschaftsabbrüche unter derart prekären Bedingungen durchgeführt.⁴³

Dass Familienplanung und reproduktive Gesundheit keine Priorität haben und dass es auf politischer Ebene an Wissen und Fähigkeiten mangelt, gilt als ausschlaggebend für die schlechte Versorgung der Bevölkerung mit Mitteln der Familienplanung. Vor allem deshalb sind seit einigen Jahren keine erheblichen Veränderungen bei der Geburtenrate und beim Grad der Anwendung von Verhütungsmethoden mehr zu verzeichnen. Doch gibt es dafür auch weitere Gründe: die unzureichende Kooperation der politischen Akteure, insbesondere der Gesundheits- und der Bevölkerungsdepartments in den Provinzen, und eine von traditionellen Vorstellungen geprägte Präferenz für kinderreiche Familien (hohe Fertilitätspräferenz).

Mangelnder politischer Wille

Die Experten sind nahezu einhellig der Ansicht, dass der mangelnde politische Wille eines der größten Hindernisse für die Umsetzung von Bevölkerungspolitiken ist.⁴⁴ Dabei fehlt es nicht an politischen Stellungnahmen und förmlichen Zielsetzungen. Im Jahr 1994 fand die dritte Internationale Konferenz zu Bevölkerung und Entwicklung (International Conference on Population and Development, ICPD) in Kairo statt. Bei diesem Anlass hatte die pakistanische Premierministerin Benazir Bhutto in ihrer Rede betont, dass freiwillige Familienplanung und Maßnahmen zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheit für die Entwicklung Pakistans notwendig sind.⁴⁵

⁴³ Sathar/Wazir/Sadiq, *Prioritizing Family Planning* [wie Fn. 10], S. 6.

⁴⁴ Interviews der Autorin in Islamabad und Lahore, 31.10.–6.11.2014.

⁴⁵ Auszug aus der Rede von Benazir Bhutto: »I dream of a Pakistan, of an Asia, of a world where every pregnancy is planned, and every child conceived is nurtured, loved, educated and supported. I dream of a Pakistan, of an Asia, of a world not undermined by ethnic divisions brought upon by population growth, starvation, crime and anarchy. I dream of a Pakistan, of an Asia, of a world, where we can commit our social resources to the development of human life and not to its destruction. That dream is far from the reality we endure.« United Nations Population Information Network (POPIN), »Statement of Pakistan, H. E. Mohtarma Benazir Bhutto« (94-09-07), unter: <<http://www.un.org/popin/icpd/conference/gov/940907211416.html>> (eingesehen am 12.12.2014).

Auch die neuesten pakistanischen Zusagen beim London Summit of Family Planning 2012 sind optimistisch gestimmt.⁴⁶ Die Regierung versprach, darauf hinzuarbeiten, dass bis 2020 der universelle Zugang zu Mitteln reproduktiver Gesundheit hergestellt, der Grad der Anwendung von Verhütungsmethoden auf 55 Prozent gesteigert und die Ausgaben für Maßnahmen der Familienplanung erhöht werden.⁴⁷ Es ist jedoch abzusehen, dass sie diese Zusagen nicht einhalten kann. An Willensbekundungen zumindest auf internationaler Ebene fehlt es nicht. Das Hauptproblem ist die konkrete Umsetzung der Zielvorgaben. Ein Beleg dafür ist etwa ein Entwurf zur nationalen Bevölkerungspolitik aus dem Jahr 2010, in dem einmal mehr die Notwendigkeit betont wurde, im Interesse der demografischen Transformation Pakistans für einen allgemeinen, breiten Zugang zu Mitteln reproduktiver Gesundheit und Familienplanung zu sorgen. Das Dokument ist jedoch bis heute Entwurf geblieben.⁴⁸

