

DIE MACHT DER FREIEN ENTSCHEIDUNG

REPRODUKTIVE RECHTE UND DER DEMOGRAFISCHE WANDEL



UNFPA, der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen

UNFPA fördert eine Welt, in der jede Schwangerschaft gewollt, jede Geburt sicher und das Potenzial jedes jungen Menschen verwirklicht wird.

Mehr Informationen unter www.unfpa.org

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW)

Die DSW ist eine international tätige Entwicklungsorganisation. Ziel unserer Arbeit ist es, zur Umsetzung des Menschenrechts auf Familienplanung und zu einer zukunftsfähigen Bevölkerungsentwicklung beizutragen. Jugendliche sind daher die wichtigste Zielgruppe unserer Projekte.

Auf nationaler und internationaler Ebene nehmen wir Einfluss auf politische Entscheidungsprozesse in den Bereichen Gesundheit, Familienplanung und Gleichstellung der Geschlechter.

Mehr Informationen unter www.dsw.org

DIE MACHT DER FREIEN ENTSCHEIDUNG

REPRODUKTIVE RECHTE UND
DER DEMOGRAFISCHE WANDEL

1

Familien werden kleiner – überall auf der Welt

Seite 10

2

Das Vermächtnis großer Familien

Seite 18

3

Abweichungen vom typischen demo- grafischen Übergang

Seite 30



4

Viele Wege
führen zum Ziel

Seite 38



5

Elternschaft
ermöglichen

Seite 50



6

Jede*r hat das
Recht zu wählen

Seite 62





Vorwort

ENTSCHEIDUNGSFREIHEIT KANN DIE WELT VERÄNDERN.

Sie kann das Wohlergehen von Frauen und Mädchen verbessern, Familien und Gesellschaften verändern und die globale Entwicklung beschleunigen.

Die Frage, inwieweit Paare und Einzelpersonen selbst entscheiden können, ob, wann und wie viele Kinder sie bekommen wollen, wirkt sich auch direkt auf die Fertilität aus. Wenn Menschen die Wahl haben, entscheiden sie sich meist für kleinere Familien. Wo ihre Wahlfreiheit eingeschränkt ist, haben sie tendenziell entweder große oder sehr kleine Familien, manchmal bleiben sie kinderlos.

Noch kann kein einziges Land für sich behaupten, die reproduktiven Rechte universell verwirklicht zu haben. Für viel zu viele Frauen sind die Möglichkeiten eingeschränkt. Und das bedeutet, dass immer noch Millionen Menschen mehr oder weniger Kinder haben, als sie sich wünschen. Die Auswirkungen treffen nicht nur die einzelne Person, sondern auch Gemeinden, Institutionen, Volkswirtschaften, Arbeitsmärkte und ganze Nationen.

Einige scheitern bei der Verwirklichung ihrer reproduktiven Rechte an einem Gesundheitssystem, in dem es am Notwendigsten mangelt, beispielsweise an Verhütungsmitteln. Andere kämpfen mit wirtschaftlichen Hürden, unter anderem mit qualitativ schlechten Arbeitsplätzen, schlechter Bezahlung und fehlender Kinderbetreuung, die es ihnen fast unmöglich machen, eine Familie zu gründen oder zu erweitern. Diesen und anderen Hindernissen liegt die fortdauernde Ungleichheit der Geschlechter zugrunde, die es Frauen verwehrt, grundlegende Lebensentscheidungen zu treffen.

Im Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo aus dem Jahr 1994 haben sich die Regierungen dazu verpflichtet, den Menschen informierte Entscheidungen über ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit zu ermöglichen, weil dies Bestandteil ihrer fundamentalen Menschenrechte ist. Auch heute noch, fast 25 Jahre später, gilt es sicherzustellen, dass die Menschen über die notwendigen Mittel verfügen, um frei und eigenverantwortlich über die Anzahl, den Abstand und den Zeitpunkt von Schwangerschaften zu entscheiden.

In der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung wurden diese Grundsätze bekräftigt und die reproduktiven Rechte als Zielvorgabe aufgenommen. Tatsächlich sind die reproduktiven Rechte unabdingbar für die Verwirklichung aller nachhaltigen Entwicklungsziele. **DAS IST DIE MACHT DER FREIEN ENTSCHEIDUNG.**

Der Weg in die Zukunft besteht in der vollständigen Verwirklichung der reproduktiven Rechte für jeden einzelnen Menschen und jedes Paar, egal wo und wie sie leben oder wie viel sie verdienen. Dafür müssen alle Hindernisse beseitigt werden – seien sie ökonomischer, gesellschaftlicher oder institutioneller Natur –, die freien und informierten Entscheidungen entgegenstehen.

Letzten Endes wird unser Erfolg nicht allein darin bestehen, dass wir die – in unseren Augen – ideale Fertilität erreichen. In Wirklichkeit bemisst sich der Fortschritt an den Menschen selbst, insbesondere am Wohlergehen der Frauen und Mädchen, an der Verwirklichung ihrer Rechte und vollständigen Gleichstellung sowie an ihren freien Lebensentscheidungen.

Dr. Natalia Kanem

Exekutivdirektorin

UNFPA, Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen



ÜBERBLICK

Der globale Wandel von hoher zu niedriger Fertilität

© Layland Masuda/Getty Images

Die Fertilität ist für jeden Menschen von Bedeutung, weil sich an ihr zeigt, inwieweit jede*r Einzelne über die Macht und die Mittel verfügt, selbst über die Anzahl, den Zeitpunkt und den zeitlichen Abstand von Schwangerschaften zu entscheiden.

Für Gesellschaften ist die Fertilität von Bedeutung, weil sie den Fortschritt zu mehr Wohlstand, gerechter und nachhaltiger Entwicklung sowie zum Wohlergehen aller hemmen oder beschleunigen können.

1994 haben 179 Regierungen dem Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo zugestimmt. Sie verpflichteten sich dazu, die Menschen zu befähigen, informierte Entscheidungen über ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit zu treffen. Denn dies ist eines der fundamentalen Menschenrechte, die die Basis prosperierender, gerechter und nachhaltiger Gesellschaften bilden. Die Regierungen waren sich einig, dass Fortschritte nur möglich sind, wenn die Gleichstellung der Geschlechter gefördert, die Gewalt gegen Frauen beseitigt und die Kontrolle von Frauen über ihre Reproduktion gewährleistet wird. Insbesondere waren sie sich darin einig, dass Demografie, wirtschaftliche und soziale Entwicklung sowie reproduktive Rechte untrennbar miteinander verknüpft sind und sich gegenseitig verstärken.

Eine ähnliche Selbstverpflichtung findet sich in der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. Reproduktive Gesundheit und reproduktive Rechte sind spezielle Zielvorgaben für eines der 17 nachhaltigen Entwicklungsziele, und gleichzeitig sind sie für die Verwirklichung aller Ziele unabdingbar.

Fertilität variiert – sehr stark

Seit der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo im Jahr 1994 hat es bezüglich der reproduktiven Gesundheit und Rechte in vielen Regionen der Welt stetige Fortschritte gegeben. Die Menschen sind besser über ihre reproduktiven Rechte und Wahlmöglichkeiten informiert und können diese Rechte auch eher einfordern. Doch nach wie vor bestehen bei der Fertilität große Unterschiede sowohl zwischen verschiedenen Ländern als auch innerhalb einzelner Länder. Dies zeigt, dass wir

zwar schon weit gekommen sind, dass aber noch ein langer Weg vor uns liegt, bis die reproduktiven Rechte universell verwirklicht sein werden.

Derzeit fallen die meisten Länder und Hoheitsgebiete ihren Fertilitätsraten entsprechend in vier große Gruppen:

In die erste Gruppe fallen Länder mit einer hohen Fertilität, wie sie früher weltweit üblich war. In einem Großteil Afrikas südlich der Sahara und einem halben Dutzend anderer Länder, die Konflikt- oder Krisenherde sind oder es bis vor Kurzem noch waren, liegt die Fertilität bei mehr als vier Kindern pro Frau. Dabei handelt es sich üblicherweise um ärmere Länder, in denen der Zugang zu Gesundheitsversorgung und Bildung eingeschränkt ist. Eine tief verwurzelte geschlechtsspezifische Diskriminierung wirkt der Autonomie von Frauen entgegen. Praktiken wie Frühverheiratung, die mit frühen Schwangerschaften einhergeht, sind zum Teil weit verbreitet.

In der zweiten Gruppe ist die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau zunächst deutlich gesunken, hat dann stagniert oder ist in einigen Fällen sogar wieder gestiegen. Gründe dafür sind unter anderem Probleme bei Familienplanungsprogrammen sowie Folgen von Konflikten und Wirtschaftskrisen.

Die dritte Gruppe von Ländern verzeichnet einen stetigen Rückgang der Fertilität, der bis heute anhält. In den meisten dieser Länder liegt das Einkommensniveau in einem mittleren Bereich. Viele dieser Länder setzen wirksame nationale Familienplanungsprogramme um und bemühen sich kontinuierlich um die Verwirklichung der reproduktiven Rechte – auch dann, wenn die Ressourcen knapp sind. Allerdings können die Fertilitätsraten sehr stark variieren, etwa zwischen Stadt und Land oder zwischen Reichen und Armen. Viele Länder aus dieser Kategorie liegen in Südamerika, wo die Zahl von Teenagerschwangerschaften besonders hoch ist.



© Giacomo Pirozzi

In den Ländern der vierten Gruppe ist die Fertilität schon seit langer Zeit niedrig. Hierbei handelt es sich hauptsächlich um Industrieländer in Asien, Europa und Nordamerika. Eine lückenhafte Versorgung bezüglich hochwertiger Kinderbetreuung kann die Vereinbarkeit von Beruf und Familie erschweren. Dies führt dazu, dass etliche Menschen weniger Kinder haben, als sie sich wünschen. Angesichts wachsender Bevölkerungsanteile von älteren Menschen und einer schrumpfenden Erwerbsbevölkerung könnten sich die Volkswirtschaften dieser Länder in naher Zukunft abschwächen.

Welche Hürden stehen im Weg?

Unter anderem stellen Defizite in der Gesundheitsversorgung institutionelle Hürden für freie und eigenverantwortliche Entscheidungen über die Reproduktion dar. Derartige Mängel schränken die Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Verhütungsmethoden ein. Zudem können sie den Zugang zu künstlicher Befruchtung für Frauen behindern, die die Jahre ihrer besten Reproduktionsfähigkeit überschritten haben oder aus

anderen Gründen nicht schwanger werden können. Unzureichende Gesundheitsdienstleistungen führen außerdem oft zu einer anhaltend hohen Kindersterblichkeit. Diese wiederum trägt dazu bei, dass mehr Kinder geboren werden, um die Verluste bei der Geburt, durch Krankheiten oder Unterernährung auszugleichen.

In einigen Ländern bestehen noch immer rechtliche Hindernisse im Bereich der Empfängnisverhütung. Dazu zählen Zugangsbeschränkungen für Personen, die nicht verheiratet sind oder eine bestimmte Altersgrenze unterschreiten. Und selbst dort, wo unverheirateten Frauen oder Heranwachsenden der Zugang zu Verhütungsmitteln gesetzlich gestattet ist, werden diese zuweilen von voreingenommenen Dienstleistungsanbietern nicht an sie abgegeben.

In weiten Teilen der Welt ist die umfassende Sexualaufklärung innerhalb der Bildungssysteme eingeschränkt und mangelhaft. Das führt dazu, dass jungen Menschen das Wissen und die Fähigkeiten vorenthalten werden, die sie brauchen, um informierte Entscheidungen zu treffen.

Zu den ökonomischen Hindernissen gehören Faktoren, die Dienstleistungen der reproduktiven Gesundheit unerschwinglich machen. Ein ökonomisches Hindernis kann aber auch darin bestehen, dass eine Frau aufgrund eines niedrigen Lohnes so viel arbeiten muss, dass sie keine Möglichkeit hat, eine Familie zu gründen.

Viele hartnäckige Hindernisse für die Verwirklichung der reproduktiven Rechte sind auf geschlechtsspezifische Diskriminierung zurückzuführen. Für viele Frauen bedeutet ihre untergeordnete Stellung noch immer, dass sie ihre Rechte nicht kennen, nicht vollständig verstehen oder nicht wissen, wie sie diese einfordern können. Geschlechtsspezifische Gewalt, die in allen Gesellschaften weit verbreitet ist, beeinträchtigt ihre Autonomie zusätzlich und kann zu erzwungenen Schwangerschaften führen. Darüber hinaus leisten Frauen überall einen größeren Teil der unbezahlten Kinderbetreuung als Männer. Dies kann dazu führen, dass sie von männlichen Ernährern abhängig sind, dass sie bezahlte Arbeitsplätze aufgeben und dass sie unter Erschöpfungszuständen leiden.

Gemeinsam das Recht auf Wahlfreiheit stärken

Jedes Land geht seinen eigenen Weg in die Zukunft, aber einige Schritte sind für alle Länder gleich: Das beginnt mit einem Gesundheitssystem, das mit den reproduktiven Rechten im Einklang steht und hochwertige, allgemein zugängliche Dienstleistungen der reproduktiven Gesundheit anbietet. Gesundheitsdienste müssen eine sinnvolle Auswahl an Verhütungsmitteln bereitstellen und Frauen und Männern umfassende Informationen über die verschiedenen Methoden vermitteln. Und sie müssen über die gesundheitlichen Implikationen von Familienplanung und ihre Auswirkungen auf die sonstigen Aspekte des Wohlergehens informieren.

Dienstleistungsanbieter sollten ihre Klientinnen und Klienten befähigen, freie Entscheidungen zu treffen, und sie sollten diese Entscheidungen respektieren. Das gilt auch für Heranwachsende, Unverheiratete, Menschen mit Behinderung und andere Bevölkerungsgruppen, die immer noch durch soziale Normen stigmatisiert und diskriminiert werden.

Unabhängig von der jeweiligen Fertilität gibt es in vielen Ländern bestimmte Gruppen, deren reproduktive Rechte besonders stark beeinträchtigt werden. Manchmal sind das Arme, die in ländlichen Gebieten leben. Manchmal ist es die Jugend. Oder es sind die Angehörigen von Gruppen, die die im Gesundheitswesen verwendete Nationalsprache nicht beherrschen. Häufig weisen diese Gruppen den höchsten ungedeckten Bedarf an Verhütung und die meisten ungewollten Schwangerschaften auf. Die Verwirklichung ihrer Rechte sollte bei allen weiteren Maßnahmen und Umsetzungsstrategien der erste Ansatzpunkt sein und oberste Priorität haben.

Schlussendlich müssen die meisten Länder die Menschen dabei unterstützen, genau die Anzahl Kinder zu bekommen, die sie haben wollen. Dafür müssen sie mit ihrer Politik unter anderem für mehr menschenwürdige Arbeitsplätze, für Erziehungsurlaub, für erschwinglichen Wohnraum, für leicht zugängliche Kinderbetreuung und für die Gleichstellung der Geschlechter sorgen.

Für staatliches Handeln sollte dabei die folgende Frage von grundlegender Bedeutung sein: Haben die Menschen – Männer und Frauen, an jedem Ort, in allen Einkommenschichten, in jedem Alter und in allen anderen Bevölkerungsgruppen – so viele Kinder, wie sie sich wünschen? Lautet die Antwort ‚Nein‘, dann sind die reproduktiven Rechte beeinträchtigt, und die Selbstverpflichtung zu deren universeller Verwirklichung ist noch immer nicht eingelöst.



Familien werden kleiner – überall auf der Welt

KAPITEL 1

In den letzten 150 Jahren und vor allem seit den 1960er-Jahren sind die Fertilitätsraten in fast allen Ländern gesunken. Bekamen die Frauen früher in allen Ländern der Welt mindestens fünf Kinder, so liegen die Fertilitätsraten in den meisten Ländern, deren Bevölkerung eine Million Menschen übersteigt, heute bei höchstens 2,5 Kindern pro Frau.



© UNFPA/Reza Sayah

Der Übergang von hoher zu niedriger Fertilität begann Anfang des 19. Jahrhunderts in Europa und breitete sich von dort über den ganzen Erdball aus. Zu Beginn der 1930er-Jahre war die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau in vielen Ländern annähernd auf das Ersatzniveau gesunken. Das Ersatzniveau – eine Gesamfruchtbarkeitsrate von 2,1 – bezieht sich auf die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau, die die Bevölkerungszahl eines Landes konstant hält.

In einigen Regionen vollzog sich dieser Wandel in sehr kurzer Zeit. In Australien zum Beispiel brachten verheiratete Frauen, die zwischen 1851 und 1856 geboren waren, durchschnittlich acht Kinder zur Welt. Frauen, die zehn Jahre später, also zwischen 1861 und 1866, geboren waren, hatten im Durchschnitt nur noch vier Kinder.

Was war der Auslöser für den plötzlichen und bemerkenswerten Rückgang, nachdem die Fertilität über Jahrtausende auf hohem Niveau verharrt hatte?

Bewusste Entscheidungen

Die Erklärungsansätze für den Rückgang der Fertilität in Europa – und später auch anderswo – reichen von der klassischen Theorie des demografischen Übergangs bis hin zu Theorien, die von ökonomischen Ursachen ausgehen. Die Theorie des demografischen Übergangs erklärt das Absinken der durchschnittlichen Kinderzahl pro Frau als eine Folge sozialer Veränderungen, die von der Industrialisierung und Urbanisierung ausgelöst und begleitet werden. Ökonomisch orientierte Theorien führen den Rückgang der Fertilität unter anderem auf die höheren Kosten zurück, die Kinder im Vergleich zu Waren und Dienstleistungen verursachen.

Die Fertilität kann nur dann nachhaltig sinken, wenn drei Bedingungen erfüllt sind: Erstens müssen die einzelnen Menschen ein Bewusstsein dafür entwickeln, dass sie die Anzahl ihrer Kinder durch eigene Vorkehrungen kontrollieren und beeinflussen können. Zweitens müssen sie in kleineren Familien einen Vorteil erkennen. Nur so können sie überhaupt ein Interesse daran entwickeln, weniger Kinder zur Welt zu bringen. Und drittens müssen zuverlässige Methoden zur Empfängnisverhütung zur Verfügung stehen – und die Menschen müssen über deren Anwendung informiert sein.

Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg

Der Zeitpunkt, ab dem die hohe Fertilität weltweit zurückging, wird allgemein auf die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts datiert, und zwar zunächst in Frankreich und dann in den englischsprachigen und den nordeuropäischen Ländern.

Modernere Methoden zur Empfängnisverhütung ermöglichten den Familien zwar eine bessere Kontrolle über ihre Kinderzahl, waren für die Normalbevölkerung aber teilweise unerschwinglich. Einige setzten daher auf preiswerte und selbst hergestellte Verhütungsmittel, wie

zum Beispiel Schwämme und Chinin-Pessare. Auf gesellschaftlicher Ebene trugen ein gestiegenes Heiratsalter – insbesondere in Verbindung mit der gesellschaftlichen Ächtung vorehelicher Sexualkontakte – und eine zeitweilige Abstinenz nach einer Geburt dazu bei, Schwangerschaften hinauszuzögern.

Im England des frühen 20. Jahrhunderts und später in Australien war ein wichtiger Beweggrund, weniger Kinder zu bekommen, dass die wirtschaftlichen Erwartungen junger Menschen schneller gestiegen waren, als sie ihre Ziele erreichen konnten. In dieser Situation konnten sich viele Menschen keine großen Familien leisten.

Denn die Volkswirtschaften veränderten sich. Neu entstandene Geschäfts- und Aufstiegschancen ebneten den Weg für eine wachsende Mittelschicht. Es kamen neue Berufe im Verwaltungssektor auf. Der Wunsch, diese neuen Chancen zu ergreifen, motivierte viele, die Größe ihrer Familie zu begrenzen. Denn mit einer großen Kinder-schar konnte man sich nur schwer an die neue Wirtschaftswelt anpassen und von ihr profitieren.

Gleichzeitig wurde vielen Eltern bewusst, dass ihre Kinder bessere Zukunftsaussichten hatten. Bildung versprach die Eröffnung neuer Chancen, und die Kinderarbeit war auf dem Rückzug. Die Eltern erkannten, dass es sich lohnte, wenigen Kindern ein besseres Leben zu ermöglichen, statt ihre Ressourcen auf viele Kinder zu verteilen.

Ein weiteres Motiv war der Wunsch vieler Frauen, sich von der Last der ständigen Schwangerschaften und den Risiken zu befreien, die jede einzelne davon mit sich brachte. Während die hohe Müttersterblichkeit vermutlich viele Frauen davon abhielt, zahlreiche Kinder zu bekommen, trug auch die relativ kurze Lebenserwartung der Männer dazu bei, dass die Familien kleiner wurden: Witwen mit vielen Kindern lebten in wirtschaftlicher Not und hatten kaum Chancen, ein zweites Mal zu heiraten.

Der Rückgang der Fertilität in Europa fiel mit der Ausweitung der kostenfreien Schulbildung und der Schulpflicht in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zusammen. Damit wurden mehr Mädchen eingeschult, und sie hatten mehr Lehrerinnen als Rollenvorbilder. Auch heute noch gehen höhere Bildungsabschlüsse von Mädchen mit niedrigeren Fertilitätsraten einher.

Zudem führte die zunehmende Alphabetisierung dazu, dass mehr Zeitungen, Zeitschriften und Flugschriften gelesen wurden. In Australien ist der Einfluss der Medien auf die Fertilität dokumentiert. Flugschriften, in denen Verhütungsmethoden beschrieben wurden, waren in Australien, England und den Vereinigten Staaten weit verbreitet.

Die fortschreitende Säkularisierung der europäischen Gesellschaften hatte zur Folge, dass der Einfluss religiöser Institutionen bei Entscheidungen über Empfängnisverhütung und Kinderwunsch schwand und sich der Spielraum für individuelle Entscheidungen hinsichtlich der Familiengröße erweiterte.

Auch die Urbanisierung hat vielen Menschen die Freiheit verschafft, selbst über den Zeitpunkt und den Abstand von Schwangerschaften zu entscheiden: Allgemein sank die Fertilität in Großstädten früher und schneller als in Kleinstädten und auf dem Land.

Geburtenrückgang in Asien

In Asien setzte der Rückgang der Fertilität in den 1950er-Jahren ein, begünstigt durch den Aufruf der Regierungen, die Familiengrößen zu begrenzen. Manche Regierungen förderten Familienplanung aus der Überzeugung heraus, dass das Wirtschaftswachstum angekurbelt würde, wenn Paare weniger Kinder bekämen. Ihr Argument lautete, dass weniger Kinder mit der Zeit dazu führen würden, dass der Bevölkerungsanteil der Erwerbsfähigen steigt und der Anteil

der unter 18-Jährigen sinkt. Dieser Zusammenhang zwischen Fertilitätsrückgang und Wirtschaftswachstum wurde später als „demografische Dividende“ bekannt.

Der Fertilitätsrückgang in Asien trug zum „Wirtschaftswunder“ der Region in den 1980er- und 1990er-Jahren bei. Allerdings beruhten diese Fortschritte ebenso auf der Sozial- und Wirtschaftspolitik der Länder wie auch auf ihren politischen Institutionen. Denn sie ermöglichten es, das sich aus dem Fertilitätsrückgang ergebende Wachstumspotenzial der Wirtschaft zu verwirklichen. So ging der Fertilitätsrückgang in Südkorea und Singapur mit hohen Investitionen in Mädchenbildung und in Maßnahmen zur Erhöhung der Erwerbsbeteiligung von Frauen einher. Auch der enorme Urbanisierungsschub in diesen Ländern trug zu der Entwicklung bei.

Mit Kampagnen im Rahmen staatlicher Familienplanungsprogramme wurden Familien über die hohen Kosten einer großen Kinderschar aufgeklärt. Thematisiert wurden auch die gesundheitlichen Vorteile für Babys und ihre Mütter, wenn Letztere weniger Kinder zur Welt bringen.

Die Geschwindigkeit, mit der die Familienplanung von der Bevölkerung aufgegriffen wurde, und der daraus resultierende rasche Rückgang der Fertilität lassen darauf schließen, dass das Interesse an kleineren Familien und die Motivation dazu sehr stark waren.

Einige Länder betrieben in den 1970er- und 1980er-Jahren eine rigorose Familienplanungspolitik. Manche lobten dabei Belohnungen aus oder setzten Strafen fest, je nachdem, ob die für die Anwendung von Verhütungsmitteln vorgegebenen Zahlen erreicht wurden oder nicht. Manche Länder ließen Frauen und Männer der ärmsten Bevölkerungsschichten zwangssterilisieren. Andere Länder, wie zum Beispiel der Iran, verfolgten einen eher gemäßigten Ansatz. Sie versuchten, einerseits jeder Person das Recht

zuzugestehen, selbst über die Anzahl, den Zeitpunkt und den Abstand zwischen Schwangerschaften zu entscheiden, und andererseits das Wachstum der Gesamtbevölkerung zu verlangsamen. In Informations-, Bildungs- und Medienkampagnen wurde oftmals für die Kleinfamilie mit zwei Kindern geworben.