Dass die nationale Bevölkerungspolitik nicht umgesetzt wurde, steht auch in einem Zusammenhang mit der 2010 verabschiedeten Verfassungsreform (18. Amendment). Mit ihr ist der Föderalismus gestärkt worden, indem weitreichende Kompetenzen hauptsächlich für Belange der Bevölkerung, Gesundheit und Bildung auf die Provinzen übertragen wurden. Dabei wurde das Bevölkerungsministerium aufgelöst, seine Aufgaben sind auf die Bevölkerungsdepartments in den Provinzen verlagert worden; ebenso wurden ein Großteil der Kompetenzen des Gesundheitsministeriums auf Gesundheitsdepartments in den Provinzen übertragen und das nationale Ministerium zumindest vorübergehend abgeschafft.⁴⁹

www.un.org/popin/icpd/conference/gov/940907211416.html (eingesehen am 12.12.2014).

⁴⁶ Der London Summit of Family Planning 2012, der mit UNFPA-Unterstützung von der britischen Regierung und der Bill & Melinda Gates Foundation organisiert wurde, sollte weltweit eine Verstärkung der Bemühungen herbeiführen, den Zugang zu Maßnahmen freiwilliger Familienplanung und zu Verhütungsmitteln zu verbessern, bestehende Hürden abzubauen und Kontrazeptiva für alle verfügbar zu machen.

⁴⁷ WHO, *London Summit on Family Planning 2012, Summaries of Commitments*, September 2012, unter: <<http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/fpsummitcommitments090712.pdf>> (eingesehen am 12.12.2014).

⁴⁸ Population Welfare Department, Government of Punjab, *National Population Policy 2010* (Draft), unter: <<http://www.easysol.com/profile/population/pages/policy1.html>> (eingesehen am 15.12.2014).

⁴⁹ Im Jahr 2013 wurde das nationale Gesundheitsministerium unter dem Namen »Ministry of National Health Services Regulations and Coordination« wieder eingesetzt. Einzelne Bereiche

Im Zuge der Reform wurden auch die finanziellen Zuwendungen an die Provinzen neu geregelt – vergleichbar dem Länderfinanzausgleich in Deutschland. Der siebte sogenannte Award der National Finance Commission (NFC) aus dem Jahr 2010 sieht vor, dass mehr als 80 Prozent der Zuwendungen in Abhängigkeit von der Bevölkerungsgröße auf die Provinzen verteilt werden.⁵⁰ Dies stellt zwar eine Verbesserung gegenüber der vorherigen Regelung dar, die ausschließlich auf der Bevölkerungsgröße basierte. Dennoch bleibt ein grundlegendes Dilemma bestehen: Bevölkerungarme Provinzen, wie beispielsweise Belutschistan, haben ein Interesse daran, die Geburtenrate zu steigern, um mehr finanzielle Zuwendungen zu erhalten. Gleichzeitig ist es nun Sache der Provinzen, die Bevölkerungspolitik zu implementieren. Im Sinne einer Verbesserung der sozioökonomischen Entwicklung müssten sie also eigentlich dafür sorgen, dass die Geburtenrate sinkt.

In diesem Zusammenhang darf der Einfluss der Gesellschaft im ethnisch gespaltenen Pakistan nicht unterschätzt werden, der maßgeblich zu den anhaltend hohen Kinderzahlen beiträgt. Einzelne Gruppierungen, die sich in einer Minderheitenrolle sehen, werben einen Zuwachs ihrer Gruppe als Stärkung ihrer gesellschaftlichen Position. Aus diesem Grunde sind Volkszählungen beispielsweise ein politisch heikles Thema. Der letzte veröffentlichte Zensus fand 1998 statt. Die Ergebnisse des Zensus von 2011 sind bis heute nicht veröffentlicht worden. Nach Meinung von Experten erscheint es den Verantwortlichen offenbar als allzu brisant, die Einwohnerzahl der einzelnen Provinzen und auch die Größe der ethnischen und religiösen Gruppen amtlich festzustellen und zu dokumentieren.⁵¹

Das fehlende politische Engagement in der Bevölkerungspolitik und für reproduktive Gesundheit hat auch die externen entwicklungspolitischen Akteure zu der Ansicht kommen lassen, dass sich zunächst auf

der Gesundheitspolitik gehören damit erneut in das Aufgabenspektrum des nationalen Ministeriums. Kompetenzen des abgeschafften Bevölkerungsministeriums sind mittlerweile in die Verantwortung der Federal Planning and Development Division oder der Statistic Division übergegangen. Siehe: UNFPA/Pathfinder International, *The State of Family Planning in Pakistan* [wie Fn. 34], S. 27ff.