Fertilitätsrückgang in Lateinamerika

Nachhaltig setzte der Fertilitätsrückgang in Lateinamerika in den 1960er-Jahren ein. Während sich die Fertilität in Brasilien, Chile, Costa Rica, der Dominikanischen Republik, Kolumbien und Venezuela schon ab den 1960er-Jahren rasant nach unten bewegte, verlief die Entwicklung anderswo zunächst langsamer. Zu dem Zeitpunkt, als Verhütungsmittel fast überall zu bekommen waren, hatten sich die Einstellungen hier bereits verändert. In Lateinamerika war die Empfängnisverhütung demnach nicht der wichtigste Motor für den Fertilitätsrückgang, sondern hat ihn nur begünstigt.

Umfragen aus den 1960er- und 1970er-Jahren zeigen, dass die ideale Familiengröße in den Augen fast aller Frauen um ein bis zwei Kinder unter der damaligen durchschnittlichen Kinderzahl pro Frau lag. Infolgedessen setzten lateinamerikanische Frauen und Paare nur zu gern Verhütungsmittel ein, sobald diese erhältlich waren, so dass die Fertilität in der gesamten Region sehr schnell zurückging.

Die Motivation für den Fertilitätsrückgang war im Großen und Ganzen ähnlich wie in Europa und Asien: Schon bevor die Fertilität sank, waren Säuglings- und Müttersterblichkeit in der Region rasch zurückgegangen, so dass es nicht mehr so wichtig war, viele Kinder zu bekommen. Die rasanten wirtschaftlichen Veränderungen motivierten und verstärkten diese Entwicklung ebenso wie den Wandel der sozialen Normen rund um

das Thema Schwangerschaft und Geburt. Die Herausbildung einer verarbeitenden, nachfrageorientierten Wirtschaft in der Region belohnte formale Bildung, eröffnete Frauen den Zugang zum regulären Arbeitsmarkt und beschleunigte den Urbanisierungsprozess.

Gleichzeitig erlangten die Frauen in Lateinamerika eine deutliche Aufwertung ihres Sozialstatus. Sie gewannen mehr Einfluss auf ihr gesamtes persönliches Leben einschließlich der Reproduktion, wodurch die Nachfrage nach Familienplanung stieg.

Die aktuelle Situation weltweit

Heute sind die Fertilitätsraten in allen Ländern niedriger als vor 50 Jahren – mit einer Ausnahme: der Demokratischen Republik Kongo. Weltweit liegt die Fertilität heute etwa 50 Prozent unter dem Niveau von Mitte der 1960er-Jahre. Es ist davon auszugehen, dass die Fertilitätsraten weiterhin weltweit sinken werden, so dass Frauen im Jahr 2050 voraussichtlich in keinem Land durchschnittlich mehr als fünf Kinder zur Welt bringen werden.

In 43 Ländern, deren Bevölkerung eine Million Menschen übersteigt, liegt die Fertilität heute bei vier oder mehr Kindern pro Frau. In 30 Ländern gehen die Zahlen zwar zurück, liegen aber immer noch zwischen 2,5 und 3,9 Kindern pro Frau. In 33 Ländern ist die Fertilität vor relativ kurzer Zeit in etwa auf das Ersatzniveau gesunken, und in 53 Ländern liegt sie seit vielen Jahren auf dem Ersatzniveau oder darunter.

Was hohe Fertilität bedeutet

Eine hohe Fertilität führt zu starkem Bevölkerungswachstum und einem überproportional hohen Bevölkerungsanteil der unter 15-Jährigen. Länder mit einer hohen Fertilität haben häufig Mühe, Schulbildung, eine allgemeine Gesundheitsversorgung und Arbeitsplätze für junge

Arbeitskräfte bereitzustellen. Herrscht auf dem Land ein Mangel an Arbeitsplätzen, wandern viele junge Menschen in die Städte ab, wo die Beschäftigungsmöglichkeiten ohnehin schon begrenzt sind. In Ländern mit einer durchschnittlichen Kinderzahl pro Frau von über vier wird in den kommenden Jahren mit einem raschen Anwachsen der städtischen Bevölkerung gerechnet.

Was niedrige Fertilität bedeutet

In 22 Ländern, deren Bevölkerung eine Million Menschen übersteigt, liegt die Fertilität bei weniger als 1,5 Kindern pro Frau. In diesen Ländern stellen ältere Menschen einen großen Bevölkerungsanteil. Dort haben die Regierungen unter Umständen Probleme, die Sozialversicherungssysteme angemessen zu finanzieren und Dienstleistungen, wie etwa das Gesundheitswesen, dem demografischen Wandel anzupassen. Eine niedrige Fertilität bedeutet auch, dass irgendwann weniger junge Menschen ins Erwerbsleben eintreten werden. Dies könnte in Zukunft das Wirtschaftswachstum hemmen. Der sinkende Anteil junger Menschen auf den Arbeitsmärkten in Ländern wie Japan, Südkorea und Singapur führt auch dazu, dass die Zahl derjenigen abnimmt, die neue Technologien entwickeln und einsetzen. Länder, denen es an jungen Fachkräften mangelt, sind unter Umständen wirtschaftlich weniger konkurrenzfähig.

Staatliche Gegenmaßnahmen

Egal ob die Fertilitätsrate ihres Landes sehr hoch oder sehr niedrig ist: Viele Regierungen sind mit der Entwicklung unzufrieden und ergreifen politische Gegenmaßnahmen. Die meisten Länder mit einer Fertilität von vier oder mehr Kindern pro Frau wollen das Bevölkerungswachstum reduzieren, während fast alle Länder, in denen die Fertilität unter 1,5 liegt, diese anheben wollen. In einigen dieser Länder, vor



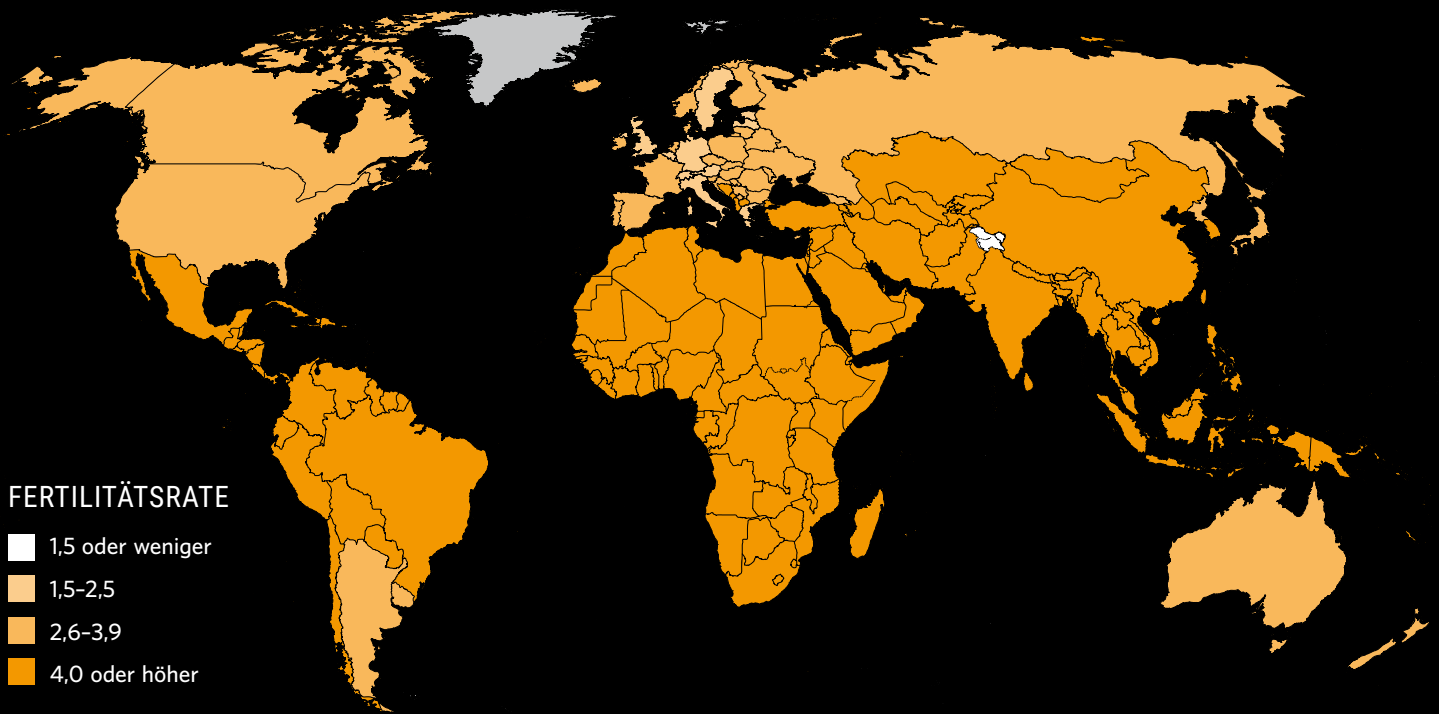
© Giacomo Pirozzi

allem in Osteuropa, werden deshalb derzeit Programme für „demografische Sicherheit“ entwickelt. Länder mit einer Fertilität zwischen 1,5 und 2,5 sind mit ihrem Bevölkerungswachstum im Allgemeinen zufrieden.

Was die Menschen wollen

Überall auf der Welt haben Menschen mehr – oder weniger – Kinder, als es ihren Wünschen entspricht. Die Diskrepanz zwischen erwünschter und tatsächlicher Familiengröße hat viele Gründe: In manchen Fällen sind die Unterschiede darauf zurückzuführen, dass sich persönliche Einstellungen im Lauf der Zeit ändern können. In anderen Fällen gehen solche Diskrepanzen darauf zurück, dass Frauen nicht schwanger werden können. Oder es fehlt an den nötigen Mitteln, um die gewünschte Kinderzahl zu erreichen. So bringen viele Frauen in Entwicklungsländern mit einer hohen Fertilität mehr Kinder zur Welt, als sie haben wollen, weil sie nur eingeschränkt Zugang zu ihrer bevorzugten Verhütungsmethode haben. Dadurch kommt es zu ungewollten Schwangerschaften. In Entwicklungsländern gibt es jedes Jahr 89 Millionen ungewollte Schwangerschaften. Das sind 43 Prozent aller Schwangerschaften dort.

FERTILITÄT 1950



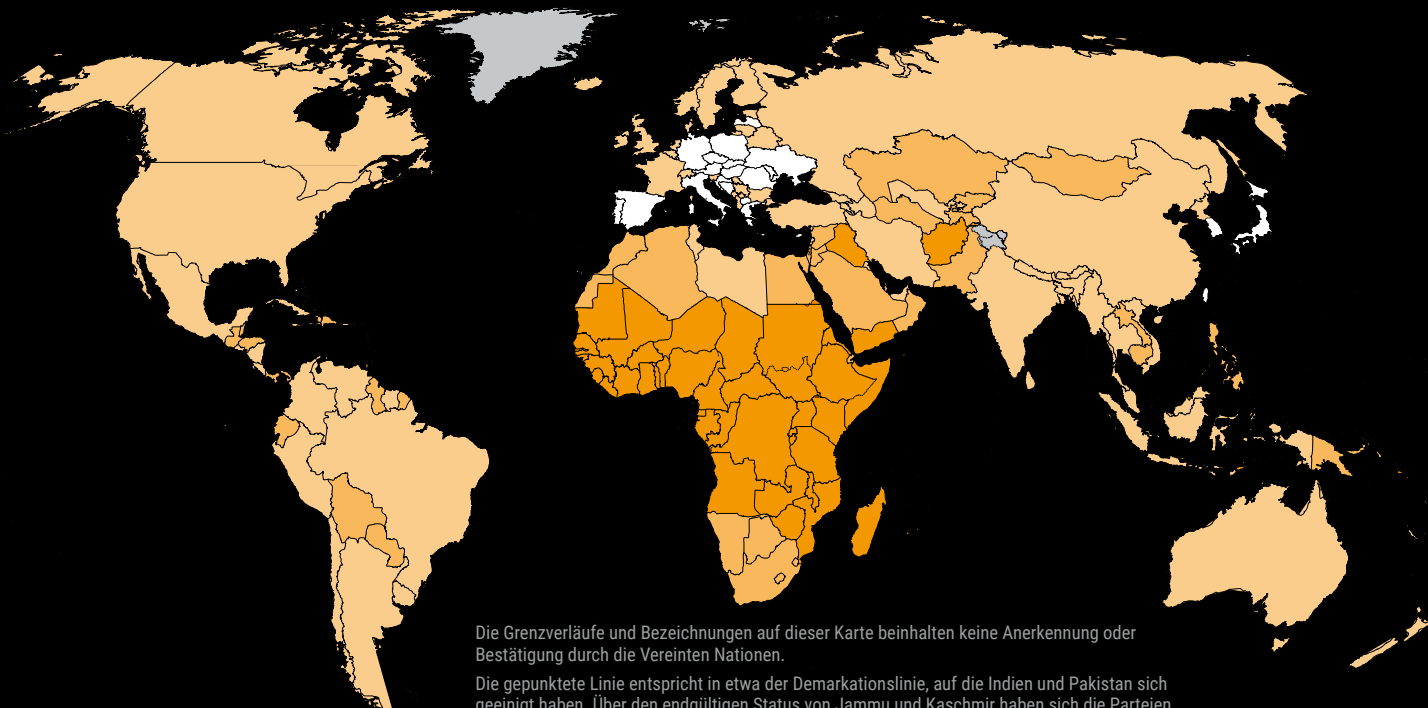
In einkommensstarken Ländern mit niedriger Fertilität hingegen liegt die tatsächliche Kinderzahl oft unter der durchschnittlich gewünschten. Dies ist teilweise darauf zurückzuführen, dass Frauen Probleme haben, Beruf und Familie zu vereinbaren, dass es an bezahlbarer Kinderbetreuung mangelt oder dass sich Männer nicht in gleichem Umfang an der Hausarbeit beteiligen. Da in diesen Ländern meist erst später geheiratet wird, werden viele Frauen danach nicht mehr so leicht schwanger. Eine künstliche Befruchtung, etwa durch In-vitro-Fertilisation, ist nicht immer ohne weiteres verfügbar oder erschwinglich.

Diese Unterschiede zeigen, dass die reproduktiven Rechte in keinem Land der Welt für alle verwirklicht sind und dass der Realisierung der gewünschten Familiengröße überall wirtschaftliche, soziale, institutionelle und andere Hindernisse unterschiedlicher Größenordnung im Wege

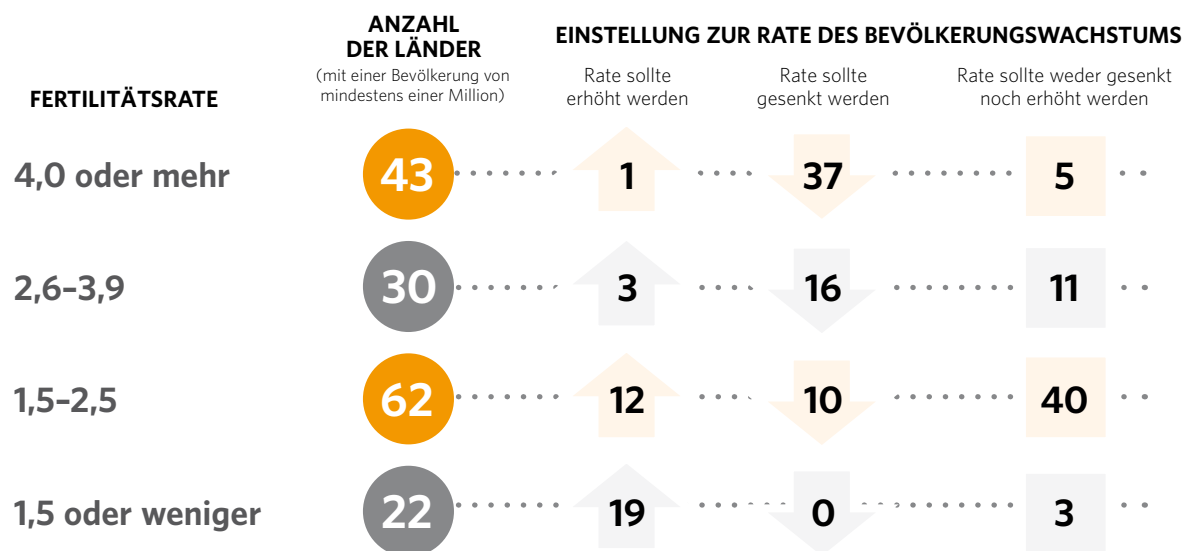
stehen. Regierungen können die Fertilität ihres Landes durch gezielte Maßnahmen senken oder steigern. Diese Maßnahmen müssen die Individualrechte stärken und die Menschen in die Lage versetzen, so viele Kinder zu bekommen, wie sie haben wollen.

Jahrzehntelange Forschungen haben gezeigt: Wenn Frauen in Ländern mit hoher Fertilität die Macht und die Mittel haben, freie Entscheidungen zu treffen, entscheiden sie sich für kleinere Familien. Die Befähigung, grundlegende Entscheidungen über Schwangerschaften und Familiengröße zu treffen, hängt nicht nur von der Empfängnisverhütung ab. Sie beruht ebenso auf dem Grad der Geschlechtergleichstellung, den ökonomischen und geografischen Gegebenheiten, dem Bildungsniveau und der Frage, inwieweit die Rechte auf Bildung, Sicherheit und freie Meinungsäußerung verwirklicht sind.

FERTILITÄT 2015



Einstellungen von Regierungen bezüglich Bevölkerungswachstum, nach Fertilitätsrate, 2010-2014



Quellen: Vereinte Nationen: World Population Policies Database (https://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx)
Vereinte Nationen: World Population Prospects: The 2017 Revision



KAPITEL 2

Das Vermächtnis großer Familien

Von weltweit 43 Regionen, in denen Frauen durchschnittlich mindestens vier Kinder bekommen, liegen 38 in Afrika.



© Mark Tuschman

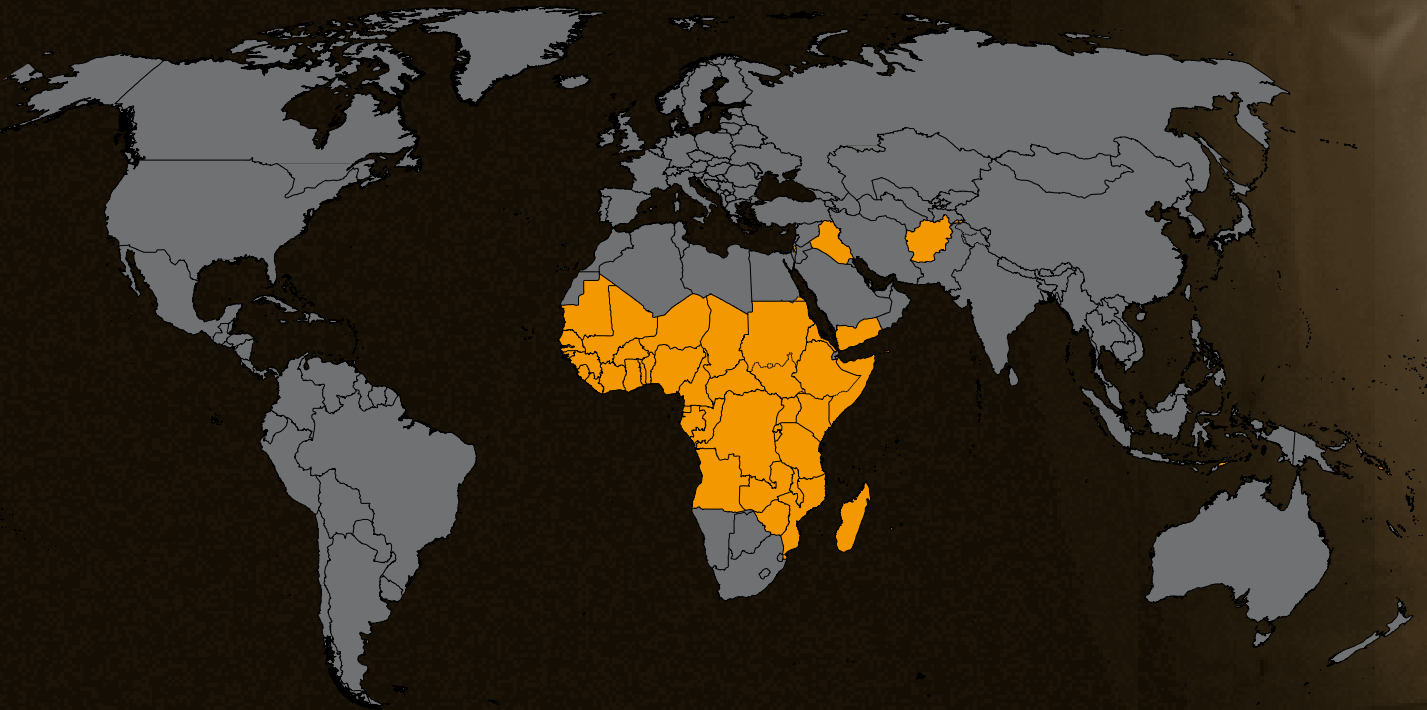
Außerhalb Afrikas liegt die Fertilität in Afghanistan, Irak, Jemen, Palästina und Timor-Leste bei mindestens vier Kindern pro Frau. Bei Letzteren handelt es sich insofern um Sonderfälle, als sich dort in den vergangenen Jahrzehnten Konflikte oder Krisen ereignet haben.

Zwar geht die Fertilität in Afrika südlich der Sahara zurück, doch vollzieht sich der Wandel hier langsamer als in anderen Regionen. Die Fertilität

ist in der Region insgesamt in den letzten 50 Jahren leicht gesunken – in einigen Gebieten sogar sehr deutlich. In manchen Ländern allerdings ist der Rückgang inzwischen ins Stocken geraten.

Insgesamt geht der Wandel so langsam voran und ist so wenig prognostizierbar, dass die Vereinten Nationen ihre Bevölkerungsprognosen für die meisten Länder der Region mehrmals nach oben korrigieren mussten.

FERTILITÄTSRATE GRÖßER ALS 4 GEBURTEN PRO FRAU



Aufgrund der anhaltend hohen Fertilität ist davon auszugehen, dass mehr als die Hälfte des bis 2050 weltweit zu erwartenden Bevölkerungswachstums auf das Konto von Afrika südlich der Sahara gehen wird. Wenn diese Prognosen stimmen, wird der Anteil Afrikas an der Weltbevölkerung von 17 Prozent im Jahr 2017 auf 26 Prozent im Jahr 2050 steigen.

Eine anhaltend hohe Fertilität bedeutet, dass die betroffenen Länder in den kommenden Jahren wegen der zunehmenden Zahl junger Menschen mehr Probleme haben werden, den Zugang zu hochwertiger Bildung und Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Für ihre Volkswirtschaften wird es schwierig, genügend Arbeitsplätze für die vielen jungen Leute bereitzustellen, die in den Arbeitsmarkt eintreten.



© Mads Nissen/Politiken/Panos Pictures

Ob die Fertilität in der Region in den kommenden Jahren auf hohem Niveau verharren oder ob sie zurückgehen wird, hängt davon ab, inwieweit Einzelpersonen und Paare ihre reproduktiven Rechte wahrnehmen können. Wie sehr diese Rechte durch die Regierungen gefördert werden, wirkt sich demnach auf die soziale und wirtschaftliche Entwicklung der jeweiligen Länder aus.

Entwicklungen und Effekte

1950 brachten Frauen in Afrika durchschnittlich mindestens sechs Kinder zur Welt. Seit den 1960er-Jahren sank die Fertilität im Süden und Norden Afrikas bis auf 2,6 bzw. 3,2 Kinder pro Frau im Jahr 2015. Im restlichen Afrika südlich der Sahara hingegen begann die Fertilität ab den 1960ern bis in die 1970er-Jahre hinein zu steigen. In den 1980er-Jahren setzte dann der Rückgang

in Ost- und in Westafrika und Mitte der 1990er-Jahre in Zentralafrika ein. Heute liegt die Fertilität in Afrika südlich der Sahara bei rund 5,1 Kindern pro Frau.

In der gesamten Region liegen die Fertilitätsraten heute in den Städten deutlich unter denen der ländlichen Gebiete. In Äthiopien zum Beispiel nähert sich die Fertilitätsrate in städtischen Gebieten dem Ersatzniveau. Im Rest des Landes hingegen beträgt sie immer noch mehr als fünf Kinder pro Frau. Die Urbanisierung ist einer der wichtigsten Faktoren, die den Rückgang der Fertilität begünstigen, und mit der zunehmenden Urbanisierung in Afrika südlich der Sahara ist zu erwarten, dass die Fertilitätsraten überall sinken werden.

Wenn die Sterblichkeits- und Auswanderungsraten nicht hoch sind, führen hohe Fertilitätsraten zu einem beschleunigten Bevölkerungswachstum. Für Regierungen, die schon jetzt Mühe haben, die Nachfrage im Bildungs- und Gesundheitsbereich zu befriedigen und Entwicklungsschritte aufrechtzuerhalten, stellt dies eine Herausforderung dar. Ein schnelles Bevölkerungswachstum kann auch den Fortschritt hinsichtlich der nachhaltigen Entwicklungsziele behindern. Manche Länder könnten etwa Ziel 1, die Beendigung von Armut bis 2030, Ziel 3, die Gewährleistung von Gesundheit und Wohlergehen, und weitere Ziele verfehlen.