⁵⁰ Usman Mustafa, *Fiscal Federalism in Pakistan: The 7th National Finance Commission Award and Its Implications*, Islamabad: Pakistan Institute of Development Economics (PIDE), 2011 (PIDE Working Papers 2011/73).

⁵¹ Interviews der Autorin in Islamabad und Lahore, 31.10.–6.11.2014.

politischer Ebene das Verständnis für die Problematik und der Wille zu Veränderungen etablieren muss, bevor an eine erfolgreiche Umsetzung von Programmen gedacht werden kann. Die externen Geber tendieren daher in jüngerer Zeit dazu, von einer Angebotsorientierung abzukommen, also von dem Bemühen, den Zugang zu Verhütungsmethoden zu verbessern. Stattdessen konzentrieren sie sich verstärkt darauf, die Kapazitäten auf politischer Ebene weiterzuentwickeln und auszubauen. Ein häufiger Personalwechsel in der Führung der Departments behindert diesen Ansatz jedoch, da dadurch das Bewusstsein geschwächt wird, für Programme verantwortlich zu sein. So amtierten beispielsweise in Punjab seit 2010 nacheinander sieben Secretaries of Health.⁵²

Der politische Reformprozess in Pakistan befindet sich gegenwärtig am Ende der Übergangsphase. Die Bevölkerungsdepartments in den Provinzen sollen die Implementierung der staatlichen Bevölkerungsprogramme ab 2015 in die eigene Verantwortung übernehmen.⁵³ Externe entwicklungspolitische Akteure sollten diese Veränderungen an den institutionellen Strukturen als Chance wahrnehmen, neue Kooperationen mit den Provinzregierungen zu etablieren. Insbesondere muss die Fähigkeit der Departments gestärkt werden, ihre finanziellen und personellen Ressourcen effizient einzusetzen. Ein Beispiel bietet die Arbeit des VN-Bevölkerungsfonds UNFPA, der die Provinzen bei der Erarbeitung eigener Bevölkerungspolitiken unterstützt, nachdem erkennbar geworden ist, dass der Entwurf der nationalen Bevölkerungspolitik aus dem Jahr 2010 wohl nicht mehr umgesetzt wird.

Unklare Zuständigkeiten

Trotz der politisch-institutionellen Veränderungen im Zuge der Verfassungsreform existieren in den Provinzen weiterhin doppelte Strukturen für Belange der reproduktiven Gesundheit und Familienplanung, wie das zuvor auch schon bei den nationalen Ministerien der Fall war. Die Departments für Gesundheit und jene für Bevölkerung führen voneinander unabhängige Programme durch. Und beide haben Defizite: Die den Gesundheitsdepartments angegliederten Basic Health Units und Rural Health Center sollten Maßnahmen

⁵² Health Department, Government of Punjab, <<http://health.punjab.gov.pk/?q=SecretaryHealth>> (eingesehen am 15.12.2014).

⁵³ UNFPA/Pathfinder International, *The State of Family Planning in Pakistan* [wie Fn. 34], S. 28.

und Beratung zu Familienplanung anbieten, tun dies jedoch nicht im notwendigen Umfang.⁵⁴ Die den Bevölkerungsdepartments unterstehenden Family Welfare Center hingegen, deren Hauptaufgabe Familienplanung ist, sind mit einem Stigma behaftet und werden insbesondere von den jungen Frauen nur ungern aufgesucht, da ihr Besuch mit dem gesellschaftlich verpönten Wunsch nach Verhütung assoziiert wird.⁵⁵

Die staatlichen Programme sind dabei meist angebotsorientiert und insofern permanent bestrebt, die Zahl der Einrichtungen zu erhöhen und Personal aufzustocken. Seit vielen Jahrzehnten werden Fachkräfte aus- und weitergebildet, die auf reproduktive Gesundheit spezialisiert sind. Das Training medizinischer Fachkräfte wird meist mithilfe internationaler Organisationen durchgeführt. Die Gesundheitsfachkräfte (*village workers, community workers, lady health visitors*) haben jedoch seit Jahren mit den gleichen Problemen zu kämpfen: Sie sind unzureichend ausgebildet, ihre Gehälter werden häufig nicht bezahlt, und die Einrichtungen, in denen sie arbeiten, sind schlecht ausgestattet.⁵⁶

Mittlerweile wurden insgesamt rund 100 000 Lady Health Workers ausgebildet, die den Gesundheitsdepartments angegliedert sind. Die Steigerung ihrer Anzahl hat auch dazu geführt, dass das ohnehin geringe Budget mittlerweile zum Großteil für Gehälter aufgebraucht wird. Dabei werden die Gehälter, wie erwähnt, häufig nicht ausgezahlt, und auch für Fahrtkosten fehlt es an Finanzmitteln.⁵⁷ Im Rahmen des im Jahr 2005 eingeführten Maternal, Newborn and Child Health Programme (MNCH) sollen 12 000 Hebammen (*community midwives*) ausgebildet werden. Diese Zielgröße ist jedoch bis heute nicht erreicht worden. Ihre Hauptaufgabe soll die Betreuung von Geburten in medizinisch unterversorgten Gebieten sein.⁵⁸

⁵⁴ Ebd., S. 7.

⁵⁵ Population Welfare Department, Government of Punjab, <<http://www.easy-sol.com/profile/population/pages/main-initiative-multiple-services.html>> (eingesehen am 17.12.2014).

⁵⁶ Ausführliche Analysen zu diversen Trainingsansätzen und deren Problemen finden sich bei Samia Waheed Atlaf, *So Much Aid, So Little Development: Stories from Pakistan*, Washington, D.C.: Woodrow Wilson Center Press, 2011.

⁵⁷ Beide Missstände gaben in den letzten Jahren Anlass zu massenhaften Streiks. Mittlerweile sind die LHWs in den Staatsdienst integriert. Siehe: Sehrish Wasif, »No Salary: LHWs Threaten Countrywide Protest«, in: *Tribune*, 18.4.2014, <<http://tribune.com.pk/story/697140/no-salary-lhws-threaten-countrywide-protest/>> (eingesehen am 7.2.2015).

⁵⁸ UNFPA/Pathfinder International, *The State of Family Planning in Pakistan* [wie Fn. 34], S. 30.

Ob eine solche Fokussierung auf die Quantität von Gesundheitsfachkräften substantielle Verbesserungen mit sich bringen wird, ist fraglich. Denn trotz aller Anstrengungen wird der Bedarf an Maßnahmen zur Familienplanung in den weit abgelegenen Gebieten nicht im nötigen Umfang gedeckt, weder von den staatlichen Programmen, den NROs oder den privaten Anbietern. Nach Aussage von Experten ist auch nicht die Quantität der Leistungen das Kernproblem, sondern deren Qualität, da kein entsprechendes Monitoringsystem existiert.⁵⁹

In der Vergangenheit gab es durchaus Bemühungen – auch mit Unterstützung der bi- und multilateralen Entwicklungszusammenarbeit –, andere Ansätze zu verfolgen und neue Akteure einzubeziehen. So wurden beispielsweise mobile Einheiten für abgelegene Gebiete oder Male Mobilizers eingeführt, die Einfluss auf männliche Autoritäten wie Lehrer oder kommunale, lokale und religiöse Anführer nehmen sollten.⁶⁰ Das FALAH-Programm des Population Council konzentrierte sich auf den gesellschaftlichen Dialog, bezog dabei Massenmedien ein, setzte aber ebenso auf persönliche Kommunikation (Hausbesuche, Gruppendiskussionen und interaktive Theaterstücke). Im Rahmen des Programms wurde der Slogan »Abstand zwischen den Geburten rettet Leben« geprägt,⁶¹ der in Pakistan recht populär geworden ist.