Mit sinkenden Fertilitätsraten verschiebt sich die Altersstruktur der Bevölkerung in Afrika südlich der Sahara, wo überproportional viele junge Menschen leben. Damit entsteht zwar ein Potenzial für eine „demografische Dividende“, doch wird der Bedarf an neuen Beschäftigungsmöglichkeiten wegen der vielen jungen Menschen, die ins erwerbsfähige Alter eintreten, weiter steigen. Die Arbeitslosenquoten in Afrika südlich der Sahara liegen derzeit bei etwa elf Prozent, die Jugendarbeitslosigkeit ist jedoch meist bedeutend

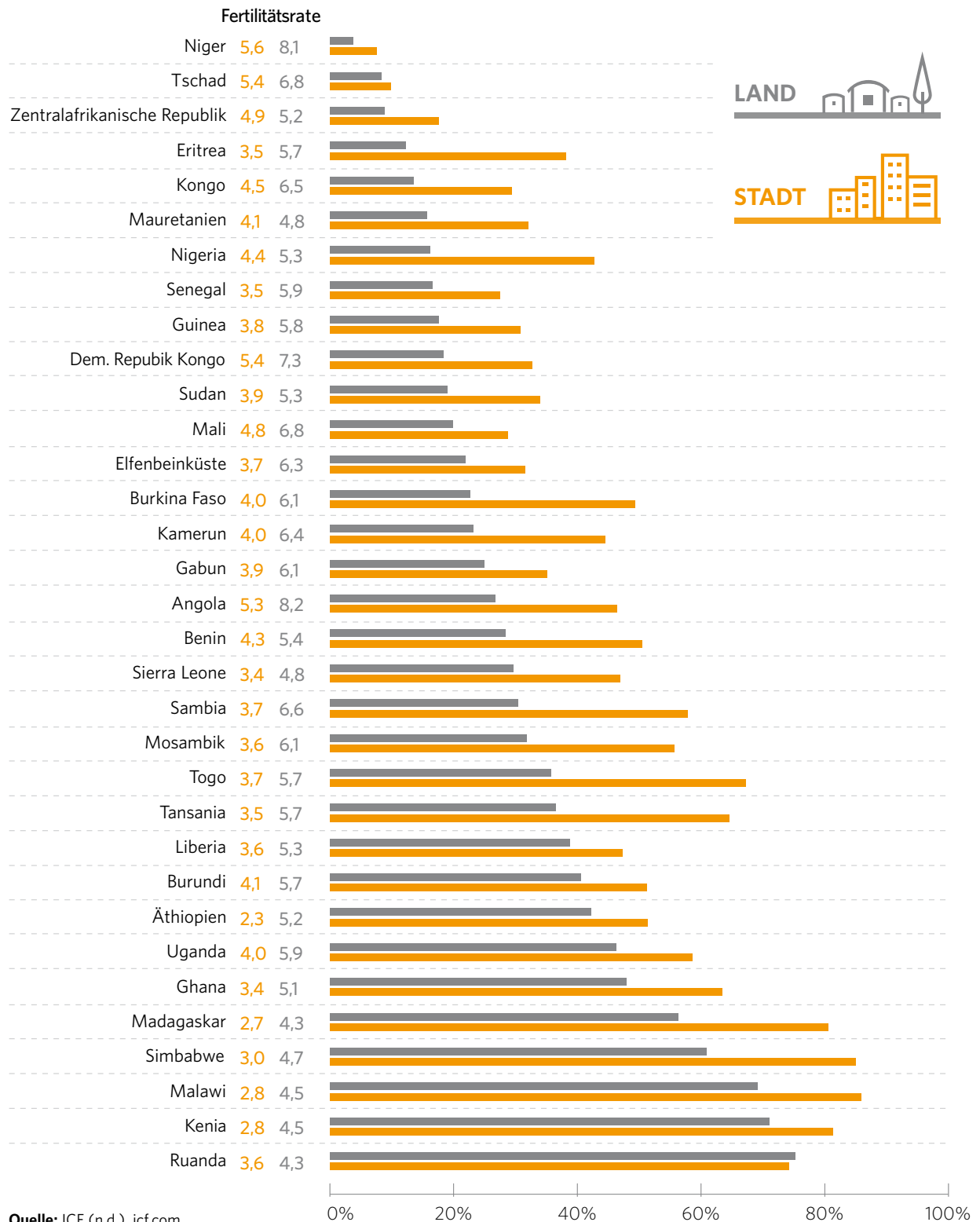
höher. In Südafrika beispielsweise ist die Hälfte aller aktiven Jugendlichen arbeitslos. Darüber hinaus sind in armen Ländern, wo Arbeitslose gar keine oder nur eine geringfügige Unterstützung erhalten, noch erheblich mehr Menschen unterbeschäftigt. Das bedeutet, dass jede*r irgendetwas arbeitet, um über die Runden zu kommen, dass aber nur wenige über eine produktive und gut bezahlte Stelle verfügen und die meisten trotz Arbeit in Armut leben.

Warum bleibt die Fertilität auf hohem Niveau?

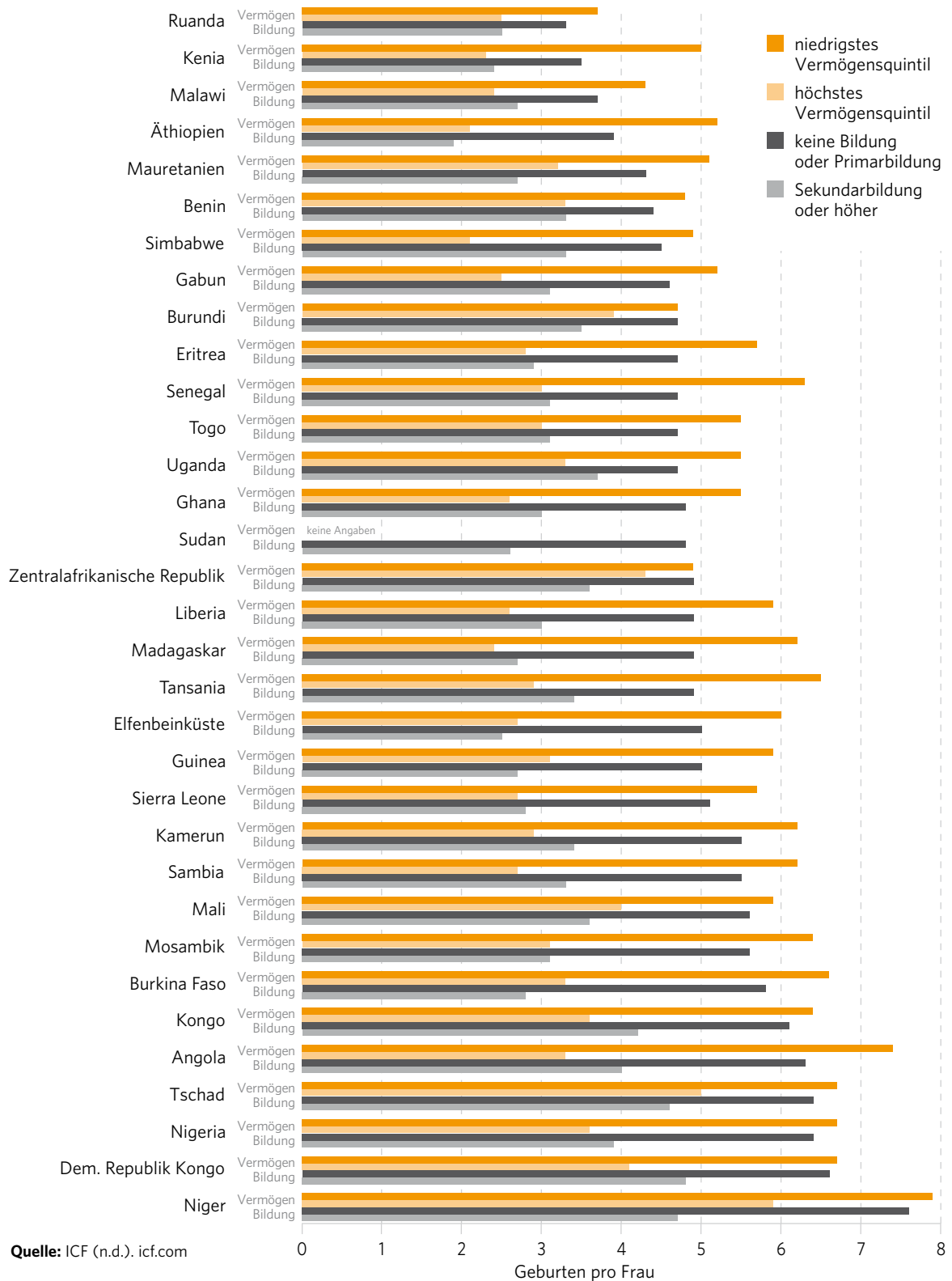
Die demografische Verlaufskurve in Afrika südlich der Sahara ist zum Teil das Ergebnis von Entwicklungen, die sich im Lauf eines Jahrhunderts der Kolonialherrschaft herausgebildet haben. Diese Zeit brachte Krankheiten, Konflikte und andere Erscheinungen mit sich, die zu einem weiteren Anstieg der ohnehin schon hohen Sterblichkeitsraten in der Region führten. Die Zahl der Kinder musste hoch genug sein, um die hohe Sterblichkeit auszugleichen und den enormen Arbeitskräftebedarf eines Produktionssystems zu decken, das die Nachfrage aus den europäischen Ländern befriedigen und gleichzeitig Grundnahrungsmittel produzieren musste.

Die Bevölkerung reagierte darauf, indem sie Normen, Gepflogenheiten und soziale Strukturen herausbildete, die der Geburt und dem Überleben von Kindern höchste Priorität einräumten. In der Kolonialzeit bedeutete „Fortpflanzungserfolg“ nicht selten, dass den Menschen jegliche autonome Entscheidung darüber, ob, wann und wie häufig sie Kinder bekommen wollten, verwehrt wurde. Die Ehe war in erster Linie ein Vertrag zwischen Familien und nicht zwischen einzelnen Menschen. Kinderehen, Polygamie und Witwenvererbung wurden geduldet, damit Frauen im Lauf ihres Lebens möglichst viele Kinder bekommen konnten.

Anteil der Frauen mit vier Kindern, die sagen, dass sie keine Kinder mehr wollen – auf dem Land und in der Stadt (in Prozent)



Gewünschte Gesamtfruchtbarkeitsrate, nach Bildungsniveau und Vermögensquintil



Ein großer Altersunterschied zwischen den Ehepartnern begünstigte ungerechte Geschlechternormen, so dass Männer bei Entscheidungen über Kindererziehung und fast alle anderen Angelegenheiten weitaus mehr zu sagen hatten als Frauen. Vor diesem Hintergrund definierte sich die Stellung der Frau zum großen Teil durch ihre Reproduktionsfähigkeit sowie die Zahl und das Alter ihrer Kinder. Trotz der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklungen der letzten Jahre haben sich diese Normen als bemerkenswert langlebig erwiesen.

Der Wunsch nach Kindern

Die hohe Fertilität in Afrika südlich der Sahara wird heute durch zwei Faktoren aufrechterhalten: Zum einen ist der Kinderwunsch weiterhin ungebrochen, zum anderen stehen nur unzureichende Mittel zur Verfügung, um die Familiengröße zu beschränken; insbesondere gibt es einen hohen ungedeckten Bedarf an Verhütungsmitteln.

Die durchschnittliche Kinderzahl, die sich Frauen zwischen 15 und 49 Jahren wünschen, ist von Land zu Land und zwischen den verschiedenen sozialen Schichten innerhalb der Länder sehr unterschiedlich. Sie bewegt sich zwischen 3,6 in Ruanda und 9,5 in Niger. Nur in Kenia (3,9), Malawi (3,9) und Ruanda (3,6) wünschen sich Frauen im Durchschnitt weniger als vier Kinder. Die meisten verheirateten Männer wollen eher mehr Kinder als die verheirateten Frauen. Die einzige Ausnahme ist Ruanda. Hier wünschen sich Frauen durchschnittlich 3,6 Kinder, Männer hingegen nur 3,1. In Burundi wünschen sich Männer und Frauen gleich viele Kinder, nämlich 4,3. Mit 13,2 Kindern wünschen sich verheiratete Männer im Tschad den meisten Nachwuchs.

Der Wunsch nach eher großen Familien zeigt sich in dieser Region auch bei Frauen, die bereits vier Kinder haben. Mit Ausnahme von fünf ostafrikanischen Ländern gaben überall weniger als



© Giacomo Pirozzi

die Hälfte dieser Frauen an, dass sie keine weiteren Kinder mehr wollen. Der Anteil der Frauen, die nicht mehr als vier Kinder haben wollen, ist in den Städten größer als auf dem Land, wobei auch hier Ruanda eine Ausnahme darstellt.

Die Sitten und Normen, die im vergangenen Jahrhundert zu einer hohen Fertilität geführt haben, sind in den meisten ländlichen Gebieten auch heute noch verbreitet. Der Kinderwunsch wird heute durch die Abhängigkeit vom Haushaltseinkommen und die damit einhergehenden Reproduktionsnormen beeinflusst. Verringert wird diese Abhängigkeit durch Faktoren wie zunehmende formale Bildung, Erfolg und Wohlstand in der modernen Wirtschaft sowie durch Migration und den Kontakt mit anderen Normen und Werten – vor allem hinsichtlich Individualrechten und Geschlechterrollen.

In der gesamten Region wollen – und haben – Menschen, die mindestens über eine Sekundar­schulbildung verfügen, weniger Kinder als diejenigen, die höchstens eine Grundschule besucht haben. Ebenso wünschen sich wohlhabendere Menschen weniger Kinder als ärmere. Der Kinderwunsch wird außerdem durch das Alter beeinflusst: Die jüngere Generation möchte im Allgemeinen weniger Kinder als ihre Eltern.

Kindersterblichkeit

Hohe Kindersterblichkeitsraten führen in Afrika südlich der Sahara häufig zu größeren Familien. Auch wenn die Überlebensraten der Kinder in den vergangenen zwei Jahrzehnten stark gestiegen sind, ist die Kindersterblichkeit weiterhin ein Problem. In vielen Gebieten der Region bewegt sich die Kindersterblichkeit auf einem Niveau, wie es in Europa vor über einem Jahrhundert üblich war.

Nach wie vor weist Afrika südlich der Sahara die höchste Kindersterblichkeit der Welt auf. Das Risiko, dass ein Kind vor seinem fünften Geburtstag stirbt, ist hier etwa 15-mal so hoch wie in einkommensstarken Ländern. Lungenentzündung ist die häufigste Todesursache bei unter fünfjährigen Kindern und für 22 Prozent der Todesfälle verantwortlich. Auf Platz zwei folgt Malaria, auf die 15,3 Prozent der Todesfälle von Kindern in der Region zurückgeführt werden.

Jedes Jahr sterben mehr als eine Million Babys in den ersten vier Wochen ihres Lebens. In dieser Zahl offenbart sich zum Teil auch die Unzulänglichkeit vorhandener Gesundheitsprogramme für Mütter und Kinder in dieser Region.

Ungedeckter Bedarf an Verhütung

Für Frauen und Paare in Afrika südlich der Sahara ist es immer noch schwierig, ihre Reproduktion selbst zu kontrollieren. Im Vergleich zu anderen Regionen ist der Zugang zu modernen

Verhütungsmitteln nach wie vor mangelhaft, so dass sie wenig eingesetzt werden.

Schätzungsweise 21 Prozent der Frauen in der Region wollen nicht schwanger werden, verwenden aber keine modernen Verhütungsmethoden und haben damit einen „ungedeckten Bedarf“ an Verhütungsmitteln. 19,7 Millionen Schwangerschaften pro Jahr sind dort ungewollt, das sind 38 Prozent aller Schwangerschaften in der Region.

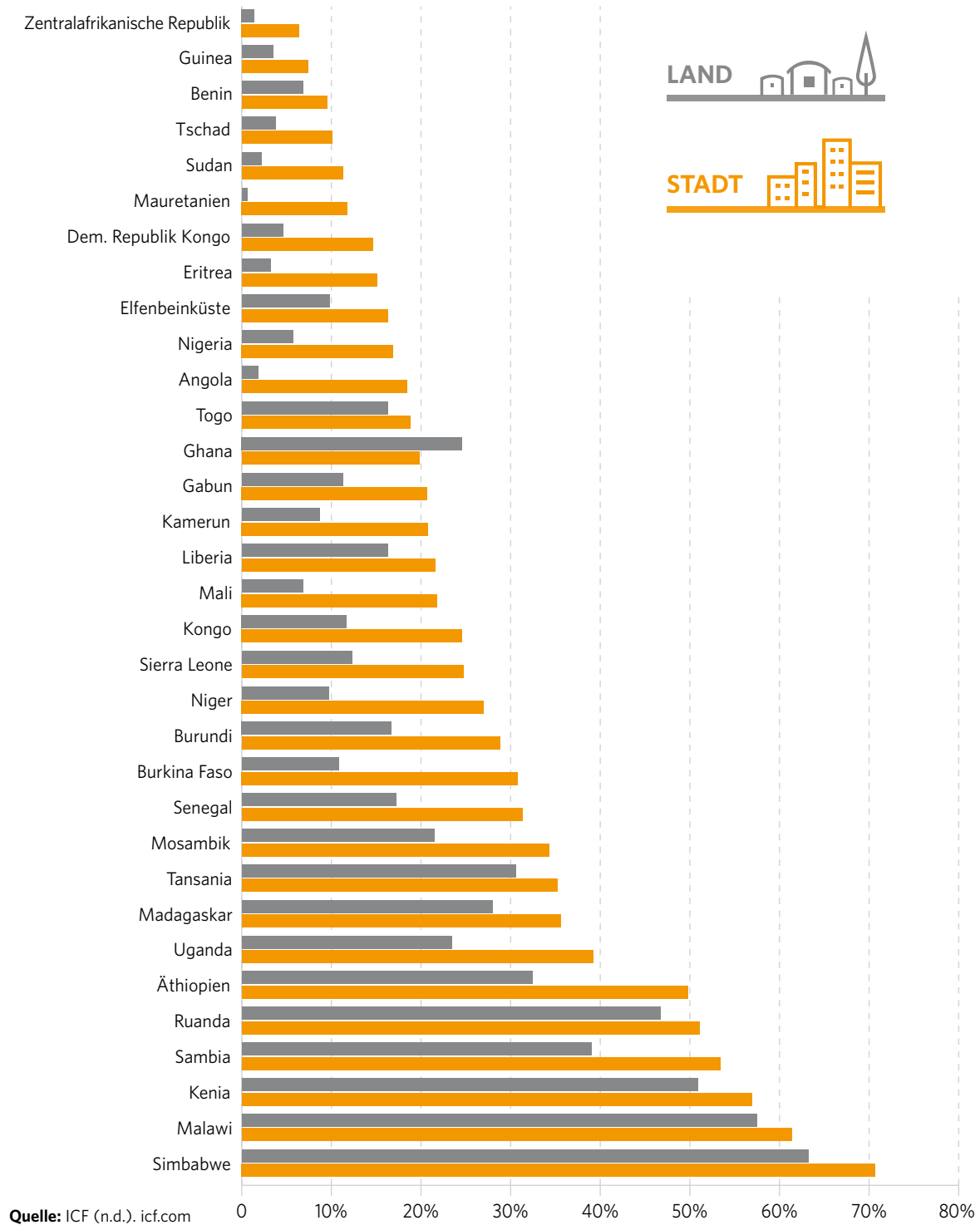
Der ungedeckte Bedarf an Verhütung in Afrika südlich der Sahara – und auch in anderen Entwicklungsländern – hat mehrere Gründe. Oft steht eine bevorzugte Verhütungsmethode nicht zur Verfügung oder die Versorgung ist nicht zuverlässig. Hinzu kommen Bedenken hinsichtlich Sicherheit und Nebenwirkungen, Kosten, Einwände anderer Familienmitglieder, gesetzliche Zugangsbeschränkungen für junge oder unverheiratete Personen und voreingenommene oder unqualifizierte Dienstleistungsanbieter.

Kinderehen

Von Kinderehen sind insbesondere Mädchen betroffen. In Afrika südlich der Sahara sind schätzungsweise 38 Prozent der 18-jährigen und zwölf Prozent der 15-jährigen Mädchen verheiratet. Der höchste Anteil innerhalb der Region findet sich in Niger, wo 76 Prozent der Mädchen vor Vollendung des 18. Lebensjahres heiraten.

Die meisten Babys heranwachsender Mütter – weltweit 95 Prozent – werden in Entwicklungsländern geboren, und in neun von zehn Fällen ist die Mutter bereits verheiratet oder lebt in einer festen Partnerschaft. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation gehören Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen – wie zum Beispiel Blutungen, Sepsis und Wehenobstruktion – sowie Komplikationen nach unsicheren Abtreibungen zu den häufigsten Todesursachen bei Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren.

Anteil der verheirateten Frauen, die eine moderne Verhütungsmethode anwenden - auf dem Land und in der Stadt (in Prozent)





© Mark Tuschman

Die Verheiratung im Kindesalter und die damit einhergehenden frühen Schwangerschaften und Geburten haben auch negative sozio-ökonomische Auswirkungen, weil die Mädchen ihre Ausbildung abbrechen müssen und ihnen damit spätere Chancen auf bezahlte Arbeit verwehrt bleiben. Die Folgen sind unter anderem Unterbeschäftigung und Einkommenseinbußen im Erwachsenenalter.

Ganz allgemein haben Mädchen, die schon im Kindesalter verheiratet werden, kein Mitspracherecht bei Entscheidungen, die ihr Leben betreffen. Die Frühverheiratung beeinträchtigt die Selbstbestimmung von Frauen und trägt dazu bei, dass die Ungleichheit der Geschlechter von einer Generation zur nächsten weitervererbt wird. Außerdem werden Kinderbräute leichter Opfer von Misshandlungen, ein Problem, das durch die großen Altersunterschiede zwischen ihnen und ihren Partnern noch verstärkt wird. Hinzu kommt, dass verheiratete Mädchen wenig oder gar keinen Zugang zu Informationen über Familienplanung und entsprechende Dienstleistungen haben.

Die Zukunft Afrikas mit der demografischen Dividende gestalten

Schätzungsweise 60 Prozent der Bevölkerung der Region sind unter 25 Jahre alt. Der große und weiter zunehmende Anteil junger Menschen an der Bevölkerung Afrikas südlich der Sahara eröffnet ein Zeitfenster für ein beschleunigtes Wirtschaftswachstum aufgrund einer demografischen Dividende. Dafür hat die Afrikanische Union einen Fahrplan entwickelt.

Eine demografische Dividende entsteht durch das ökonomische Wachstumspotenzial, das sich aus den Veränderungen der Altersstruktur in einer Bevölkerung ergibt, wenn der Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter im Vergleich zum Anteil der Bevölkerung im nicht erwerbsfähigen Alter größer wird. Eine solche Verschiebung tritt ein, wenn die Sterblichkeitsraten sinken, während die Fertilität weiterhin auf hohem Niveau bleibt. Dies führt zu einer sehr großen Zahl von Jugendlichen in der Bevölkerung. Wenn sie ins Erwerbsalter eintreten, kann schon allein die Zahl der Erwerbstätigen in der Bevölkerung im Verhältnis zu denen, die von ihnen abhängig sind, der Wirtschaft einen zwar vorübergehenden, aber doch erheblichen Wachstumschub verleihen.

Größe und Wirkungskraft der demografischen Dividende hängen jedoch davon ab, wie viel in das Humankapital dieser Jugendlichen investiert wird. Werden sie gefördert und gestärkt, ausgebildet und eingestellt, können sie die Länder bei der Verwirklichung der Dividende unterstützen. Wenn nicht, sind sie selbst auf Unterstützung angewiesen.

Weil es in vielen Ländern in Afrika südlich der Sahara derzeit einen demografischen Wandel gibt, ist dies der richtige Zeitpunkt für mehr und gezielte Investitionen in Bildung und Gesundheit einschließlich der reproduktiven Gesundheit. Nur dann kann die große und wachsende junge

Bevölkerung der Region die wirtschaftlichen Chancen der kommenden Jahre nutzen.

Ob eine demografische Dividende realisiert werden kann, hängt auch davon ab, ob die Arbeits- und Kapitalmärkte funktionieren und die Politik ein attraktives Umfeld für lokale und ausländische Privatinvestitionen schafft. Die Bemühungen, das Angebot an Arbeitskräften durch Humankapitalinvestitionen zu stärken, müssen durch ein starkes Wirtschaftswachstum ergänzt werden, so dass auch die Nachfrage nach Arbeitskräften wächst. Beide Faktoren sind notwendig, um den Menschen produktive und einträgliche Beschäftigungsverhältnisse anbieten zu können oder sinnvolle Möglichkeiten für Unternehmensgründungen zu schaffen.

Eine umfassend ausgeschöpfte demografische Dividende würde sowohl das Wirtschaftswachstum als auch die Armutsbekämpfung beschleunigen. Einige dieser Effekte sind bereits verwirklicht. Nach den „verlorenen Jahrzehnten“ der 1980er- und 1990er-Jahre haben sich die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in Afrika südlich der Sahara deutlich verbessert. Der Kontinent insgesamt konnte sein Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf von 2000 bis 2016 nahezu verdoppeln.