Traditionelle Familienmodelle

Nach Umfragen des Pew Research Centers halten 65 Prozent der befragten Pakistanis Verhütungsmittel für moralisch nicht vertretbar – Pakistan belegte mit diesem Wert den Spitzenplatz unter vierzig Ländern.⁶²

⁵⁹ Interviews der Autorin in Islamabad und Lahore, 31.10.–6.11.2014.

⁶⁰ Gerade die Einbeziehung religiöser Autoritäten bewerten einige Experten sehr kritisch, da sie einer zu starken Einflussnahme gleichkomme. Interviews der Autorin in Islamabad und Lahore, 31.10.–6.11.2014.

⁶¹ »Family Advancement for Life and Health« (FALAH) war ein auf fünf Jahre angelegtes (2007–2012) Programm, das USAID und der Population Council finanziert hat. Der Fokus lag auf der Verbesserung der Mütter- und Kindergesundheit. Vor allem ging es darum, ein Verständnis dafür zu wecken, dass der Abstand zwischen zwei Geburten vergrößert und Familienplanungsmaßnahmen verstärkt genutzt werden sollten; Arshad Mahmood, *Birth Spacing and Family Planning Uptake in Pakistan: Evidence from FALAH*, Islamabad: Population Council, 2012.

⁶² Jacob Poushter, »What's Morally Acceptable? It Depends on Where in the World You Live«, Pew Research Center, 15.4.2014, <<http://www.pewresearch.org/fact-tank/2014/04/15/whats-morally->

Diese Zahl erscheint jedoch zu hoch, und bei den Gründen für die Ablehnung von Kontrazeptiva sollte stärker differenziert werden. Laut DHS aus dem Jahr 2006 gaben fünf Prozent der Frauen an, dass sie aus religiöser Überzeugung keine Verhütungsmethoden anwenden und dies auch in Zukunft nicht vorhaben. Weitere mehr als 28 Prozent vertraten die Ansicht, die Bestimmung der Kinderzahl solle Gott überlassen werden. Jeweils zehn Prozent verwiesen auf eine ablehnende Haltung des Ehemanns und auf gesundheitliche Gründe wie etwa Nebenwirkungen.⁶³ Insgesamt will also tatsächlich ein erheblicher Anteil der Frauen in Pakistan keine Verhütungsmittel anwenden, und dies unabhängig vom Zugang zu diesen Mitteln. Nahezu die Hälfte der Frauen, die keine Kontrazeptiva benutzt, will dies auch in Zukunft nicht tun.⁶⁴

Bei der Suche nach den Gründen für die Zurückweisung moderner Verhütungsmittel sollten zwei Aspekte berücksichtigt werden. Erstens lässt die zunehmende Nutzung traditioneller Verhütungsmittel bei gleichzeitig stagnierender Verwendung moderner Kontrazeptiva⁶⁵ vermuten, dass es an Vertrauen in die Qualität der medizinischen Versorgung und der einschlägigen Wirkmittel mangelt. Zweitens ist der Wunsch nach einer großen Zahl von Kindern, der eng mit der traditionellen pakistanischen Familiennorm zusammenhängt, anhaltend stark ausgeprägt. Es gilt weiterhin als oberste soziale Pflicht einer Frau, zu heiraten und eine Familie zu gründen. Unabhängig vom Bildungsniveau und der eingeschlagenen Karriere ist die Familie der wichtigste Bezugspunkt der sozialen Identität. Eine Folge dieser Orientierung ist, dass in Pakistan die Beteiligung der Frauen am Arbeitsmarkt zu den niedrigsten der Welt gehört.⁶⁶

Seit den 1990er Jahren hat sich die von den Frauen als ideal angesehene Zahl von mehr als vier Kindern pro Familie nicht grundlegend verändert.⁶⁷ Junge verheiratete Paare, von denen kurz nach der Hochzeit die Zeugung eines Kindes erwartet wird, haben besondere Schwierigkeiten, den eigenen Familien den Wunsch

zu vermitteln, sich noch Zeit mit dem ersten Kind zu lassen.⁶⁸ Während in vielen anderen Ländern das Motto »Eine kleine Familie ist eine glückliche Familie« als durchaus akzeptabel gilt, gibt es in Pakistan nur einen einzigen Slogan, der Bezug zur reproduktiven Gesundheit hat: »Abstand zwischen den Geburten rettet Leben«. Würde dieser Slogan ernst genommen, könnten zwar die Gefahren reduziert werden, die sich für Mütter und Kinder durch rasch aufeinanderfolgende Schwangerschaften ergeben. Bei der anhaltend hohen Fertilitätspräferenz wäre aber nicht mit einem Absinken der Zahl der Geburten pro Frau zu rechnen.

Massenmedien spielen bei der Veränderung reproduktiver Verhaltensmuster eine wichtige Rolle. Prinzipiell dürfte es möglich sein, mithilfe von Kampagnen und sozialen Netzwerken – insbesondere bei der jungen urbanen Bevölkerung – einen Wandel der Vorstellungen über Familienmodelle herbeizuführen.⁶⁹ Trotz der an sich freien Medienlandschaft in Pakistan existieren jedoch hohe Barrieren, wenn es um Themen der Sexualität geht. Eine Werbekampagne von DKT, bei der farbige Kondome gezeigt wurden, wurde kritisiert, weil sie Promiskuität fördere, und schließlich von der Pakistan Electronic Media Regulatory Authority (PEMRA) verboten.⁷⁰ Ein neuer Ansatz von UNFPA ist es, Journalisten ein spezielles Training anzubieten und sie damit in die Lage zu versetzen, die Öffentlichkeit für Bevölkerungsfragen und Fragen der reproduktiven Gesundheit stärker zu sensibilisieren.

acceptable-it-depends-on-where-in-the-world-you-live> (eingesehen am 17.12.2014).

⁶³ NIPS/ICF International, *Pakistan Demographic and Health Survey 2006–07*, Islamabad/Calverton, MD 2008, S. 66.

⁶⁴ NIPS/ICF International, *Pakistan Demographic and Health Survey 2012–13* [wie Fn. 1], S. 108.

⁶⁵ Sathar/Wazir/Sadiq, *Prioritizing Family Planning* [wie Fn. 10], S. 40.

⁶⁶ International Labour Office (Hg.), *Key Indicators of the Labour Market (KILM)*, 8. Aufl., Genf 2014.

⁶⁷ NIPS/ICF International, *Pakistan Demographic and Health Survey 2012–13* [wie Fn. 1], S. 86.

⁶⁸ Interviews der Autorin in Islamabad und Lahore, 31.10.–6.11.2014.

⁶⁹ John Bongaarts et al., *Family Planning Programs for the 21st Century. Rationale and Design*, New York: Population Council, 2012.

⁷⁰ »Pemra Takes Controversial Contraceptives Commercial Off Air«, in: *Dawn*, 23.7.2013, <<http://www.dawn.com/news/1031360>> (eingesehen am 12.12.2014).

Handlungsempfehlungen für die deutsche Entwicklungszusammenarbeit

Die deutsche Entwicklungspolitik engagiert sich seit 1961 in Pakistan, hauptsächlich in den nordwestlichen Provinzen Khyber Pakhtunkhwa und FATA, mit Einzelmaßnahmen aber auch in Punjab, Gilgit-Baltistan und Asad Kaschmir. Schwerpunkte der Zusammenarbeit sind derzeit »Gute Regierungsführung«, »Grund- und Berufsbildung«, »Erneuerbare Energien und Energieeffizienz« sowie »Gesundheit«. Im Rahmen des Schwerpunkts »Gesundheit« werden auch Programme zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheit und zur Familienplanung gefördert. Eine anstehende Neuausrichtung des entwicklungspolitischen Portfolios bietet die Chance, diese Programme weiterzuentwickeln, nachdem sich in Pakistan die Bedingungen infolge der Verfassungsänderung gewandelt und die Provinzen größere Autonomie erhalten haben.