Das einzige Land, das in diesem Zeitraum von 16 Jahren einen wirtschaftlichen Niedergang erlebte, war Simbabwe. Zwei Länder, Äthiopien und Ruanda, konnten ihr BIP pro Kopf verdreifachen. Allen Staaten der Region stellt sich die Aufgabe, das Wirtschaftswachstum aufrechtzuerhalten oder zu beschleunigen, um mit der Nachfrage nach Bildungs- und Gesundheitsdienstleistungen sowie Arbeitsplätzen Schritt zu halten, die mit dem Bevölkerungswachstum weiter zunehmen wird.

Das Ausmaß der demografischen Dividende hängt teilweise vom Tempo des Fertilitätsrückgangs ab. Dieses wiederum hängt davon ab,


inwieweit sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte von Frauen und Mädchen geschützt sind und Frauen genügend Macht, Informationen und Mittel haben, um selbst zu entscheiden, ob, wann und wie oft sie schwanger werden wollen.

Die 2017 von der Afrikanischen Union ins Auge gefasste demografische Dividende lässt sich vor dem Hintergrund anhaltender geschlechtsspezifischer Diskriminierung und Ungleichheit nicht vollständig realisieren.

Die Zukunft

Der Fertilitätsrückgang in Afrika südlich der Sahara wird sich nur beschleunigen, wenn sich die Normen, durch die hohe Fertilität begünstigt werden, schneller verändern. Dazu müssen sich aber auch die sozialen und wirtschaftlichen Systeme ändern, die sich als Reaktion auf die hohe Sterblichkeit herausgebildet haben, insbesondere soweit sie die Geschlechterrollen in der Gesellschaft betreffen.

Ob die Fertilität weiterhin und schneller zurückgehen wird, wird davon abhängen, inwieweit die Menschen gestärkt und befähigt werden, selbst über die Größe ihrer Familie zu entscheiden. Die Programme zur Familienplanung sind in den meisten afrikanischen Ländern nicht ausreichend entwickelt, um hochwertige Dienstleistungen für diejenigen anzubieten, die sie am dringendsten benötigen, insbesondere für die Armen in der Stadt und auf dem Land.

The background of the slide features a photograph of a weathered wooden door with horizontal planks, set within a frame. To the right, a portion of a bicycle wheel with a black tire and spokes is visible. The overall color palette is muted, with browns, greys, and a touch of orange from a vertical bar on the left.

Abweichungen vom typischen demo- grafischen Übergang

KAPITEL 3

Die konventionelle Theorie des demografischen Übergangs geht davon aus, dass die Fertilität normalerweise mit fortschreitender sozioökonomischer Entwicklung sinkt.

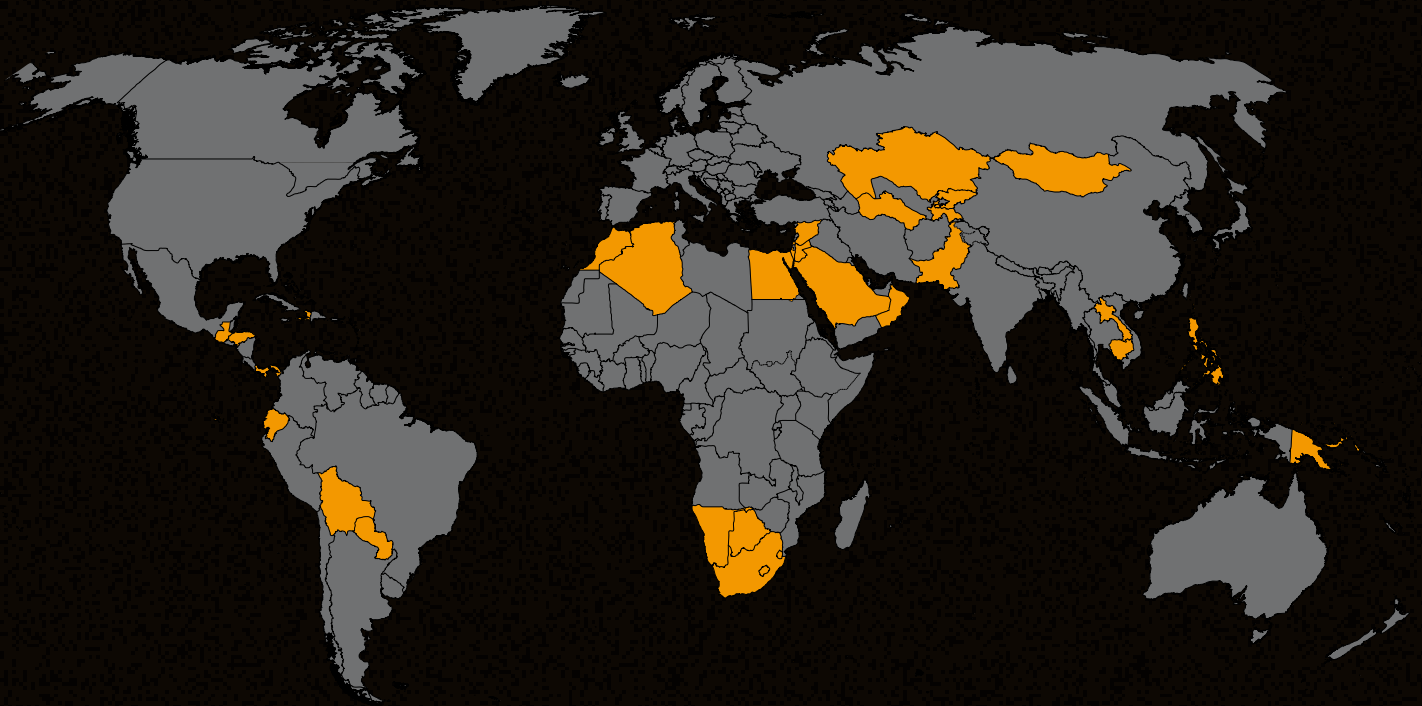


© Chris Stowers/Panos Pictures

Mit zunehmender Industrialisierung, Bildung und Urbanisierung steigen die Kosten für Kinder und die Vorteile großer Familien nehmen ab – eine Kombination, die in der Regel zum Wunsch nach weniger Kindern führt. Sobald ein Land in die Phase des demografischen Übergangs eingetreten ist, setzt sich dieser Prozess üblicherweise fort, bis die Fertilitätsrate ungefähr auf das Ersatzniveau von 2,1 Geburten pro Frau sinkt.

Obwohl dieser typische Weg hin zu einer geringeren Fertilität in den meisten Ländern zu beobachten ist, haben sich in den Ländern, die heute eine Fertilität zwischen 2,5 und 3,9 Geburten pro Frau aufweisen, abweichende Muster herausgebildet. In einigen dieser Länder hat sich das Tempo des Fertilitätsrückgangs verlangsamt, in anderen ist die Fertilität nach Jahren des Rückgangs wieder gestiegen. In der erstgenannten

FERTILITÄTSRATE ZWISCHEN **2,5** UND **3,9** GEBURTEN PRO FRAU



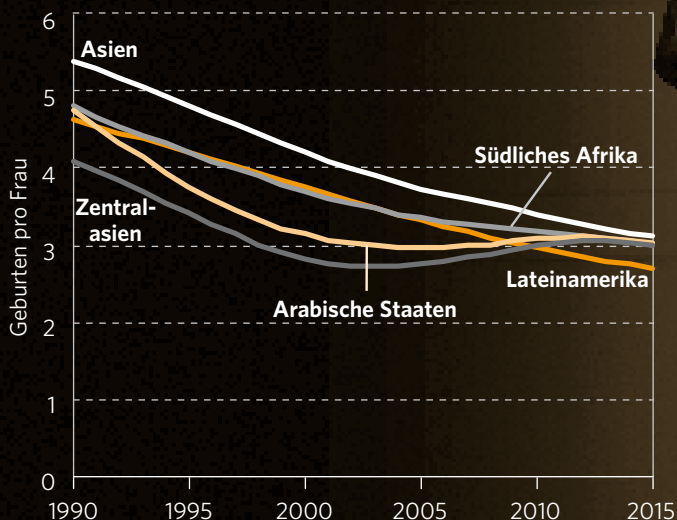
Ländergruppe ist der langsamere Rückgang zum Teil auf staatliche Kürzungen bei Familienplanungsprogrammen zurückzuführen. In der zweiten Gruppe ist der Wiederanstieg der Fertilität üblicherweise mit dem Ende einer wirtschaftlichen oder anderen Krise zusammengefallen.

Alle diese Länder verzeichneten in den 1990er-Jahren einen deutlichen Rückgang der Fertilität. Doch ab dem Jahr 2000 entwickelten sich die

Fertilitätsraten mit deutlichen Abweichungen nach Regionen und Subregionen sehr unterschiedlich. In fünf Ländern Süd- und Südostasiens beispielsweise sanken die durchschnittlichen Fertilitätsraten zwischen 1990 und 2015 kontinuierlich von 5,3 auf 3,1 Geburten pro Frau. Auch in sieben Ländern Lateinamerikas und der Karibik ging die durchschnittliche Fertilitätsrate im gleichen Zeitraum kontinuierlich von 4,6 auf



Trends bezüglich der Gesamtfruchtbarkeitsraten, 15 Länder, nach Region, 1990-2015



2,7 zurück. Im südlichen Afrika sanken die Fertilitätsraten in den 1990er-Jahren ebenfalls, doch ab dem Jahr 2000 verlangsamte sich das Tempo des Rückgangs erheblich: Von 2000 bis 2015 sank die Fertilität von durchschnittlich 3,7 auf 3,0 Geburten pro Frau. Die arabischen und zentralasiatischen Länder wiesen in den frühen 2000er-Jahren gleichfalls eine sinkende Fertilität auf, bevor sie dann wieder anstieg.

Obwohl 30 Länder Fertilitätsraten zwischen 2,5 und 3,9 aufweisen, behandelt dieses Kapitel nur die 15 Länder, in denen im Jahr 2000 oder später im Rahmen von Demographic and Health Surveys (DHS), sprich repräsentativen nationalen Befragungen von Haushalten, Daten zu ungewollten und ungeplanten Geburten, zum ungedeckten Verhütungsbedarf sowie zum Fertilitätsniveau nach Bildungsgrad erhoben

© Giacomo Pirozzi

wurden: Ägypten, Bolivien, Eswatini, Guatemala, Honduras, Jordanien, Kambodscha, Kirgisistan, Lesotho, Marokko, Namibia, Pakistan, die Philippinen, Tadschikistan und Turkmenistan. Nicht berücksichtigt in diesem Kapitel werden die Fertilitätstrends in Ländern mit unvollständigen oder ausschließlich neueren Daten oder Ländern mit wirtschaftlichen, demografischen oder anderen Umständen, die erheblich von den 15 untersuchten Ländern abweichen.

Ungewollte Schwangerschaften, ungeplante Geburten

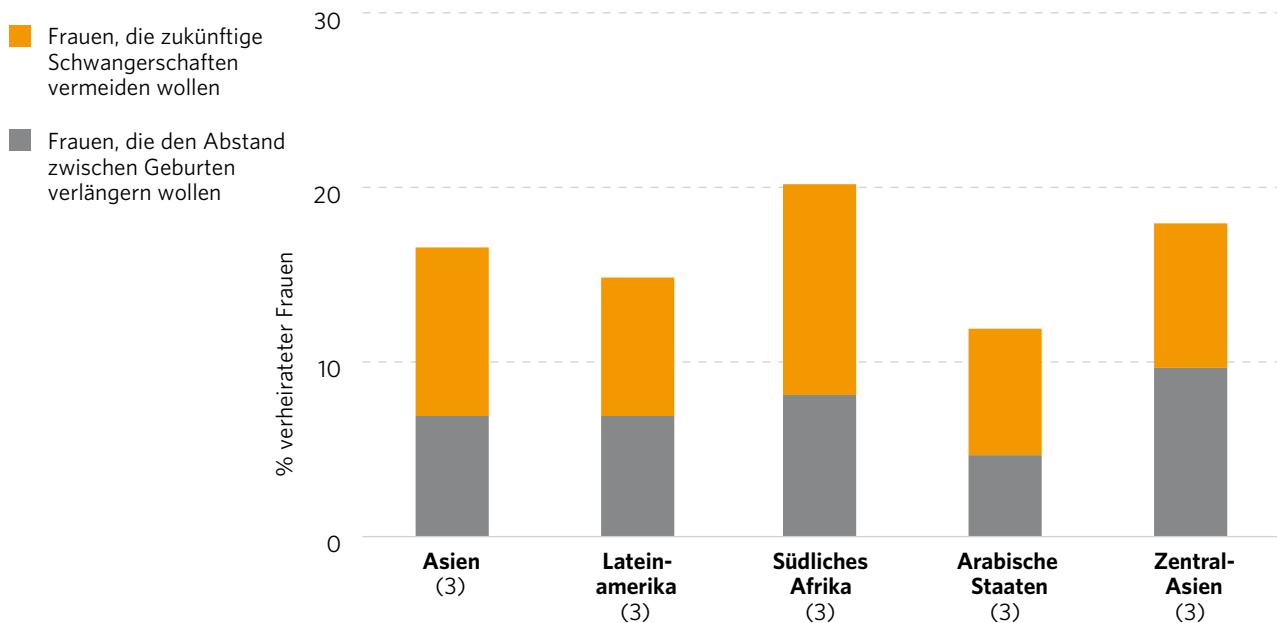
Wie von 179 Regierungen auf der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo 1994 vereinbart, haben Einzelpersonen und Paare das Recht zu entscheiden, ob, wann und wie oft sie Kinder bekommen. Viele Frauen in Ländern mit einer über dem Ersatzniveau verharrenden oder wieder

ansteigenden Fertilität – und generell in jedem anderen Land der Welt – stehen vor der Herausforderung, dieses Recht auszuüben. Diese Herausforderungen spiegeln sich in ungewollten Schwangerschaften, ungewollter Fertilität, ungeplanten Geburten und Abtreibungen wider.

Ungewollte Fertilität

Eine Geburt gilt als ungewollt, wenn sie auftritt, nachdem eine Frau die von ihr gewünschte Familiengröße erreicht hat. Laut den im Rahmen der internationalen Demographic and Health Survey-Programme erhobenen Daten schwankt die durchschnittliche Zahl ungewollter Geburten in den 15 in diesem Kapitel besprochenen Ländern zwischen 1,7 pro Tausend Geburten in Eswatini bis 0,2 in Kirgisistan und Turkmenistan.

Anteil der Frauen, die einen ungedeckten Bedarf an Verhütung haben, 15 Länder in 5 Regionen (in Prozent)



Ungeplante Geburten

Eine Geburt zur Unzeit ist eine erwünschte Geburt, die früher als geplant im Leben einer Frau stattfindet. Unter den 15 Ländern variiert das durchschnittliche Niveau ungeplanter Geburten zwischen 1,4 pro Tausend Geburten in Namibia und 0,06 in Turkmenistan.

Abtreibungen

Zuverlässige und vollständige Statistiken über Abtreibung – ob sicher oder unsicher, legal oder illegal – sind für die 15 in diesem Kapitel behandelten Länder nicht verfügbar. Es gibt Schätzungen, dass der Anteil der Schwangerschaften, die im südlichen Afrika, Südamerika und Zentralasien mit Abbrüchen enden, 24 Prozent, 34 Prozent bzw. 26 Prozent beträgt.

Ungedeckter Bedarf an Verhütung

Die wichtigste direkte Ursache für ungewollte Schwangerschaften in den 15 Ländern dieses Kapitels – und weltweit – ist, dass ein Teil der Frauen keine Verhütung anwendet, obwohl sie nicht oder noch nicht schwanger werden wollen. Diese Frauen haben einen ungedeckten Bedarf an Verhütung.

Das Ausmaß des ungedeckten Bedarfs unterscheidet sich stark von Gesellschaft zu Gesellschaft. In den 15 untersuchten Ländern reicht er von 25 Prozent in Eswatini bis zu elf Prozent in Honduras. Einige Frauen mit ungedecktem Verhütungsbedarf möchten einen längeren zeitlichen Abstand zwischen Schwangerschaften, andere haben ihre bevorzugte Familiengröße erreicht und möchten weitere Schwangerschaften verhindern.

Wie in vielen anderen Ländern auch hindern gleich mehrere soziale, gesundheitliche und wirtschaftliche Faktoren sowohl Frauen als auch Männer daran, Verhütung anzuwenden. Zu diesen Barrieren zählen mangelndes Wissen über



© Abbie Trayler-Smith/Panos Pictures

Verhütungsmethoden und Anbieter, die Kosten für Methoden und Dienste, Sorgen bezüglich der gesundheitlichen Risiken und Nebenwirkungen sowie Bedenken hinsichtlich der sozialen Akzeptanz.

Gesundheitliche Bedenken gehören mit zu den am häufigsten genannten Gründen dafür, warum auf Empfängnisverhütung verzichtet wird. In den 15 Ländern lag der Anteil der Frauen, die Gesundheitsrisiken und Nebenwirkungen als Gründe anführten, auf den Philippinen mit 26 Prozent am höchsten. Ein weiteres starkes Hindernis ist die Ungleichheit zwischen den Geschlechtern, die sich darin zeigt, dass Ehemänner den Wunsch ihrer Ehefrauen nach Verhütung zurückweisen.

Sozioökonomische Faktoren

Frauen mit höherem Bildungsniveau bekommen generell weniger Kinder. Von den 15 Ländern dieses Kapitels weisen die drei Länder Lateinamerikas und der Karibik die größten Unterschiede in der Fertilität zwischen Frauen mit dem höchsten und solchen mit dem niedrigsten Bildungsniveau auf. Dieser Befund spiegelt zumindest teilweise ein höheres Maß an sozioökonomischer Ungleichheit wider.

Frauen mit einem hohen Bildungsniveau neigen dazu, später zu heiraten und sind autonomer bei

Entscheidungen, die die Reproduktion betreffen. Zudem überleben ihre Neugeborenen und Kinder häufiger. Dies sind Faktoren, die allesamt mit einer geringeren Fertilität korrelieren. Frauen mit besserer Bildung haben auch ein höheres Einkommen und müssen daher möglicherweise auf ihr Einkommen verzichten, wenn sie Kinder bekommen. Hochgebildete Frauen verfügen in der Regel auch über mehr Wissen über Verhütungsmethoden und sind daher eher geneigt, diese auch anzuwenden.

Staatlich geförderte Familienplanungsprogramme haben einen größeren Einfluss auf die Fertilität von Armen und weniger Gebildeten, da sie deren Möglichkeiten hinsichtlich der Anzahl und des Zeitpunkts von Schwangerschaften erweitern. Während wohlhabendere, besser gebildete Frauen über die Mittel verfügen, ihre persönliche Familienplanung zu verwirklichen, sehen sich die Armen mit erheblichen wirtschaftlichen Hindernissen beim Zugang zur Empfängnisverhütung konfrontiert. Sie sind daher in einem sehr viel höheren Maß von den subventionierten Diensten der jeweiligen nationalen Programme abhängig. In Ländern mit gut aufgestellten nationalen Familienplanungsprogrammen liegt die ungewollte Fertilität in der Regel niedriger: Von den 15 in diesem Kapitel behandelten Ländern verfügen die arabischen und asiatischen Länder über die besten Programme. In diesen Ländern sind die bildungsabhängigen Unterschiede in der ungewollten Fertilität auch am geringsten.

Stagnation und Wiederanstieg

Sobald der demografische Übergang einsetzt, sinkt die Fertilität im Normalfall, bis sie ungefähr das Ersatzniveau erreicht hat. Zu den Ländern, in denen dieser stetige Rückgang der Fertilität ins Stocken geraten ist oder sich umgekehrt hat, gehören Ägypten, Algerien, Kasachstan,

Kirgisistan, Marokko, Namibia, Panama, Tadschikistan und Turkmenistan.

Wirtschaftskrisen, Kriege und Hungersnöte führen mitunter dazu, dass Paare Schwangerschaften vorübergehend vermeiden. In Algerien etwa fiel die Fertilität in den 1990er-Jahren in etwa auf das Ersatzniveau, ein Rückgang, der mit dem 1992 ausgebrochenen Bürgerkrieg zusammenfiel. Nach 2010, als der Konflikt weitgehend beigelegt war, stieg die Fertilität wieder auf fast drei Geburten pro Frau an.

Auch die Wirtschaftskrise, die Anfang der 1990er-Jahre die zentralasiatischen Länder erschütterte, ging mit einem Rückgang der Fertilität in der Region einher. Nach dem Abklingen der Wirtschaftskrise Anfang der 2000er-Jahre zog die Fertilität erneut an. Als sich die wirtschaftlichen Bedingungen in der Folgezeit weiter verbesserten, nahm sie dagegen wieder ab.

In den hier vorgestellten vier zentralasiatischen Ländern könnte auch der vergleichsweise hohe ungedeckte Bedarf an moderner Verhütung für den Wiederanstieg der Fertilität verantwortlich sein. Fast jede fünfte Frau in Tadschikistan und Kirgisistan hat einen ungedeckten Bedarf an Verhütung. Das ist zum Teil auf unzureichende Familienplanungsdienste, ein begrenztes Angebot an Verhütungsmitteln, hohe Kosten und begrenzte Entscheidungsbefugnisse in Bezug auf die Verwendung von Verhütungsmitteln zurückzuführen – insbesondere in ländlichen Gebieten.

Dabei ist der ungedeckte Bedarf bei verheirateten Frauen im Alter von 15 bis 24 Jahren höher als in der Altersgruppe der 25- bis 49-Jährigen. In Kirgisistan beispielsweise stieg der ungedeckte Bedarf junger verheirateter Frauen zwischen 1997 und 2012 um 8,6 Prozentpunkte, gleichzeitig brach der Einsatz von Verhütungsmitteln von 45,5 Prozent massiv auf 19,3 Prozent ein.

Zwar verfügen einige der hier vorgestellten Länder über jugendfreundliche Gesundheits-

dienste, doch bieten die Schulen in diesen Ländern in der Regel keine an den Richtlinien des UNFPA und der Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft und Kultur (UNESCO) ausgerichtete umfassende Sexualaufklärung an. Darüber hinaus bleibt vielerorts die Praxis von Kinderehen bestehen, und Kinderbräute haben generell nur begrenzten oder gar keinen Zugang zu Diensten der reproduktiven Gesundheit einschließlich Familienplanung. Ein großes Hindernis für Kinderbräute ist der Widerstand ihrer Ehemänner und Schwiegereltern gegenüber Verhütung.

Ein Rückgang der Fertilität kann auch aus anderen Gründen als Krisen auftreten. Beispielsweise kann die Fertilität vorübergehend sinken, wenn eine große Zahl von Frauen die Schwangerschaft hinauszögert, um eine Sekundar- oder Universitätsausbildung zu absolvieren oder ins Berufsleben einzutreten.

Auch Kürzungen bei Familienplanungsprogrammen können den Rückgang der Fertilität verlangsamen oder sie wieder ansteigen lassen. So sank die Fertilität in Ägypten von 1988 bis 2008 kontinuierlich von 4,5 Geburten pro Frau auf 3,0, bevor sie bis 2014 wieder auf 3,5 anstieg. Vor 2008 hatte die Regierung mit Unterstützung ausländischer Geber massiv in die Familienplanung investiert. Diese Investitionen, durch die Dienste der reproduktiven Gesundheit im ganzen Land bereitgestellt wurden, führten zu einem weit verbreiteten Wissen über Empfängnisverhütung.

Zwischen 2000 und 2007 belief sich die internationale Hilfe für Familienplanung in Ägypten jährlich auf durchschnittlich 33 Millionen Dollar, sank nach 2008 jedoch bis auf drei Millionen Dollar in den Jahren 2011 und 2012, was das Programm entsprechend schwächte. Um die Lücke zu schließen, stockte die Regierung zwar ihre eigenen Mittel auf, allerdings reichten die Gelder nicht aus, um die Programme und

Dienste wieder auf das Niveau von vor 2007 zu heben. Zudem hatten die beiden wichtigsten Fernsehsender des Landes vor 2007 kostenlos Informationskampagnen ausgestrahlt. In den letzten Jahren jedoch verlagerte sich das Interesse der Zuschauer auf neue Privatsender, die keine freie Sendezeit für derartige Kampagnen bieten. Das hatte zur Folge, dass weniger Menschen Informationen über die Vorteile der Familienplanung erhielten, was zum Wiederanstieg der Fertilitätsraten beitrug.

Wo der demografische Übergang endet

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Fertilitätstrends in einer Reihe von Ländern vom traditionellen Muster des demografischen Übergangs abweichen. Nachdem die Fertilität jahrzehntelang gesunken ist, hat sie sich in einigen dieser Länder deutlich über dem Ersatzniveau eingependelt oder ist wieder angestiegen.

In einigen Fällen lässt sich die Abweichung vom typischen Muster auf die Auswirkungen von Konflikten oder Wirtschaftskrisen zurückführen. In anderen Fällen dürfte vor allem der eingeschränkte Zugang zur gesamten Palette an Methoden und Diensten der Familienplanung – insbesondere in armen und ländlichen Gebieten – für eine stagnierende oder gar wieder ansteigende Fertilität verantwortlich sein.