Die gestärkte Autonomie der Provinzen und die damit zusammenhängende Übertragung von Kompetenzen bieten die Möglichkeit, Programme zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheit und zur Familienplanung noch präziser an die lokalen Besonderheiten anzupassen. Solche Programme, die in dieser Richtung auch von den deutschen EZ-Institutionen durchgeführt werden, können aber nur Erfolg haben, wenn die jeweiligen Provinzregierungen die mit dem Bevölkerungswachstum verbundenen Probleme erkennen und Handlungswillen zeigen. Darüber hinaus müssten vielschichtige Hindernisse berücksichtigt werden.

Auf der Angebotsseite gilt dies etwa für den ungedeckten Bedarf an Familienplanung, der in den ländlichen Gegenden, den sich ausdehnenden urbanen Problembezirken und bei den am stärksten benachteiligten Bevölkerungsgruppen herrscht. Ebenso zu beachten sind die strukturellen Hindernisse, die einer Kooperation der beiden zuständigen Departments und der Einführung eines Monitoringsystems entgegenstehen. Auf der Nachfrageseite muss das Augenmerk auf zwei Faktoren gerichtet werden: das in der Bevölkerung mangelnde Wissen um die Vorteile kleiner Familien und das auf politischer Ebene fehlende Bewusstsein für die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Kosten des Bevölkerungswachstums. Um bei der Realisierung der entwicklungspolitischen Programme die Entstehung doppelter

Strukturen zu vermeiden, ist ein hohes Maß an Koordinierung unter den Gebern erforderlich. Außerdem ist langjähriges Engagement nötig, da gerade die Veränderung reproduktiver Verhaltensmuster viel Zeit in Anspruch nimmt.

Falls die deutsche Entwicklungszusammenarbeit keine Priorität auf Bevölkerungspolitik setzen will, sollten bevölkerungspolitische Ansätze zumindest in andere Schwerpunkte aufgenommen werden. Denn in der politischen und gesellschaftlichen Diskussion Pakistans ist das Bewusstsein für die mit dem Bevölkerungswachstum verbundenen Probleme unterentwickelt, wobei unter Experten auch die Ansicht vertreten wird, dass mittlerweile ein Bewusstseinswandel wahrzunehmen ist. Geeignete Maßnahmen wären etwa technische Beratung bei der Durchführung einer Volkszählung oder bei den zukünftigen Haushaltszuwendungen an die Provinzen. Um darauf hinzuwirken, dass Bevölkerungsfragen prominent auf der politischen Agenda bleiben, könnte man darüber hinaus weitere Maßnahmen ins Auge fassen. Denkbar wäre zum Beispiel, die Produktion und Zertifizierung pakistanischer Verhütungsmittel zu unterstützen, Fragen der reproduktiven Gesundheit in die schulischen Lehrpläne einzubinden, die soziale Sicherung zu fördern und Hilfe beim Aufbau eines Systems zur Geburtenregistrierung zu leisten.

Ziel müsste es sein, die Folgekosten zu verdeutlichen, die das Bevölkerungswachstum für die sozio-ökonomische Entwicklung verursacht. Einer der wichtigsten Schritte wäre ein konsequenter politischer und gesellschaftlicher Dialog, um das Bewusstsein dafür zu stärken, dass ein Nachlassen des Bevölkerungswachstums und eine Veränderung der Altersstruktur positive Auswirkungen auf viele andere Lebensbereiche der pakistanischen Gesellschaft haben würden. Profitieren würden nicht zuletzt auch die entwicklungspolitischen Geber bei Anstrengungen in anderen Handlungsfeldern.