Doch nur weil manche Länder dieser Gruppe vom typischen Muster des demografischen Übergangs abweichen, bedeutet dies noch nicht, dass sie den Prozess abgeschlossen haben. So könnte in einigen Ländern der demografische Übergang nicht bei einem Ersatzniveau von 2,1 Geburten pro Frau enden, sondern auf einem höheren Niveau zwischen 2,5 und 3,0 Geburten. Die Fertilität in Marokko etwa, die heute bei etwa 2,5 Geburten pro Frau liegt, hat sich seit der Jahrtausendwende kaum verändert.



Viele Wege führen zum Ziel

KAPITEL 4

In 33 Ländern sind die Fertilitätsraten erst in den letzten Jahren auf etwa 1,7 bis 2,5 Geburten pro Frau gesunken. Zu dieser Ländergruppe gehören zahlreiche arabische Staaten, Länder aus Lateinamerika und der Karibik sowie aus Asien.



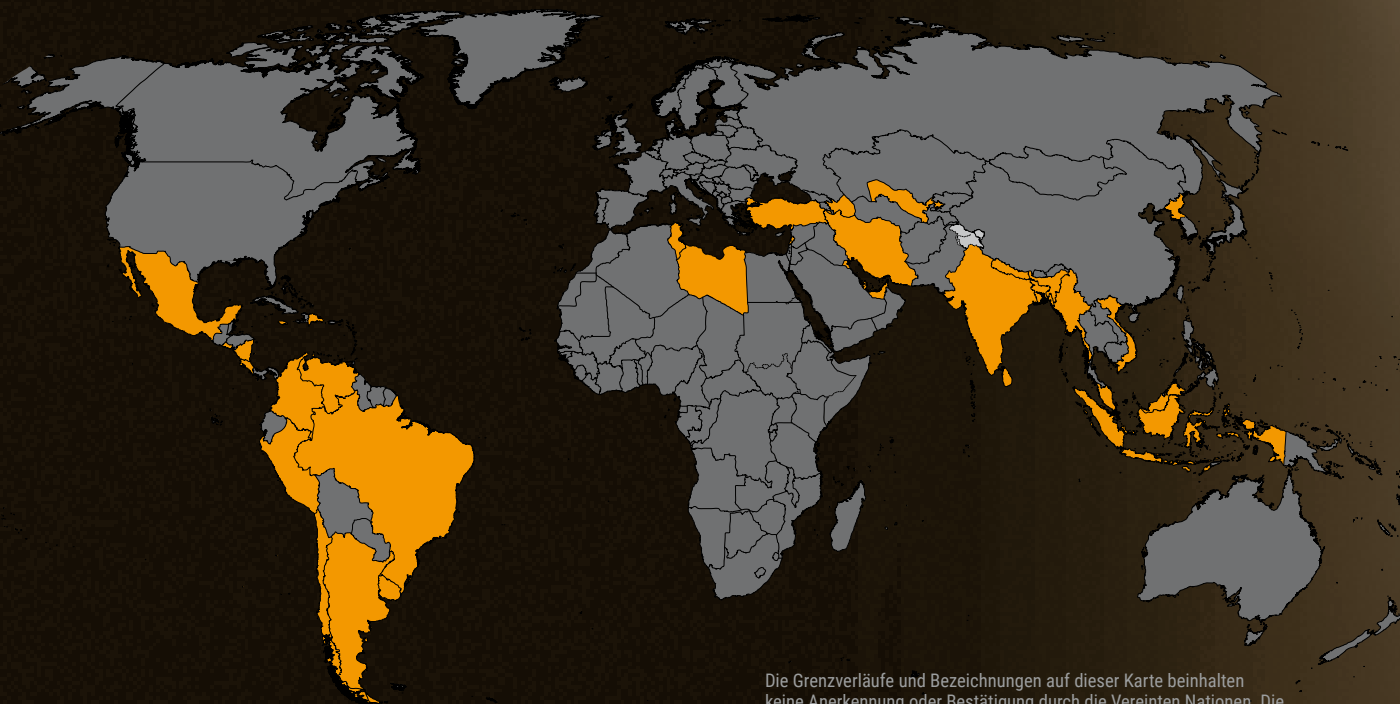
© Paul Smith/Panos Pictures

Diese Gruppe ist nicht nur geografisch und wirtschaftlich vielfältig, sondern auch hinsichtlich der Wege, auf welchen die einzelnen Länder zu ihren heutigen Fertilitätsraten gelangt sind. Dasselbe gilt für die Herausforderungen, denen Einzelpersonen und Paare gegenüberstehen, wenn sie ihr Recht auf die Entscheidung ausüben wollen, ob, wann und wie viele Kinder sie bekommen.

Fertilitätstrends

In etwa einem Drittel der 33 Länder, die in diesem Kapitel behandelt werden, war die Fertilität in den 1980er-Jahren hoch, sank dann aber rasch auf oder in die Nähe des Ersatzniveaus. Bei diesen Ländern handelt es sich um Bangladesch, El Salvador, Iran, Mexiko, Nepal, Nicaragua, Peru und mehrere Golfstaaten. In den 1990er-Jahren ging die Fertilität in Iran, Libyen, Nepal

FERTILITÄTSRATE ZWISCHEN 1,7 UND 2,5 GEBURTEN PRO FRAU



Die Grenzverläufe und Bezeichnungen auf dieser Karte beinhalten keine Anerkennung oder Bestätigung durch die Vereinten Nationen. Die gepunktete Linie entspricht in etwa der Demarkationslinie, auf die Indien und Pakistan sich geeinigt haben. Über den endgültigen Status von Jammu und Kaschmir haben sich die Parteien noch nicht verständigt.

und den Vereinigten Arabischen Emiraten rapide zurück.

In den anderen Ländern setzte der Fertilitätswandel im Allgemeinen früher ein, nämlich in den 1960er-Jahren, und dort fielen die Fertilitätsraten anschließend allmählich auf das heutige Niveau. Zu dieser Gruppe gehören lateinamerikanische Länder wie Brasilien und Chile, asiatische Länder wie Sri Lanka und

Malaysia sowie Mittelmeerländer wie die Türkei und der Libanon.

Indien und Myanmar unterscheiden sich vom Rest der Gruppe, da sie einen langsamen, aber stetigen Rückgang der Fertilität erlebten, der nach den 1960er-Jahren einsetzte. Argentinien und Uruguay wiederum stellen Ausnahmen dar, weil sie bereits vor den 1960er-Jahren eine geringere Fertilität als die anderen Länder dieser Gruppe aufwiesen.



© Joshua Cogan/PAHO

Bangladesch, El Salvador, Indien, Myanmar, Nepal und Nicaragua weichen insofern ab, da ihre heutigen Fertilitätsraten nahe am Ersatzniveau liegen, obwohl sie ein niedrigeres Pro-Kopf-Einkommen haben als andere Länder mit einer vergleichbaren Fertilitätsrate. In den meisten anderen Teilen der Welt weisen nur Länder mit einem höheren Durchschnittseinkommen eine so geringe Fertilität auf.

Übergänge in den arabischen Staaten und Asien

Bangladesch, Indien, Indonesien, Iran und die Türkei haben große Erfolge im Kampf gegen die Säuglings- und Kindersterblichkeit erzielt, was zum Teil auf die größere Reichweite ihrer Gesundheitssysteme, die wirtschaftliche Entwicklung, Fortschritte bei der Armutsbekämpfung und die höheren Schulbesuchsquoten von

Mädchen in Grund- und Sekundarschulen zurückzuführen ist. Mit der geringeren Säuglings- und Kindersterblichkeit ist in diesen Ländern ein wichtiger Motor für größere Familien weggefallen. Darüber hinaus verfügten diese Länder über wirksame nationale Familienplanungsprogramme, die ebenfalls zu einer geringeren Fertilität beitragen.

Indien sei hier besonders erwähnt: Während die durchschnittliche Fertilität landesweit 2,3 Geburten pro Frau beträgt, liegt sie in den Bundesstaaten Uttar Pradesh, Bihar und Madhya Pradesh bei über 3,0, in Maharashtra und Westbengalen sowie in den vier südlichsten Bundesstaaten dagegen unter dem Ersatzniveau. Insgesamt leben 50 Prozent der indischen Bevölkerung in Bundesstaaten mit einer Fertilität unterhalb des Ersatzniveaus, in den urbanen Regionen des Landes liegt sie seit 2007 durchgängig unter dem Ersatzniveau.

Die unterschiedlichen Fertilitätsraten in Indien korrelieren nicht eindeutig mit dem Einkommensniveau und werden wahrscheinlich von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Die Bundesstaaten Kerala und Tamil Nadu beispielsweise verzeichneten trotz eines begrenzten Wirtschaftswachstums einen starken Rückgang der Fertilität. Beides sind Bundesstaaten mit vergleichsweise geringen geschlechtsspezifischen und wirtschaftlichen Ungleichheiten, die zudem eine rasante soziale Entwicklung durchgemacht haben.

Die Fertilität in den in diesem Kapitel betrachteten Ländern variiert je nach Wohnort (städtisch oder ländlich), Einkommen sowie Bildungsniveau insbesondere von Frauen. Im Allgemeinen ist die Fertilität bei Frauen mit geringerer Bildung höher als bei Frauen, die mindestens über einen Sekundarschulabschluss verfügen. In den Ländern, in denen der Zusammenhang zwischen geringerer Fertilität und höherem Bildungsniveau schwächer ausfällt, bestehen seit vielen Jahren

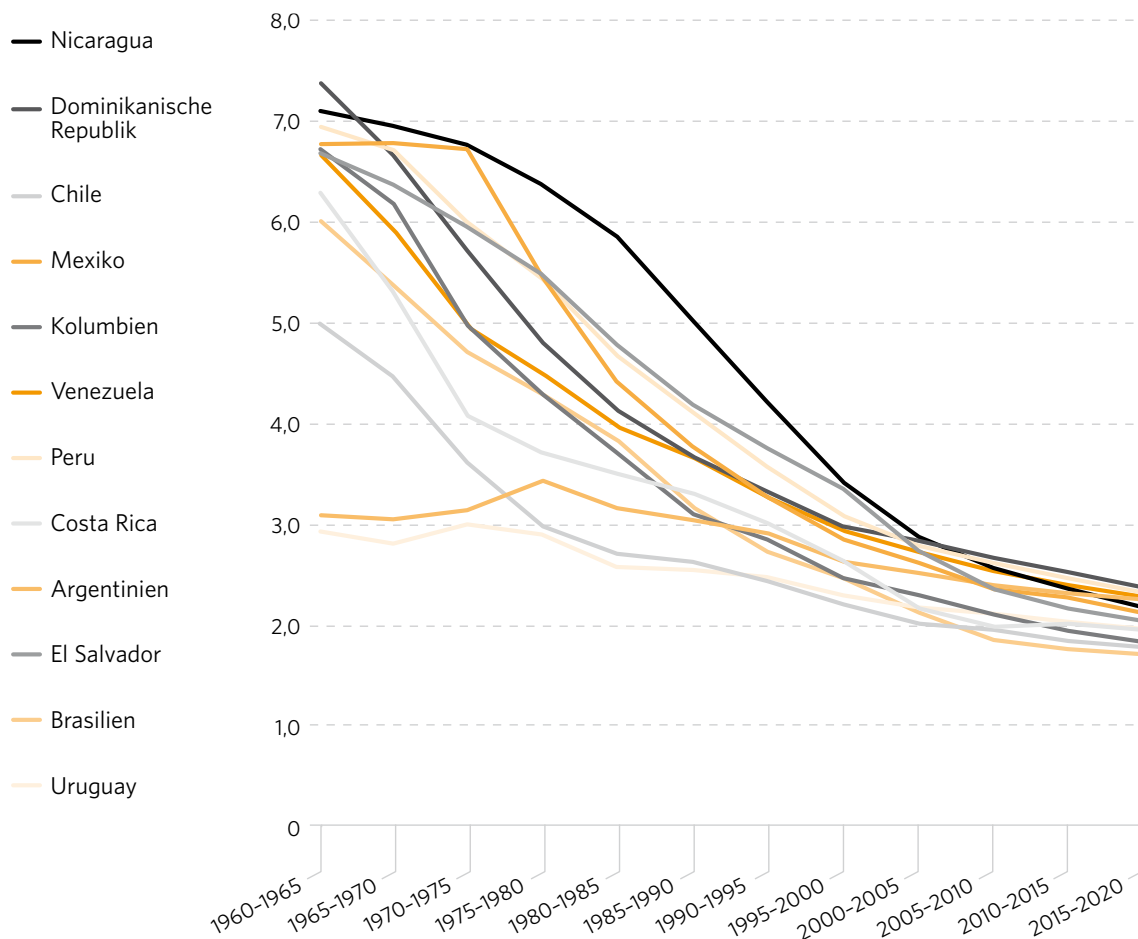
freiwillige Familienplanungsprogramme, die einen großen Teil der Bevölkerung erreichen. Allerdings muss in einigen dieser Länder auch ein vergleichsweise hoher Anteil von Abtreibungen für die niedrigere Fertilität mitverantwortlich gemacht werden.

In Bangladesch, Indien, Indonesien und Iran wird der Übergang zu kleineren Familien auch auf eine stärkere Unterstützung der reproduktiven Rechte zurückgeführt. In Iran beispielsweise haben die Ausweitung der reproduktiven Gesundheitsdienste auf den ländlichen Raum und ein größeres Angebot an Verhütungsmethoden mehr Menschen in die Lage versetzt, selbst über die Anzahl und den Zeitpunkt von Schwangerschaften zu entscheiden. In Bangladesch haben Nichtregierungsorganisationen eine wichtige Rolle bei der Verbesserung der reproduktiven Gesundheit gespielt und dafür gesorgt, dass mehr Frauen die Macht und die Mittel haben, darüber zu bestimmen, ob, wann und wie oft sie schwanger werden. In Indonesien konnte die Reichweite des nationalen Familienplanungsprogramms ab den späten 1990er-Jahren durch den Aufbau gemeindebasierter Familienplanungsdienste erweitert werden.

Fertilität und die Rolle der Ehe

In den hier vorgestellten südasiatischen Ländern, mehreren arabischen Staaten und einigen anderen bevölkerungsreichen Ländern wie Indonesien, Iran und der Türkei haben die Ehe und der Zeitpunkt der Eheschließung einen erheblichen Einfluss auf die Familiengröße. Denn in diesen Ländern werden Kinder selten außerhalb der Ehe geboren, und Frauen bekommen in der Regel kurz nach der Heirat zum ersten Mal ein Kind. Obwohl das Durchschnittsalter bei der Eheschließung in diesen Ländern gestiegen ist, sind Kinderehen dort nach wie vor weit verbreitet, insbesondere in Bangladesch, Indien, Indonesien und Nepal.

Aktuelle und prognostizierte Fertilitätsraten, 12 lateinamerikanische und karibische Länder, 1960-2020



Quelle: Vereinte Nationen: World Population Prospects: The 2017 Revision

In all diesen Ländern tragen ungewollte Schwangerschaften zu höheren Fertilitätsraten bei. Würden ungewollte Geburten durch einen besseren Zugang zu Verhütung verhindert, könnten die Fertilitätsraten um durchschnittlich über ein halbes Kind pro Frau sinken.

Der stetige Rückgang sowohl der gewollten als auch der ungewollten Geburten in Bangladesch und Nepal spiegelt nicht nur den allgemeinen Wunsch nach kleineren Familien wider, sondern auch den Erfolg von Maßnahmen und Diensten,

die Einzelpersonen und Paare befähigen, selbstständig über die Zahl ihrer Kinder zu entscheiden.

In Indien ging die ungewollte Fertilität zwischen 2005 und 2015 stark von 0,8 auf 0,4 Kinder pro Frau zurück. Das dürfte Ausdruck der Tatsache sein, dass dort immer mehr Paare über die Mittel verfügen, eine Schwangerschaft zu verhindern und ihre angestrebte Familiengröße zu realisieren. In Indonesien hingegen fiel die erwünschte und unerwünschte Fertilität zwischen 1987 und 2015 nur geringfügig. Das

deutet darauf hin, dass sich die gewünschte Familiengröße in diesem Land kaum verändert hat – und gleichzeitig darauf, dass Familienplanungsprogramme eine wichtige Rolle für Paare dabei spielen, nur die erstrebte Zahl an Kindern zu bekommen.

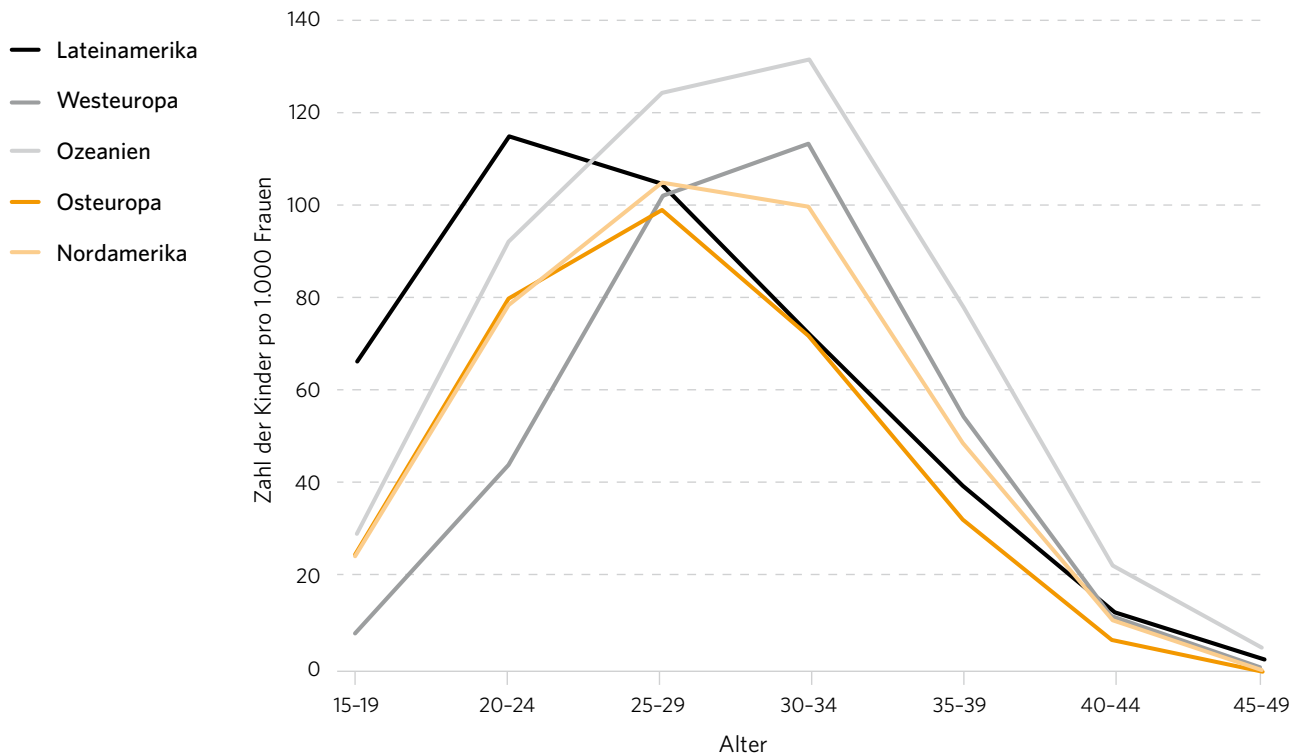
Der Übergang in Lateinamerika und der Karibik

Die Länder Lateinamerikas und der Karibik haben seit den 1950er-Jahren einen dramatischen demografischen Wandel durchgemacht. Der Wandel ist in den meisten Ländern der Region weit fortgeschritten, mit einer niedrigen Säuglingssterblichkeit und einer Fertilitätsrate auf

Ersatzniveau, die im Laufe von 40 oder weniger Jahren erreicht wurden. Davor lag die Fertilität in manchen dieser Länder bei bis zu sechs Kindern pro Frau.

In zwölf lateinamerikanischen Ländern, auf die 85 Prozent der Bevölkerung der Region entfallen, liegen die Fertilitätsraten zwischen 1,8 und 2,5 Geburten pro Frau. Die Wirtschaft dieser Länder basiert hauptsächlich auf dem Export von Agrarprodukten, Mineralien und fossilen Brennstoffen. Die Mehrzahl von ihnen kämpft nach wie vor darum, allen Bevölkerungsgruppen Zugang zu qualitativ hochwertigen Bildungs- und Gesundheitsdiensten einschließlich solcher der reproduktiven Gesundheit zu bieten.

Altersspezifische Fertilitätsraten, ausgewählte Länder, 2010–2015



Quelle: Vereinte Nationen: World Population Prospects: The 2017 Revision

Darüber hinaus weisen sie einen hohen Urbanisierungsgrad auf: Mehr als vier von fünf Menschen leben hier in städtischen Regionen. Die Lebenserwartung bei der Geburt beträgt im Durchschnitt 75,2 Jahre, und die Säuglingssterblichkeitsrate liegt bei 16,6 pro 1.000 Lebendgeburten. Ein zunehmender Anteil der Bevölkerung ist über 60 Jahre alt.

Obwohl die Wege zum Fertilitätswandels in diesen Ländern ähnlich waren, gab es in Bezug auf das Ausgangsniveau sowie den Zeitpunkt und Tempo des Übergangs deutliche Unterschiede. Argentinien und Uruguay zum Beispiel hatten bereits in den 1960er- und bis in die 1980er-Jahre hinein relativ niedrige Fertilitätsraten. Andere Länder – Brasilien, Chile, Costa Rica, die Dominikanische Republik, Kolumbien und Venezuela – durchliefen den Übergang in den 1960er-Jahren zwar rasch, doch seitdem ist die Fertilität dort deutlich langsamer gesunken. In einer dritten Gruppe – El Salvador, Mexiko, Nicaragua und Peru – nahm die Fertilität in den 1960er-Jahren nur wenig ab, doch zwei Jahrzehnte später setzte auch hier ein rascher Rückgang ein.

Fertilitätsraten variieren in Abhängigkeit von Wohnort und Bildungsgrad. In Brasilien beispielsweise liegt die Fertilität bei Frauen, die mindestens eine Sekundarschulbildung abgeschlossen haben, bei rund 1,0. Frauen mit der geringsten Bildung bekommen dagegen durchschnittlich etwa 3,0 Kinder. Ähnliche Korrelationen zeigen sich auch in anderen Teilen Lateinamerikas.

In den zwölf Ländern Lateinamerikas und der Karibik, die in diesem Kapitel behandelt werden, liegen die Fertilitätsraten bei Heranwachsenden zwischen 15 und 19 Jahren sowie bei jungen Menschen zwischen 20 und 24 Jahren – bei ansonsten ähnlichen Gesamtfertilitätsraten – höher als bei denselben Altersgruppen in anderen

Ländern der Welt. Mit anderen Worten: Die Fertilität junger Menschen in diesen Ländern liegt im Vergleich zur nationalen Gesamtfertilität höher als im internationalen Vergleich.

In diesen zwölf Ländern folgt auf den ersten Geschlechtsverkehr meist rasch die erste Geburt, und die ersten Eheschließungen finden oft kurz vor oder kurz nach einer – oftmals ungewollten – Schwangerschaft statt. Da viele Frauen ihr erstes Kind in relativ jungen Jahren bekommen und die meisten Frauen kleinere Familien bevorzugen, ist es üblich, mit dem Kinderkriegen schon früh im Leben aufzuhören. Dies erfordert jedoch eine Verhütungsmethode, die über einen längeren Zeitraum äußerst zuverlässig funktioniert.

Der Wunsch nach kleineren Familien

In den 1970er-Jahren lag die Fertilität in einigen lateinamerikanischen Ländern bei etwa fünf Geburten pro Frau, die gewünschte Kinderzahl hingegen bei vier. In anderen Ländern wollten viele Frauen nach der Geburt ihres zweiten oder dritten Kindes keine Kinder mehr bekommen. In vielen Fällen bekamen Frauen, vor allem in ländlichen Gebieten, mehr Kinder, als sie wollten. Auch arme Frauen und Frauen aus indigenen Gemeinschaften bevorzugten kleinere Familien, doch mangelte es ihnen an den erforderlichen Informationen, der Macht und den Mitteln, um eine Schwangerschaft zu verhindern oder hinauszuzögern.

Heute erfolgen rund die Hälfte der Geburten in Lateinamerika und der Karibik zur gewünschten Zeit. Andere Geburten jedoch finden entweder zu einem ungewollten Zeitpunkt oder insgesamt ungewollt statt. Mit anderen Worten: Ein erheblicher Teil der Schwangerschaften ist ungewollt und ungeplant, und viele Frauen und Paare sind nicht in der Lage, ihr Recht auf freie Entscheidung über die Anzahl und den Zeitpunkt ihrer Schwangerschaften wahrzunehmen.

Zugleich tragen in der Region Frauen in der Regel den Großteil der Verantwortung für die Kindererziehung. Diese diskriminierende Norm und die eingeschränkten Betreuungsmöglichkeiten für Kinder bedeuten, dass Frauen, die sowohl einem Beruf nachgehen als auch Kinder bekommen möchten, kaum Vollzeit in gut bezahlten Bereichen arbeiten können. Sie müssen sich oft mit schlecht bezahlten Teilzeitjobs begnügen. Der Mangel an bezahlbaren assistierten Reproduktionstechnologien wie der In-vitro-Fertilisation stellt ein weiteres Hindernis dar, dem sich manche Frauen bei der Verwirklichung ihrer Fertilitätsziele gegenübersehen.

Die Macht und die Mittel

1959 startete Mexiko als erstes der zwölf Länder dieser Gruppe ein nationales Familienplanungsprogramm. In den darauffolgenden drei Jahren führten auch Chile, Honduras, Uruguay und Venezuela entsprechende Programme ein, Nicaragua und Peru folgten 1968.

Obwohl in einigen dieser Länder eine Opposition gegen staatliche Familienplanungsprogramme bestand, hat der Einsatz von Verhütungsmitteln im Laufe der Jahre zugenommen. Verhütungsmittel sind flächendeckend von privaten Anbietern erhältlich. In Ländern wie Chile, Mexiko und Peru wird Empfängnisverhütung auch von nationalen Familienplanungsprogrammen angeboten.

Der weit verbreitete Einsatz von Verhütungsmitteln in Argentinien und Uruguay bereits vor den 1960er-Jahren erklärt die in den letzten 50 Jahren durchgängig vergleichsweise niedrigen Fertilitätsraten in diesen Ländern. Frauen in Argentinien und Uruguay setzten schon früh auf Barrieremethoden wie Kondome. Allerdings gab es auch viele unsichere Abtreibungen, die für 37 Prozent respektive 25 Prozent der Müttersterblichkeit in diesen Ländern verantwortlich

waren. Schwangerschaftsabbrüche waren häufig die Folge von unsachgemäßer oder gänzlich fehlender Empfängnisverhütung.

Der Rückgang der Fertilität in der Region wurde nicht von Familienplanungsprogrammen verursacht. Vielmehr beschleunigten sie den Rückgang, der unter den Privilegierten bereits eingesetzt hatte. Hätten viele Frauen nicht bereits einen starken Wunsch nach weniger Kindern gehabt, wäre die Fertilität länger höher geblieben, und der Rückgang hätte sich viel langsamer vollzogen.

Hindernisse bezüglich der gewünschten Familiengröße

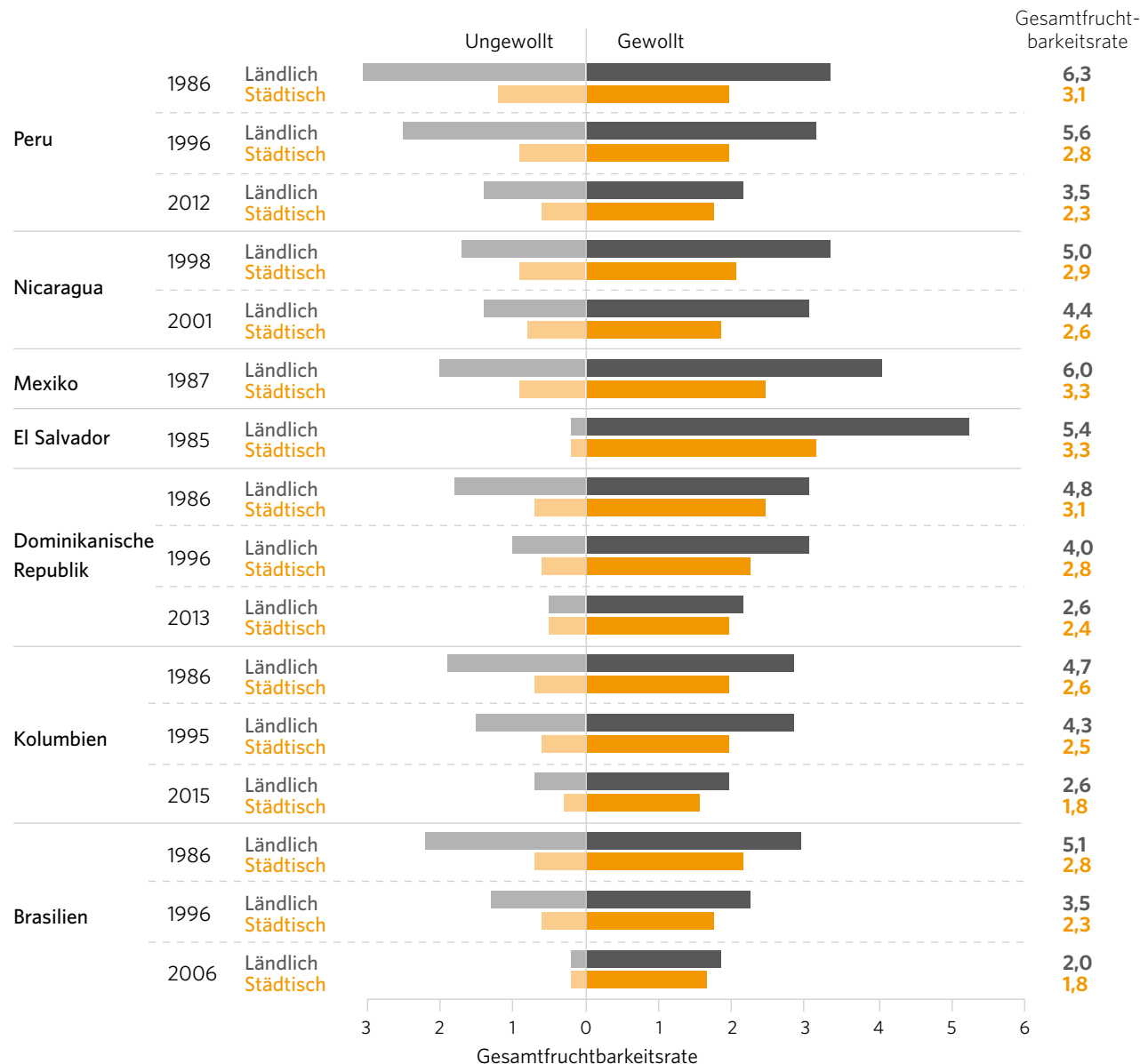
Die gegenwärtige hohe Prävalenz moderner Verhütungsmethoden in der Region – mit Ausnahme von Peru, wo jede dritte Frau eine traditionelle Methode anwendet – erzählt nur einen Teil der Geschichte über den Zugang zu Verhütungsmitteln. Denn während einige Verhütungsmethoden weit verbreitet sind, wird das gesamte verfügbare Spektrum an Verhütungsmitteln nicht in allen Ländern eingesetzt und ist auch nicht überall verfügbar. Im Allgemeinen beschränken sich die Wahlmöglichkeiten in jedem Land auf zwei oder drei Verhütungsmethoden. Frauen und Männer, die keinen Zugang zu ihrer bevorzugten Methode haben oder nicht über das ganze Spektrum an verfügbaren Methoden informiert sind, wählen möglicherweise eine Alternative, die für ihre Umstände wenig oder gar nicht geeignet ist und mit einem höheren Risiko für eine ungewollte Schwangerschaft einhergeht.

Mit dem Anstieg des Pro-Kopf-Einkommens in der Region nahm die internationale Entwicklungszusammenarbeit in einigen Ländern ab, was dazu führte, dass die Mittel für nationale Familienplanungsprogramme gekürzt wurden. Das hatte zur Folge, dass sich vor allem ärmere Frauen mit den verfügbaren Methoden begnügen oder ganz auf Verhütung verzichten mussten.

Länder wie Brasilien boten Frauen, die gerade in einer öffentlichen Gesundheitseinrichtung ein Kind per Kaiserschnitt zur Welt gebracht hatten, bestimmte Methoden der Empfängnisverhütung

an, wie beispielsweise Sterilisationen. Spiralen sind in den meisten Ländern Lateinamerikas nur wenig verbreitet, da sie von öffentlichen Gesundheitsstationen weder bereitgestellt noch

Gewollte und ungewollte Fertilitätsraten, städtisch und ländlich, ausgewählte Länder in Lateinamerika und der Karibik



Quelle: DHS and USAID (2018): STATcompiler (<http://www.statcompiler.com>), mit Ausnahme von Brasilien (Demographic and Health Survey)

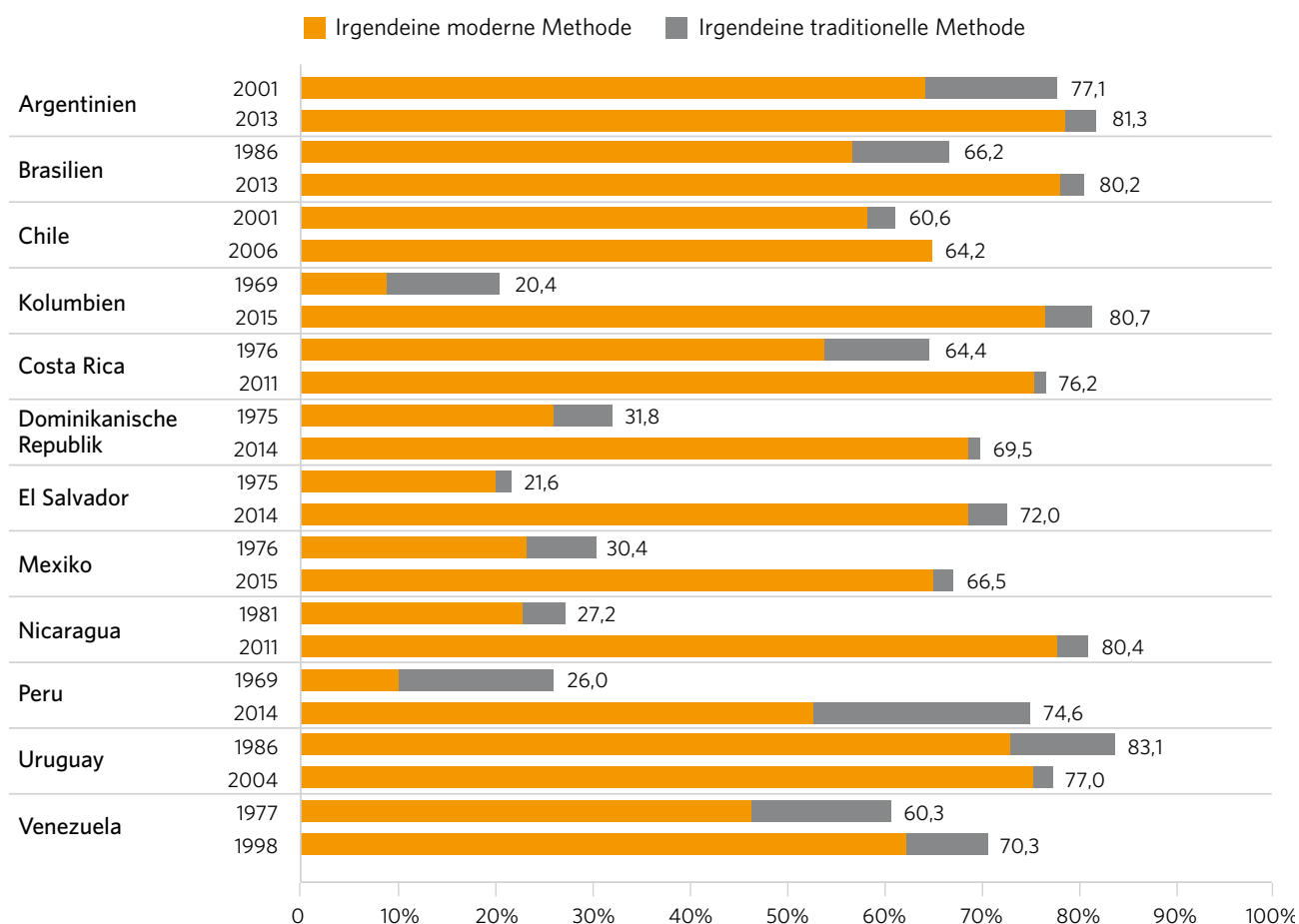
eingesetzt werden und in der Regel auch nicht von Ärzten in privaten Einrichtungen empfohlen werden.

Heranwachsende stoßen beim Zugang zu Verhütungsmitteln häufig auf Hindernisse, ein Umstand, der für die höheren Raten von Teenagerschwangerschaften mit verantwortlich ist. Hinzu kommt der eingeschränkte Zugang zu einer umfassenden Sexualaufklärung, die altersgerechte Informationen über die Fortpflanzung

vermittelt und umfassendere Fragen des Geschlechts und der reproduktiven Rechte behandelt. Frühzeitige sexuelle Erfahrungen, ungeschützter Sex, eine hohe Rate von Verhütungsfehlern und frühe Eheschließungen tragen ebenfalls zu der hohen Fertilitätsrate unter Heranwachsenden in der Region bei.

Teenagerschwangerschaften kommen in ärmeren Haushalten häufiger vor. Möglicherweise verbirgt sich hinter diesem Trend eher ein

Verbreitung von modernen und traditionellen Verhütungsmethoden unter Frauen, die verheiratet oder liiert sind, in 12 Ländern



Quelle: DHS and USAID (2018): STATcompiler (<http://www.statcompiler.com>)

ungedeckter Bedarf an Verhütung als der Wunsch, möglichst früh im Leben Kinder zu bekommen. Mädchen aus wohlhabenderen Haushalten sind besser über Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit informiert und haben eher Zugang zu Verhütungsmitteln. Unter Umständen haben sie sogar Zugang zu sichereren, wenn auch illegalen Abtreibungsdiensten. Unabhängig von ihrer sozialen Herkunft haben Minderjährige in einigen Ländern der Region nur eingeschränkt Zugang zu Notfallverhütung. Auch benötigen sie möglicherweise die Erlaubnis der Eltern, wenn sie moderne Verhütungsmethoden wie die Pille benutzen wollen.

Niedrigere Fertilität und die Zukunft

Der rasche Rückgang der Fertilität bis auf das Ersatzniveau oder darunter wird die in diesem Kapitel behandelten Länder mit neuen Herausforderungen konfrontieren. Die Alterung der Bevölkerung etwa betrifft alle diese Länder. In den Ländern, in denen die Fertilität weiter sinkt, besteht eine weitere Herausforderung darin, dass mittelfristig weniger junge Menschen ins Erwerbsleben eintreten.

Alle Menschen in die Lage zu versetzen, ihre reproduktiven Rechte effektiv wahrzunehmen, stellt die hier vorgestellten Länder vor große Herausforderungen. Die Zahl ungewollter Schwangerschaften ist nach wie vor hoch. Verhütungsmittel sind zwar fast überall verfügbar, allerdings ist die Auswahl an Methoden begrenzt. Unverheiratete junge Menschen sind häufig vom Zugang zu Familienplanung ausgeschlossen, sei es durch Gesetz oder in der Praxis. Auch heute noch werden in der Region Millionen von Schwangerschaften durch Abtreibungen beendet. Diese Eingriffe sind in vielen Fällen unsicher und gefährden die Gesundheit und das Leben der Frauen.



© UNFPA/NOOR/Sanne De Wilde

Über die Informationen, die Macht und die Mittel zu verfügen, die erforderlich sind, um die Anzahl, den Zeitpunkt und den zeitlichen Abstand von Schwangerschaften frei zu bestimmen, ist ein grundlegendes Menschenrecht. Die reproduktiven Rechte zu wahren, ist schon für sich genommen ein lohnendes Ziel. Darüber hinaus kann die Verwirklichung dieser Rechte andere Menschenrechte stärken und die Länder in die Lage versetzen, ihre soziale und wirtschaftliche Entwicklung voranzutreiben.

Werden beispielsweise in Ländern mit einer – wie in einigen arabischen und asiatischen Staaten der Fall – großen und weiter wachsenden jungen Bevölkerung Individuen und Paare dazu befähigt, kleinere Familien zu haben, kann das einen demografischen Wandel anstoßen. Dieser wiederum kann zu einer demografischen Dividende führen, die die wirtschaftliche Entwicklung fördern und die Armut reduzieren kann.



KAPITEL 5

Elternschaft ermöglichen

In 53 Ländern und Hoheitsgebieten liegt die Fertilität seit Jahren – wenn nicht seit Jahrzehnten – unterhalb des Ersatzniveaus, also bei weniger als 2,1 Kindern pro Frau.



© Eriko Koga/Getty Images

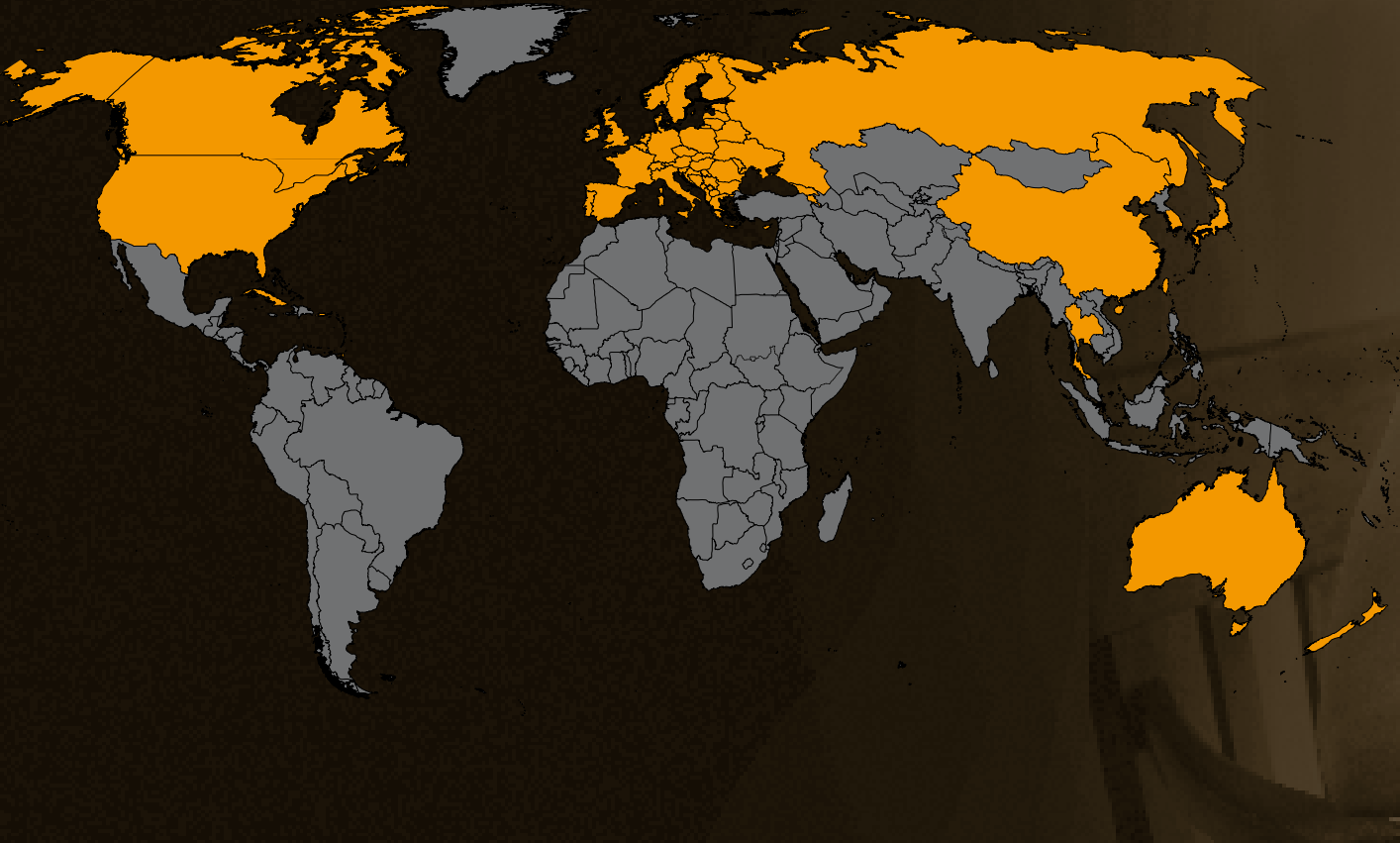
Allgemein ging die niedrige Fertilität in dieser Ländergruppe damit einher, dass das Bildungsniveau stieg und die Gleichberechtigung von Frauen stärker gefördert wurde. So schreiben sich in etlichen einkommensstarken Ländern mit niedriger Fertilität mehr als die Hälfte der jungen Menschen für ein Universitätsstudium ein. In allen Industrieländern, die der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und

Entwicklung (OECD) angehören, absolvieren mehr Frauen als Männer in der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen eine Hochschulausbildung.

Die Ablösung der Großfamilie durch die Kleinfamilie in diesen Ländern und Hoheitsgebieten erlaubt es Eltern, mehr Zeit und Ressourcen in die Gesundheit, die Ausbildung und das Wohlergehen ihrer Kinder zu investieren. Frauen können ihre Ausbildung abschließen,

FERTILITÄTSRATE

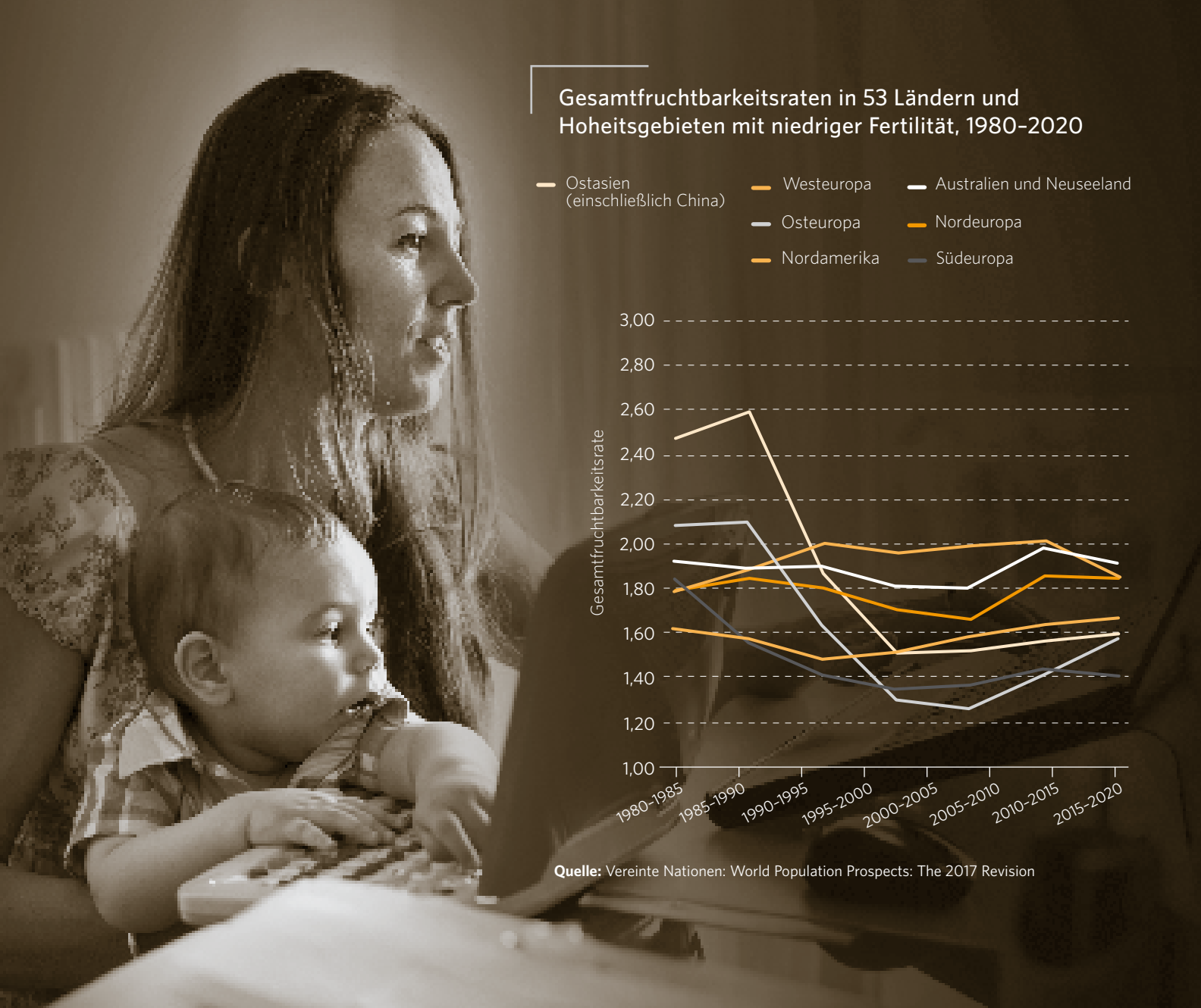
NIEDRIGER ALS **2,1** GEBURTEN PRO FRAU



ins Berufsleben einsteigen und eine Karriere aufbauen, bevor sie eine Familie gründen. Das heißt, der Wandel hat Frauen die wirtschaftliche Unabhängigkeit gebracht.