Schlussfolgerungen

Das Bevölkerungswachstum Pakistans wird auf absehbare Zeit eines der größten Hindernisse für einen Zuwachs an wirtschaftlichem Wohlstand und für soziale Entwicklung bleiben. Die stetig steigende Zahl von Kindern und Jugendlichen belastet die ohnehin schwache Infrastruktur insbesondere der Gesundheits- und Bildungssysteme ebenso wie den Arbeitsmarkt. Eine anhaltend hohe Geburtenrate wird schwerwiegende Konsequenzen gerade für die ärmeren Bevölkerungsschichten in Pakistan haben. Eine nachhaltige Bevölkerungspolitik würde die weitere sozioökonomische Entwicklung Pakistans fördern. Sie müsste dabei vor allem die Mittel zur freiwilligen Familienplanung für alle zugänglich machen, die Bevölkerung für die individuellen und gesellschaftlichen Vorzüge kleiner Familien sensibilisieren und die Voraussetzungen für sichere Schwangerschaften und Geburten schaffen.

Obwohl das Bevölkerungswachstum von den meisten Regierungen Pakistans seit der Staatsgründung als problematisch angesehen wird, haben sie bislang keine kohärente Bevölkerungspolitik entwickelt. Nach wie vor sind die politischen Zuständigkeiten unklar, fehlt es an finanzieller Ausstattung und an Verwaltungskapazitäten. Eine kohärente, nachhaltige und auf die speziellen Bedürfnisse der pakistanischen Gesellschaft ausgerichtete Bevölkerungspolitik setzt voraus, dass ein Umdenken in Gesellschaft und Politik erfolgt. Offenkundig leiden die Programme zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheit und zur Familienplanung unter erheblichen Implementierungsschwierigkeiten. Dabei ist der Bedarf an Verhütungsmitteln bei weitem nicht gedeckt; diese Mittel werden aber auch nicht so stark nachgefragt, wie das im Sinne einer gedeihlichen sozioökonomischen Entwicklung nötig wäre.

Die Forschung hat zwar nachgewiesen, dass sich die Geburtenrate langfristig auch ohne spezielle Programme zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheit und zur Familienplanung senken lässt; etwa durch Investitionen in die Optimierung der Gesundheitssysteme, durch die Hebung des Bildungsniveaus von Mädchen, die Integration von Frauen in den Arbeitsmarkt und durch eine allgemeine Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Menschen. Da die Geburtenrate in Pakistan derzeit aber auf hohem

Niveau stagniert, die Nutzung von Verhütungsmethoden nur sehr langsam zunimmt und der Wunsch nach einer großen Zahl von Kindern in der pakistanischen Gesellschaft weiterhin vorherrscht, ist eine Trendwende ohne eine umfassende Bevölkerungspolitik auf absehbare Zeit nicht zu erwarten.

Abkürzungsverzeichnis

BIP	Bruttoinlandsprodukt
DHS	Demographic and Health Survey
FALAH	Family Advancement for Life and Health
FATA	Federally Administrative Tribal Areas
ICPD	International Conference on Population and Development
IPP	Institute of Public Policy (Lahore)
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
KILM	Key Indicators of the Labour Market
LHW	Lady Health Worker
MNCH	Maternal, Newborn and Child Health Programme
NIPS	National Institute of Population Studies (Islamabad)
NRO	Nichtregierungsorganisation
PEMRA	Pakistan Electronic Media Regulatory Authority
PIDE	Pakistan Institute of Development Economics
POPIN	United Nations Population Information Network
TFR	Total Fertility Rate
UNDESA	United Nations Department of Economic & Social Affairs
UNDP	United Nations Development Programme
UNFPA	United Nations Population Fund
UNHCR	Office of the UN High Commissioner for Refugees
USAID	United States Agency for International Development
VN	Vereinte Nationen
WHO	World Health Organization

Lektürehinweise

Steffen Angenendt / Silvia Popp

Bevölkerungswachstum, Fertilität und Kinderwunsch. Herausforderungen für die Entwicklungszusammenarbeit am Beispiel Subsahara-Afrikas
SWP-Studie 20/2014, Dezember 2014, 28 Seiten

Silvia Popp

Bevölkerungsdynamiken in Südasien. Die Region riskiert, ihre demografische Chance zu verpassen
SWP-Studie 5/2014, März 2014, 24 Seiten