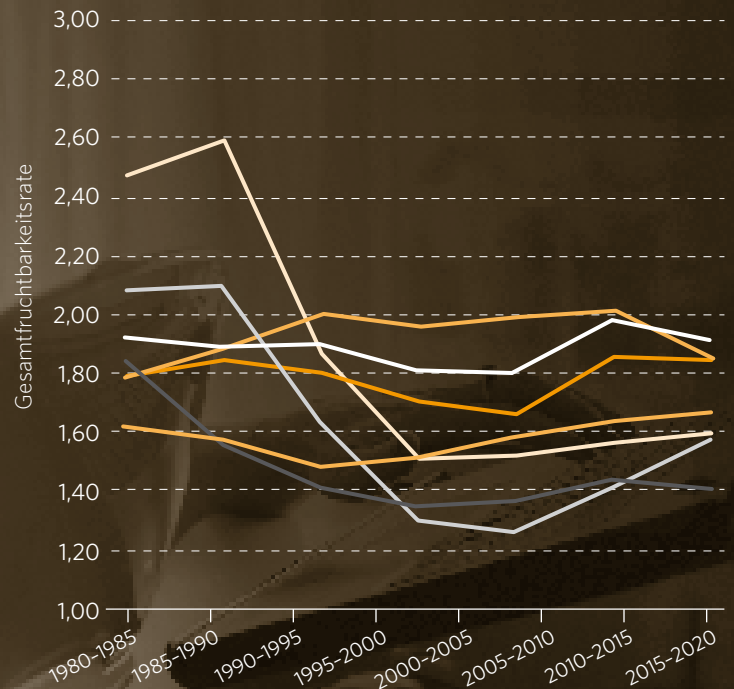
Niedrige Fertilität ist ein deutliches Anzeichen dafür, dass Frauen, Männer und Paare in der Lage sind, Schwangerschaften zu vermeiden und den zeitlichen Abstand zwischen den Geburten zu kontrollieren. Andererseits ist sie ebenso ein

Zeichen für die Herausforderungen, vor denen Frauen und Männer immer noch stehen, wenn sie eine Familie gründen oder ihr nächstes Kind planen wollen. Das führt dazu, dass viele Frauen in Ländern mit niedriger Fertilität angeben, weniger Kinder zu haben, als sie sich gewünscht hätten. Finanzielle Zwänge, Wohnungsknappheit, berufliche Probleme und die mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf sind



Gesamtfruchtbarkeitsraten in 53 Ländern und Hoheitsgebieten mit niedriger Fertilität, 1980-2020

- Ostasien (einschließlich China)
- Westeuropa
- Australien und Neuseeland
- Osteuropa
- Nordeuropa
- Nordamerika
- Südeuropa



Quelle: Vereinte Nationen: World Population Prospects: The 2017 Revision

© Emma Innocenti/Getty Images

einige der Hindernisse für die Familiengründung oder -erweiterung.

Zu den Herausforderungen für die Länder mit niedriger Fertilität gehören ein wachsender Bevölkerungsanteil älterer Menschen und infolgedessen steigende Gesundheitskosten, eine schrumpfende Erwerbsbevölkerung und eine möglicherweise schwächere Volkswirtschaft. Zwei von drei Regierungen von Industrieländern halten

die Fertilität ihres Landes für zu niedrig und haben politische Maßnahmen eingeleitet, um sie zu steigern. Einige Länder reagieren auf den Bevölkerungsschwund mit einer veränderten Einwanderungspolitik und versuchen, insbesondere jüngere Menschen anzuwerben, die die Lücken auf dem Arbeitsmarkt schließen sollen.

In den meisten dieser Länder und Hoheitsgebiete hat die Achtung der reproduktiven

Rechte zum Rückgang der Fertilität beigetragen. Wenn die verbleibenden Hindernisse für die Verwirklichung der reproduktiven Rechte beseitigt werden, wird es noch mehr Menschen möglich sein, so viele Kinder zu bekommen, wie sie sich wünschen.

Trends

In vielen europäischen Ländern begann die Fertilität ab Ende des 19. Jahrhunderts zu sinken. In den 1970er-Jahren war die Transformation in Australien, Japan und allen Industrieländern Europas und Nordamerikas angekommen. In China ging die Fertilität in den 1970er-Jahren drastisch zurück, nachdem der Staat zunächst für spätere und weniger Schwangerschaften geworben und dann, 1979, eine Familienpolitik eingeführt hatte, die Paaren im Allgemeinen nur ein Kind gestattete. In den 1980er- und 1990er-Jahren stießen Länder wie Kuba, Südkorea und Thailand zu der Gruppe von Ländern mit einer Fertilität unterhalb des Ersatzniveaus. Etwa um die gleiche Zeit sanken die ohnehin schon niedrigen Fertilitätsraten in den Ländern Süd-, Ost- und Mitteleuropas noch weiter ab – zuweilen bis auf 1,3 Kinder pro Frau – und verharren seit Jahrzehnten auf diesem Niveau. Die fünf Länder bzw. Hoheitsgebiete mit den weltweit niedrigsten Fertilitätsraten finden sich in Ost- und Südostasien. In den größten Städten Chinas lag die Fertilität in den 1990er- und 2000er-Jahren bei nur 0,8 Kindern pro Frau.

Die in diesem Kapitel behandelten Länder mit niedriger Fertilität weisen erhebliche Unterschiede auf. Erkennbar ist der Unterschied zwischen den Regionen mit sehr niedriger Fertilität (1,6 oder niedriger: Ostasien und Osteuropa, Südeuropa und der östliche Teil Westeuropas) und denen mit nicht ganz so niedriger Fertilität (1,7–2,2: Nordeuropa, der westliche Teil Westeuropas und die englischsprachigen Länder). In den Ländern

mit sehr niedriger Fertilität leben 2,2 Milliarden Menschen, das sind fast 30 Prozent der Weltbevölkerung. 1,4 Milliarden davon leben in China.

Für Staaten ist es wichtig, bei welchem Durchschnittswert die Fertilität liegt. Für die einzelnen Frauen und Männer jedoch ist es wichtig, wie viele Kinder sie tatsächlich haben. In vielen Ländern mit nicht ganz so niedriger Fertilität ist der Anteil sowohl der kinderlosen Frauen als auch der Anteil der Frauen mit drei oder mehr Kindern relativ hoch. In einigen Ländern ist auch der Anteil von Frauen mit einem Kind eher gering. Zu dieser Gruppe gehören Australien, Finnland, die Niederlande und das Vereinigte Königreich.

Im Gegensatz dazu haben in den osteuropäischen Ländern relativ viele Frauen ein Kind, aber nur wenige sind kinderlos, da Kinderlosigkeit gesellschaftlich verpönt ist. Die im Durchschnitt sehr niedrige Kinderzahl pro Frau in Südeuropa und Deutschland ist auf hohe Anteile von Frauen ohne Kinder oder mit einem Kind zurückzuführen. Im Großen und Ganzen korreliert die durchschnittliche Fertilität nicht mit dem Anteil von Frauen mit zwei Kindern, sondern stark mit dem Anteil von Frauen mit drei oder mehr Kindern.

Immer häufiger bringen Frauen ihre Kinder erst in höherem Alter und unehelich zur Welt. In Ländern wie Italien, Japan, Spanien und Südkorea ist das Durchschnittsalter der erstgebärenden Frauen auf über 30 Jahre gestiegen. In den 1970er-Jahren lag es noch bei 24 bis 26 Jahren. Parallel zu dieser Entwicklung vollzieht sich ein Trend zu weniger Teenagerschwangerschaften, insbesondere in den Vereinigten Staaten und in Osteuropa. In weiten Teilen Europas und Ostasiens bringen Jugendliche nur drei Prozent aller Kinder zur Welt.

Die Geburten in höherem Lebensalter sind unter gut ausgebildeten Frauen am schnellsten angestiegen. Sie versuchen, die wirtschaftlichen

oder beruflichen Rückschläge zu vermeiden, die häufig mit einer Mutterschaft in jungen Jahren verbunden sind. Zu dieser Entwicklung hat auch die Verfügbarkeit moderner Reproduktionstechnologien, wie zum Beispiel In-vitro-Fertilisation, beigetragen. Für Frauen, die sich entscheiden, eine Schwangerschaft zu verschieben, bis sie Ende Dreißig oder Anfang Vierzig sind, steigen die Risiken für Unfruchtbarkeit und Schwangerschaftskomplikationen.

Der Rückgang der Fertilität zwischen 1970 und 2000 korrelierte mit dem Trend zu späteren Eheschließungen und mit der Zunahme von eheähnlichen Lebensgemeinschaften, Scheidungen und unehelich geborenen Kindern. In einigen Ländern, wie zum Beispiel in Schweden, den Vereinigten Staaten und Russland, erreichten

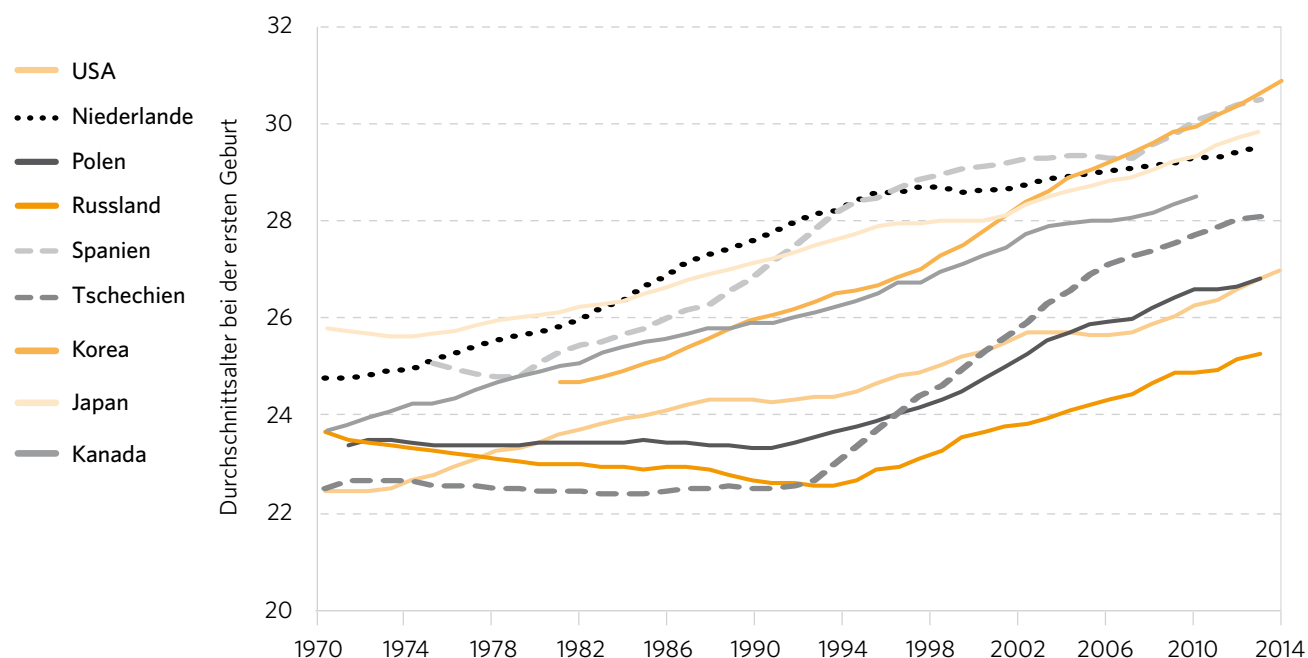
diese Trends allerdings um 2004 einen Höhepunkt und kehrten sich danach wieder um.

In der Europäischen Union erreichte der Anteil der unehelich geborenen Kinder im Jahr 2014 42 Prozent – eine Verdoppelung gegenüber 1994. In Ostasien hingegen korreliert die Fertilität weiterhin eng mit der Zahl von Eheschließungen. In dieser Region, in der Ehe und Elternschaft stark zusammenhängen, wird die lebenslange Kinderlosigkeit immer häufiger.

Fertilität unter Druck

Die sehr niedrige Fertilität in Ostasien und vielen Ländern Europas ist meist nicht direkt darauf zurückzuführen, dass die Menschen sich kleinere Familien wünschen. Gewünscht werden durchschnittlich etwa zwei Kinder pro Frau, die

Durchschnittsalter bei der ersten Geburt, ausgewählte Länder, 1970–2016



Quellen: Human Fertility Database (2018). Max Planck Institut für demografische Forschung (Deutschland) und Vienna Institute of Demography (Österreich) (www.humanfertility.org, aufgerufen im Februar 2018); Yoo, Sam Hyun, and Tomáš Sobotka (2018): Ultra-low fertility in South Korea: the role of the tempo effect. Demographic Research, vol. 38, No. 22, pp. 549-76

tatsächliche Fertilität liegt jedoch darunter. Der Unterschied zwischen der gewünschten und der tatsächlichen Kinderzahl lässt darauf schließen, dass Frauen und Männer ihre reproduktiven Rechte nicht in vollem Umfang verwirklichen können.

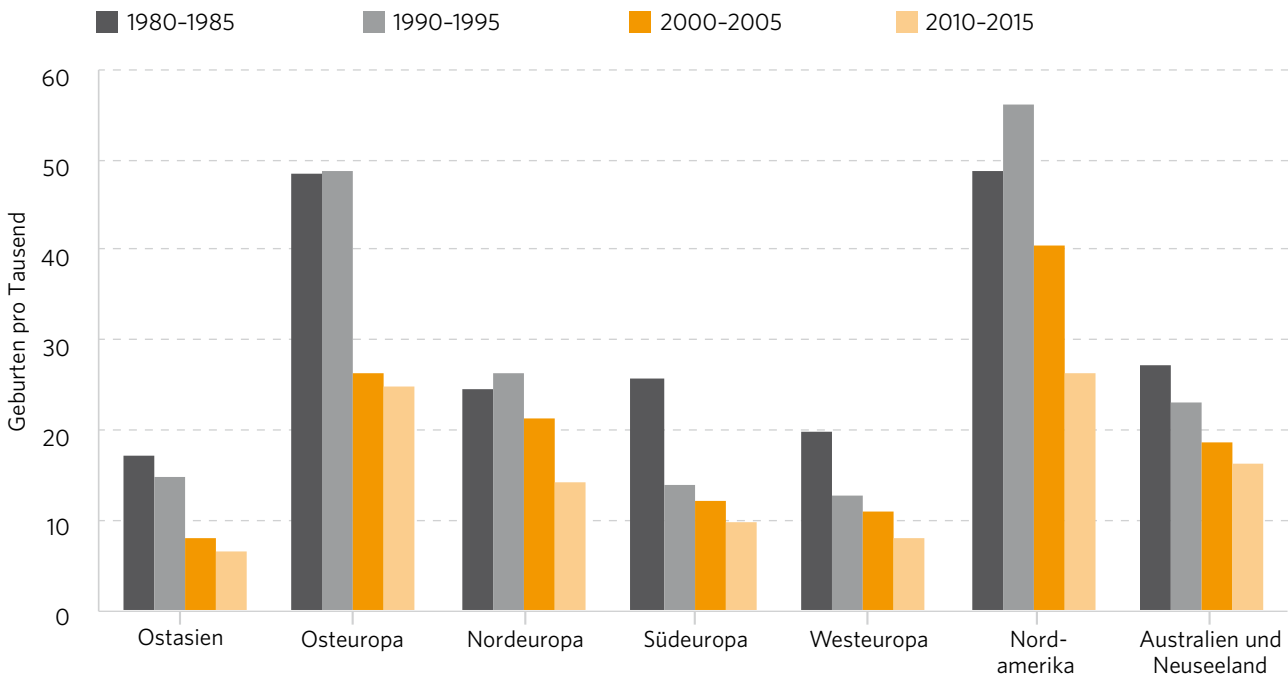
Wirtschaftliche Hindernisse

In einkommensstarken Ländern stehen junge Frauen und Männer beim Eintritt in den Arbeitsmarkt vor einer Reihe von Herausforderungen. Mit dem Wandel der Weltwirtschaft wurden zahlreiche Arbeitsplätze abgebaut, die in früheren Jahren noch klassische Einstiegspositionen für junge Hochschulabsolvent*innen darstellten. Gleichzeitig wurden viele Arbeitsplätze, die früher langfristige Perspektiven boten, durch befristete Stellen oder Leiharbeitsplätze ersetzt.

Dadurch verschärft sich die Ungleichheit auf dem Arbeitsmarkt, und die Realeinkommen von Frauen und Männern im Alter zwischen 20 und Anfang 30 sinken. Vielen jungen Erwachsenen in einkommensstarken Ländern gelingt es nicht, sich zu etablieren. Besonders in Südeuropa ist die Lage von jungen Leuten äußerst prekär. Die unsichere wirtschaftliche und berufliche Situation trägt dazu bei, dass Familiengründung und Eheschließung auf später verschoben werden und die Kinderlosigkeit zunimmt.

In den 1990er-Jahren erlebten viele Industrieländer Konjunkturerinbrüche, die sich auf Beschäftigung, Einkommen und Lebensstandard auswirkten. So führte die asiatische Finanzkrise von 1997 zu Veränderungen im Beschäftigungsbereich, so dass neue Arbeitskräfte nicht mehr auf Lebenszeit, sondern nur noch mit befristeten

Fertilitätsraten pro 1.000 Frauen (15-19 Jahre), 1980-2015



Quelle: Vereinte Nationen: World Population Prospects: The 2017 Revision

Arbeitsverträgen eingestellt wurden. Damit wurden die Arbeitsplätze junger Menschen deutlich unsicherer.

Auch die meisten osteuropäischen Länder erlebten in den 1990er-Jahren aufgrund des chaotischen Umbaus zu Marktwirtschaften einen lang andauernden wirtschaftlichen Niedergang sowie zunehmende Einkommensunterschiede und Armut. Im Zusammenwirken führen derartige Entwicklungen oft zu stark rückläufiger Fertilität. In Osteuropa war vor allem ein abrupter Rückgang der Zweitgeburten zu verzeichnen, was dazu führte, dass der Anteil der Frauen mit einem Kind stark zunahm.

Im Spannungsfeld zwischen Beruf und Familie

Seit mehr Frauen in den Industrieländern höhere Bildungsabschlüsse erreichen, sind sie in höherer Zahl erwerbstätig geworden und geblieben. Doch die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist eine Herausforderung, wenn Frauen nur begrenzten oder gar keinen Zugang zu bezahlbarer Kinderbetreuung haben und ihre Arbeitgeber bzw. Regierungen weder einen bezahlten Erziehungsurlaub noch flexible Arbeitszeitregelungen vorsehen. Solche Schwierigkeiten können Frauen dazu bringen, sich nach einer Stelle im öffentlichen Sektor umzusehen, die zwar entsprechende Sozialleistungen bietet und sicher ist, durch die sie aber weniger verdienen als bei privaten Unternehmen.

In Ländern mit sehr niedriger Fertilität sind die Vorkehrungen für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie oft begrenzt. In den meisten Ländern Ost- und Mitteleuropas zum Beispiel ist die staatlich geförderte Kinderbetreuung für Kleinkinder recht überschaubar. In Bulgarien, Polen, Rumänien, der Slowakei, Tschechien und Ungarn werden weniger als 15 Prozent der unter zweijährigen Kinder in einer Kindertagesstätte betreut. In den Mitgliedstaaten der OECD sind es durchschnittlich 34 Prozent.

In Ostasien wird von Arbeitnehmerinnen ein hohes Maß an Hingabe und Arbeitseinsatz verlangt. Lange und unflexible Arbeitszeiten machen es schwer, Beruf und Familie zu vereinbaren. In Südkorea beispielsweise arbeiteten 2014 etwa 18 Prozent der Arbeitnehmerinnen mehr als 54 Stunden pro Woche. Um das zu ändern, hat die Regierung 2018 ein Gesetz erlassen, das die Wochenarbeitszeit auf 40 Stunden beschränkt und höchstens zwölf Überstunden pro Woche erlaubt. Erschwerend kommt für Frauen mit Kindern hinzu, dass sie auf dem Arbeitsmarkt oft diskriminiert werden. In Japan und Südkorea arbeiten Mütter überwiegend für Niedriglöhne und haben kaum Aufstiegschancen. Das Ergebnis ist ein enormes Lohngefälle zwischen Männern und Frauen.

Selbst dort, wo Frauen gleichberechtigten Zugang zu Bildung und Arbeit erlangt haben, werden ihre familiären und beruflichen Entscheidungen nach wie vor dadurch eingeschränkt, dass Kinderbetreuung und Hausarbeit für sie eine „zweite Schicht“ bedeuten. Dies kann zu einer niedrigen Fertilität beitragen.

Angesichts der Perspektive, ihre Karriere für die Familie opfern zu müssen, entscheiden sich in Ostasien etliche Frauen, erst später zu heiraten oder ganz auf die Ehe zu verzichten. Und weil in dieser Region die meisten Kinder ehelich geboren werden, bringen immer mehr Frauen gar keine Kinder mehr zur Welt.

Ostasien ist allerdings nicht die einzige Region, in der Frauen mit solchen Schwierigkeiten konfrontiert sind. Auch in den meisten Ländern Mittel- und Osteuropas und ebenso in Südeuropa, insbesondere in Italien und Portugal, ist die unbezahlte Haushalts- und Betreuungsarbeit weiterhin ungerecht verteilt.

Steigende Fertilität durch stabile Volkswirtschaften und politische Förderung

Die Länder mit nicht ganz so niedriger Fertilität zeichnen sich durch starke und solide Volkswirtschaften sowie politische Konzepte aus, die es leichter machen, eine Familie zu gründen oder zu vergrößern. Staatliche Familienförderung kann Paaren, die eine Familiengründung erwägen, Vertrauen und Zuversicht vermitteln.

So unterstützen einige europäische Länder, deren Fertilitätsraten sich ungefähr auf Ersatzniveau bewegen, Familien mit Kindern, indem sie ihnen bezahlten Erziehungsurlaub zubilligen, finanzielle Beihilfen gewähren, öffentliche Betreuungsplätze und andere Dienstleistungen für Kinder bereitstellen, Steuererleichterungen für Familien einräumen und die Schulzeiten auf die Arbeitszeiten der Eltern abstimmen. Auch Spielräume für Teilzeitbeschäftigung, Anspruch auf Betreuungsurlaub, wenn Kinder krank sind, die Abschaffung von Nachtschichten und unregelmäßigen Arbeitszeiten, großzügige Elternzeit-Regelungen und Erziehungsurlaub für Väter – all dies kann ausschlaggebend sein, wenn Menschen darüber nachdenken, eine Familie zu gründen.

Kanada und diverse europäische Länder haben die Barrieren für die Beschäftigung von Müttern so weit abgebaut, dass heute die meisten Frauen mit Kindern einen Arbeitsplatz haben. In Australien, den Niederlanden, Österreich und dem Vereinigten Königreich entscheiden sich heute viele Paare mit Kindern für ein Einkommensmodell, bei dem ein Elternteil Vollzeit, der andere Teilzeit arbeitet. In den Niederlanden wurde dieses Modell populär, nachdem die Regierung einen gesetzlichen Anspruch auf Teilzeitbeschäftigung eingeführt und Teilzeitbeschäftigte in puncto Krankenversicherung, Sozialleistungen und Renten mit Vollzeitbeschäftigten gleichgestellt hatte.

Bevorzugung von zwei Kindern

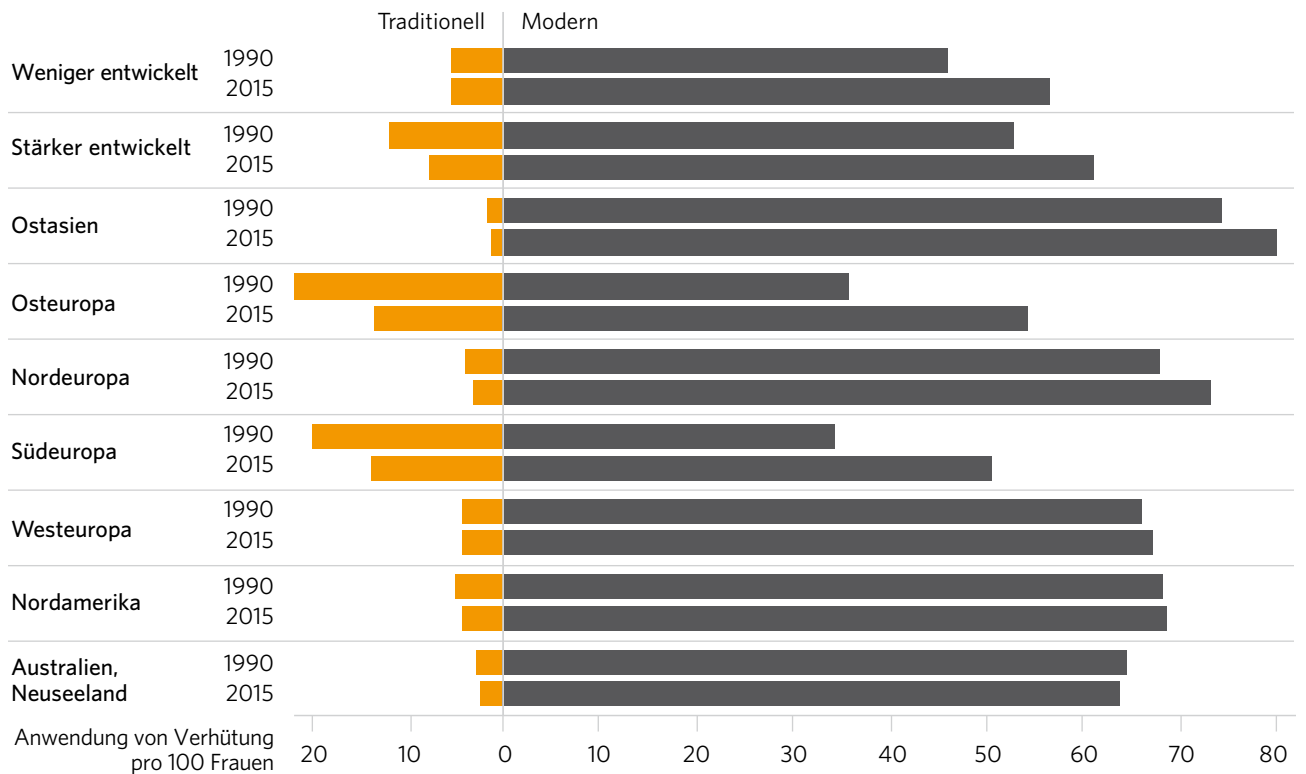
In den Ländern, die in diesem Kapitel behandelt werden, geben die meisten Frauen an, dass sie am liebsten eine Familie mit zwei Kindern hätten, wobei der Anteil der Frauen, die sich drei Kinder wünschen, ebenfalls relativ groß ist. In vielen Ländern mit niedriger Fertilität besteht ein beträchtlicher Unterschied zwischen der gewünschten und der tatsächlichen Kinderzahl. Bei den Ende der 1960er-Jahre geborenen Frauen aus sieben europäischen Ländern lag die Differenz zwischen gewünschter und tatsächlicher Kinderzahl durchschnittlich bei mindestens 0,5 Kindern. Am größten war dieser Unterschied bei Frauen mit Universitätsabschluss. Eine Ausnahme ist China, wo sich viele Frauen nur ein Kind wünschen.

Eines der Ziele des Aktionsprogramms der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo, das 1994 von 179 Staaten gebilligt wurde, lautet: „Alle Paare und Einzelpersonen haben das Grundrecht, frei und eigenverantwortlich über die Anzahl und den Geburtenabstand ihrer Kinder zu entscheiden und die dafür nötigen Informationen, Aufklärung und Mittel zu haben.“ Dieser Grundsatz gilt für alle Paare und Einzelpersonen, egal ob sie keine oder viele Kinder wollen.

Ungewollte Schwangerschaften in Ländern mit niedriger Fertilität

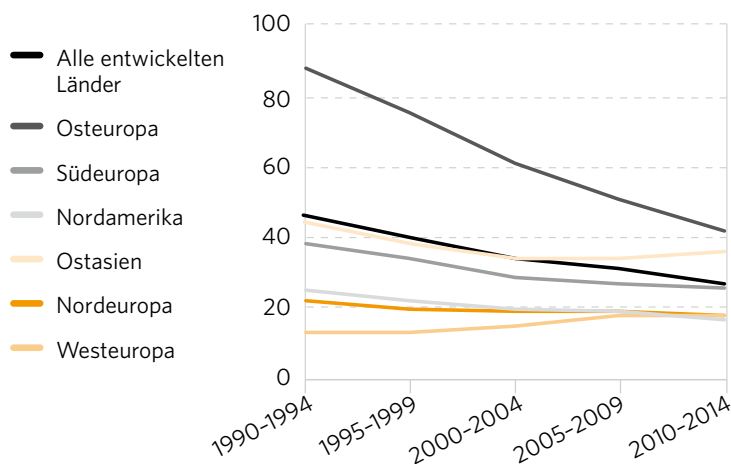
In Industrieländern gibt es viele ungewollte Schwangerschaften. Einige davon sind auf einen ungedeckten Bedarf an Verhütung zurückzuführen. Frauen mit einem ungedeckten Bedarf sind sexuell aktiv, wollen nicht schwanger werden, wenden aber keine Verhütungsmethoden an. Schätzungsweise jede zehnte verheiratete oder mit einem Mann zusammenlebende Frau in diesen Ländern hat einen ungedeckten Bedarf an Verhütung. Zwischen 2010 und 2014 wurden in Industrieländern jedes Jahr schätzungsweise

Anwendung von traditionellen und modernen Verhütungsmethoden unter verheirateten oder in einer Partnerschaft lebenden Frauen (15-44 Jahre), 1990-1994 und 2010-2014



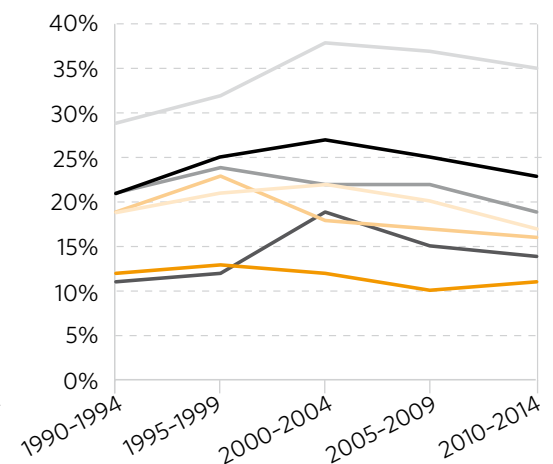
Quelle: Vereinte Nationen: Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2016

Abtreibungsraten pro 1.000 Frauen (15-44 Jahre), 1990-2014



Quelle: Sedgh, Gilda et al. (2016): Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. The Lancet, vol. 388, No. 10041, pp. 258-67

Anteil von Geburten, die ungewollt sind, 1990-2014



Quelle: Bearak, Jonathan, et al. (2018): Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. The Lancet Global Health, vol. 6, No. 4, e380-e389



© Giacomo Pirozzi

45 von 1000 Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter ungewollt schwanger.

Relativ hoch ist die Zahl der ungewollten Schwangerschaften in Osteuropa. Gründe dafür sind der eingeschränkte Zugang zu modernen Verhütungsmitteln (insbesondere der Pille), fehlende Sexuaufklärung, unzureichende Kenntnisse über Empfängnisverhütung und der eingeschränkte Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen. Doch seit Anfang der 1990er-Jahre hat sich der Zugang zu Verhütungsmitteln in der gesamten Region erheblich verbessert. Dies führte zur vermehrten Anwendung von Verhütungsmethoden und weniger Abtreibungen. Auch in Ostasien sind Schwangerschaftsabbrüche weit verbreitet. 2014 wurden mehr als drei Viertel aller ungewollten Schwangerschaften in Osteuropa und Ostasien mit einer Abtreibung beendet.

In Industrieländern sind nicht nur viele Schwangerschaften ungewollt, sondern auch jede vierte Geburt. Die meisten dieser ungewollten Geburten sind jedoch nicht unbedingt unerwünscht, sondern kommen vielmehr zum falschen Zeitpunkt. In den Ländern Ost- und Mitteleuropas sind die Zahlen ungewollter

Geburten vergleichsweise niedrig, was überwiegend darauf zurückzuführen ist, dass Abtreibungen möglich sind.

In vielen Gegenden Ost- und Südosteuropas wenden junge Menschen eher keine Empfängnisverhütung an oder setzen auf den Coitus interruptus. Umfassende Sexuaufklärung findet in diesen Ländern nur begrenzt statt. Schlechte reproduktive Gesundheit, wenig leistungsfähige Gesundheitssysteme und ein eingeschränkter Einsatz von Kondomen führten in den 1990er-Jahren zur Zunahme sexuell übertragbarer Infektionskrankheiten in Osteuropa. Heute nehmen die HIV-Infektionen in der Region weiter zu, nach wie vor hauptsächlich durch den Gebrauch von Injektionsdrogen, in den letzten Jahren aber auch immer häufiger durch Sexualkontakte. Osteuropa und Zentralasien sind die einzigen Regionen, in denen die Zahl der HIV-Infektionen kontinuierlich ansteigt.

Ein Faktor, der in manchen Industrieländern zu niedriger Fertilität beiträgt, ist die sekundäre Sterilität. Von sekundärer Sterilität wird gesprochen, wenn Frauen, die bereits ein Kind haben, nicht erneut schwanger werden oder ein zweites Kind nicht voll austragen können. 2010 betraf die sekundäre Sterilität schätzungsweise sieben Prozent der Paare in einkommensstarken Ländern und sogar 18 Prozent in Mitteleuropa, Osteuropa und Zentralasien. Erklärt wird die in diesen Regionen vergleichsweise häufige sekundäre Sterilität unter anderem mit dem Zusammenwirken von höheren Abtreibungsraten, der Verbreitung unsicherer Schwangerschaftsabbrüche und invasiver Abtreibungsmethoden sowie abtreibungsbedingten Infektionen.

Wiederholte Befragungen in den Vereinigten Staaten zeigen einen leichten, aber kontinuierlichen Rückgang der Unfruchtbarkeit verheirateter Frauen im reproduktionsfähigen Alter. Da Paare ihre Elternschaft weiterhin auf die späteren Jahre

ihrer Reproduktionsfähigkeit verschieben, werden die Fälle von Unfruchtbarkeit jedoch wahrscheinlich zunehmen. In Europa hat das Aufschieben von Schwangerschaft und Geburt bereits dazu geführt, dass die dauerhafte ungewollte Kinderlosigkeit zunimmt.

Reproduktive Rechte

Ob Menschen ihr Recht wahrnehmen können, frei und eigenverantwortlich zu entscheiden, wie viele Kinder sie haben und wann sie diese bekommen wollen, hängt nicht nur vom Zugang zu Verhütung oder einer geeigneten Behandlung der Unfruchtbarkeit ab. Die Entscheidung über die Familiengröße beruht auch darauf, ob ausreichend Wohnraum vorhanden ist, wie viel Geld dem Haushalt zur Verfügung steht und was die Kinderbetreuung kostet.

Entscheidungen bezüglich der Reproduktion können außerdem durch soziale, institutionelle und rechtliche Hindernisse beeinflusst oder beeinträchtigt werden. Dazu zählen: die Stigmatisierung von Alleinerziehenden, die Diskriminierung von unehelichen Kindern oder von Kindern mit gleichgeschlechtlichen Eltern, die Rechtmäßigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen und die Verfügbarkeit von modernen Reproduktionstechnologien.

Die Legalität von Abtreibungen gestaltet sich in den Ländern unterschiedlich. Etwa acht von zehn Industrieländern erlauben einen Schwangerschaftsabbruch ohne medizinische Indikation per Fristenlösung oder aufgrund weit gefasster wirtschaftlicher oder sozialer Gründe im ersten Schwangerschaftsdrittel.

Die Nachfrage nach Reproduktionstechnologien, wie zum Beispiel In-vitro-Fertilisation, nimmt in Industrieländern zu. Der Zugang dazu verschafft Paaren mehr Wahlfreiheit und ermöglicht ihnen die Verwirklichung ihrer reproduktiven Rechte. 2013 waren 2,2 Prozent aller Geburten in Europa

modernen Reproduktionstechnologien zu verdanken. Besonders hohe Anteile von bis zu 6,2 Prozent wurden aus Dänemark, Finnland, Slowenien und Tschechien gemeldet.

Fertilität und ein hohes Maß an menschlicher und wirtschaftlicher Entwicklung

Wenn ärmere Länder ein höheres Entwicklungsniveau erreichen, sinkt in der Regel die Fertilität. Mit fortschreitender menschlicher Entwicklung kann sie drastisch abfallen – bis weit unter das Ersatzniveau.

In einigen Ländern ist die sehr niedrige Fertilität jedoch wieder leicht angestiegen. In anderen wiederum flachte die Kurve an einem bestimmten Punkt ab, bevor die Fertilität ein sehr niedriges Niveau erreichte. Diese Staaten haben mehrere Gemeinsamkeiten: Sie haben einen sehr hohen Stand der menschlichen Entwicklung und ein sehr hohes BIP pro Kopf erreicht. Darüber hinaus haben sie größere Fortschritte im Bereich der Geschlechtergleichstellung erzielt. Zudem handelt es sich um Länder, in denen seltener und später geheiratet wird. Die meisten von ihnen verfügen über einen gut funktionierenden Arbeitsmarkt und bieten jungen Erwachsenen berufliche Chancen und Wohnraum.

Viele Länder, in denen sich die Fertilität dem Ersatzniveau annähert, betreiben eine umfassende Familienförderungs politik und bieten entsprechende Dienstleistungen an, beispielsweise eine staatlich finanzierte hochwertige Kinderbetreuung. Mit diesen Maßnahmen wird jedoch weder Zwang ausgeübt, noch sind sie speziell darauf ausgerichtet, das Bevölkerungswachstum zu steigern. Vielmehr tragen sie den tatsächlichen Bedürfnissen von Familien und Kindern Rechnung.

Jede*r hat das Recht zu wählen

Seit der Internationalen Konferenz über Menschenrechte 1968 in Teheran haben sich Regierungen auf das Recht aller Menschen verständigt, frei und verantwortungsvoll über die Größe ihrer Familien zu bestimmen.



© JGI/Jamie Gril/Getty Images

Dieses Recht haben sie 1994 auf der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo nachdrücklich bekräftigt. Das Aktionsprogramm der Konferenz besagt, dass alle Paare und Individuen das Recht auf die Informationen und Mittel haben, die notwendig sind, um über die Anzahl, den zeitlichen Abstand und den Zeitpunkt der Geburt ihrer Kinder frei von Diskriminierung, Zwang und Gewalt zu entscheiden. 2015 wurden diese

reproduktiven Rechte in der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung als Zielvorgabe für eines der 17 nachhaltigen Entwicklungsziele und als unabdingbar für die Verwirklichung aller Ziele festgeschrieben.

Bei der Durchsetzung der reproduktiven Rechte sind in den letzten Jahren große Fortschritte erzielt worden. Und dennoch kann bis heute kein Land behaupten, dass alle Bevölkerungsgruppen

gleichermaßen in den Genuss dieser Rechte kommen. Fast überall verwehren soziale, institutionelle und wirtschaftliche Verhältnisse manchen Menschen noch immer die Möglichkeit, frei und verantwortungsvoll über die Zahl ihrer Kinder sowie darüber zu bestimmen, wann sie diese Kinder haben wollen. Das gilt sowohl für Länder mit hoher wie auch für solche mit niedriger Fertilität. Hier Abhilfe zu schaffen, erfordert eine bessere Abstimmung zwischen öffentlicher Politik und individuellen Zielen.

Was jedes Land tun muss

Jedes Land muss für sich die Mischung aus Diensten und Ressourcen definieren, die notwendig sind, um die reproduktiven Rechte aller Bürger zu wahren und sicherzustellen, dass niemand zurückgelassen wird. Dasselbe gilt für den Abbau sozialer, wirtschaftlicher, institutioneller und geografischer Barrieren, die Paare und Individuen in ihrem Recht auf eine freie und verantwortungsvolle Entscheidung über

die Anzahl und den Zeitpunkt von Schwangerschaften beschränken. Je nach Fertilitätsrate sind unterschiedliche Maßnahmen für verschiedene Länder relevant. Ein paar Punkte sind jedoch länderübergreifend gültig.

Die Verpflichtungen zu den reproduktiven Rechten erfüllen

Die Länder sollten ihre Bevölkerungspolitiken daraufhin prüfen, ob sie die reproduktiven Rechte stärken und den Einzelnen dazu befähigen, die eigenen Fertilitätsziele zu verwirklichen, oder ob sie im Gegenteil die Entscheidungsbefugnis der Menschen über ihre Familiengröße einschränken. Die Politik sollte daran ausgerichtet werden, was die Menschen tatsächlich benötigen. Dabei muss die ganze Bandbreite sich überschneidender Faktoren berücksichtigt werden, die auf die reproduktiven Rechte und die Fertilität einwirken – einschließlich Bildung, Arbeit, Wohnen und Ernährungssicherheit.



Ein Ausgangspunkt in jedem Land könnten regelmäßige nationale Überprüfungen der reproduktiven Rechte sein, um festzustellen, inwieweit Gesetze, Politiken, Budgets, Dienste, Sensibilisierungskampagnen und andere Aktivitäten in Einklang mit den reproduktiven Rechten im Sinne der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo stehen. Um fundiert und rechthebasiert zu arbeiten, sollten bei diesen Überprüfungen sowohl Expert*innenmeinungen als auch Rückmeldungen aus der Bevölkerung eingeholt werden. Generell müssen bessere Methoden entwickelt werden, um Lücken in den reproduktiven Rechten zu erfassen, die sowohl die Gesundheitsversorgung als auch soziale, wirtschaftliche und institutionelle Determinanten erfassen.

Den ungedeckten Bedarf auf Null senken

Mehr als vier von fünf ungewollten Schwangerschaften in Entwicklungsländern entfallen auf Frauen mit einem ungedeckten Bedarf an moderner Verhütung. Aber nicht nur in Entwicklungsländern gibt es einen ungedeckten Bedarf. Er besteht praktisch überall, auch in Ländern mit niedriger Fertilität. Weltweit gilt: Frauen, die wohlhabender sind, in Städten leben und einen höheren Bildungsgrad besitzen, haben in der Regel vollen Zugang zu einer Auswahl moderner Verhütungsmethoden – ihre ärmeren, ländlich lebenden Geschlechtsgenossinnen mit weniger Bildung haben diesen nicht.

Die reproduktive Gesundheit in Gesundheitssystemen priorisieren

Dienste der reproduktiven Gesundheit erhalten in vielen Ländern immer noch nicht die Aufmerksamkeit – oder die Geldmittel –, die sie verdienen. Das gilt ungeachtet ihres Einflusses auf ein breites Spektrum von Menschenrechten und Entwicklungszielen, von der Armutsbekämpfung bis hin zur Teilhabe am Erwerbsleben. Diese

Dienste sollten als integraler Bestandteil der primären Gesundheitsversorgung betrachtet werden, genau wie Impfungen und andere für eine gute Gesundheit notwendige Leistungen. Sie sollten umfassend, qualitativ hochwertig, allgemein zugänglich und an dem Grundsatz ausgerichtet sein, dass sie die Menschen dazu befähigen, ihre eigenen Entscheidungen zu treffen. Die Frage, ob Menschen im reproduktiven Alter die gewünschte Anzahl von Kindern haben oder nicht, sollte darüber hinaus zum Standard bei allgemeinmedizinischen Untersuchungen erhoben werden. Diejenigen, die mit ihren bestehenden Möglichkeiten nicht zufrieden sind, sollten durch Informationen und Empfehlungen unterstützt werden.

Weiter müssen Mechanismen für die Rechenschaftspflicht vorhanden sein, die auf zuverlässigen Daten beruhen und die auf die vollständige Verwirklichung der reproduktiven Rechte in der Praxis ausgerichtet sind.

Eine allgemeine und umfassende Sexualaufklärung bereitstellen

Menschen benötigen Wissen, wenn sie ihre reproduktiven Rechte ausüben und Entscheidungen darüber treffen, ob, wann und wie oft sie schwanger werden wollen. Dieses Wissen sollte jungen Menschen vermittelt werden, bevor sie sexuell aktiv werden. Daher sollten alle schulischen Lehrpläne als Grundlage für dieses Verständnis eine altersgerechte und stufenweise umfassende Sexualaufklärung über Rechte, Beziehungen sowie die sexuelle und reproduktive Gesundheit beinhalten. Die erfolgreichsten Programme konzentrieren sich nicht nur auf die Grundlagen der Reproduktion, sondern auch auf die Gleichstellung der Geschlechter und helfen Mädchen und Jungen, Selbstvertrauen und Fähigkeiten zu entwickeln, damit sie selbstbestimmte Entscheidungen treffen können.

Die Gleichstellung der Geschlechter durchsetzen

Die Gleichstellung der Geschlechter sollte idealerweise in allen staatlichen Politiken und Praktiken verankert und als zentrales Funktionsprinzip in alle Gesundheitssysteme integriert werden. Geschlechtsspezifische Budgetierung, innerhalb derer die Verwendung und Aufstockung öffentlicher Mittel auf ihren Beitrag zur Gleichstellung der Geschlechter hin überprüft werden, kann ein wichtiges Instrument dafür sein, den Fortschritt zu beschleunigen. Gleichzeitig muss bei allen Bemühungen zur Förderung der Gleichstellung der Geschlechter darauf geachtet werden, ob – und wenn ja, inwieweit – sich die Geschlechtszugehörigkeit mit anderen Formen der Diskriminierung und Ausgrenzung in Bezug auf Alter, Fähigkeiten, Wohnort, ethnische Zugehörigkeit und so weiter überschneidet.

Die Arbeit an sozialen Normen ist entscheidend, wenn es darum geht, einige der hartnäckigsten Ursachen der Ungleichheit zwischen den Geschlechtern zu verändern. Denn obwohl sich Frauen weltweit in zunehmendem Maße ihrer Rechte bewusst und in der Lage sind, auf sie einzuwirken, stellen überkommene Einstellungen unter Männern nach wie vor ein großes Hindernis dar.

Was Länder mit hoher Fertilität tun müssen

Länder mit hohen Fertilitätsraten haben häufig auch mit hohen Armutsraten und überlasteten Diensten zu kämpfen, insbesondere in ländlichen Gebieten. In der Regel ist der ungedeckte Bedarf an Verhütung in diesen Ländern hoch, was auf fundamentale Hindernisse für Paare und Einzelne bei der Verwirklichung ihrer reproduktiven Ziele schließen lässt.

Reichweite und Qualität der reproduktiven Gesundheitsversorgung erhöhen

Ein Ausgangspunkt für die Verwirklichung der reproduktiven Rechte ist die Ausweitung der reproduktiven Gesundheitsdienste auf diejenigen, die beim Zugang zu diesen Diensten am stärksten benachteiligt sind. In Ländern mit hohen Fertilitätsraten handelt es sich dabei häufig um ärmere Menschen in ländlichen Gebieten. Solche Dienste – ob von Gesundheitsstationen bereitgestellt oder von lokalem Gesundheitspersonal – können um integrierte Modelle herum aufgebaut werden, die sowohl Verbrauchsgüter der Familienplanung anbieten als auch Botschaften, die Veränderungen in hemmenden sozialen Normen unterstützen. Entsprechende Gesundheitsdienste könnten auch als Anlaufstellen für grundlegende Unterstützungs- und Überweisungsleistungen in Fällen von geschlechtsspezifischer Gewalt genutzt werden.

Gesundheitssysteme müssen sicherstellen, dass alle Frauen – ob in den Städten oder auf dem Land – gleichen Zugang zur ganzen Bandbreite an Verhütung haben. Diese sollten zusammen mit anderen grundlegenden Dienstleistungen wie der Prävention und der Behandlung sexuell übertragbarer Infektionskrankheiten angeboten werden. In Anbetracht der Tatsache, dass Kondome heute die häufigste Verhütungsmethode für Alleinstehende sind, könnte mehr getan werden, um Familienplanung und HIV-Programme miteinander zu verknüpfen. Im Hinblick auf die Menschenrechte und die Rolle, die eine hohe Kinder- und Säuglingssterblichkeit für hohe Fertilitätsraten spielen, müssen unzureichende Gesundheitsprogramme für Mütter und Kinder ausgebaut und durch entsprechende Programme in den Bereichen Ernährung, Nahrungsmittelsicherheit und Stärkung von Frauen unterstützt werden. Weitere Prioritäten sind der Ausbau von Informationssystemen für



© Abbie Trayler-Smith/Panos Pictures

das Gesundheitsmanagement sowie Investitionen in die Kapazitäten des Gesundheitspersonals, insbesondere der mittleren Ebene wie zum Beispiel Hebammen.

Sicherstellen, dass alle ihre reproduktiven Rechte kennen und wissen, wie sie sie ausüben können

Soziale Normen, die informierte Entscheidungen über die Anzahl und den Zeitpunkt von Schwangerschaften behindern, müssen in Frage gestellt werden. Eine Technik zur Verschiebung von Normen sind Kampagnen zur Verhaltensänderung. Diese müssen insbesondere die ländlichen Gebiete erreichen, in denen die Informationen begrenzter sind. Und sie müssen auf den Grundsätzen der Selbstbestimmung und der Menschenrechte beruhen. Das bedeutet zum Beispiel, dass der Schwerpunkt nicht nur darauf liegt, den Menschen zu erklären, wie man Verhütungsmittel einsetzt. Es gilt darüber hinaus,

ihnen auch dabei zu helfen, verschiedene Annahmen über die Familiengröße, die Auswirkungen auf das künftige Wohlbefinden und den Prozess der Entscheidungsfindung von Männern und Frauen im Haushalt zu durchdenken.

Kinderehen abschaffen

Frühverheiratungen stellen einen Verstoß gegen die Menschenrechte dar und führen dazu, dass auch andere Rechte verletzt werden – einschließlich solcher, die sich auf die Reproduktion beziehen. Der Schutz vor Kinderehen muss gesetzlich festgeschrieben und in der Praxis durchgesetzt werden. Die immer noch große Verbreitung von Kinderehen in einigen Ländern erfordert darüber hinaus systematische Anstrengungen mit dem Ziel, tief verwurzelte Vorstellungen über deren Zweck und Zulässigkeit in Frage zu stellen.

Menschen mit sozialem Einfluss und Entscheidungsträger wie traditionelle Häuptlinge und

Parlamentarier*innen können starke Stimmen sein, die die Menschen dazu drängen, eine „neue Normalität“ zu übernehmen. Aufklärungsarbeit kann dann effektiv sein, wenn sie grundlegend über die durch frühe Schwangerschaften verursachten gesundheitlichen Beeinträchtigungen informiert. Auch eine qualitativ hochwertige Bildung kann Kinderehen vorbeugen. Denn sie hält Mädchen in der Schule und bietet ihnen Möglichkeiten, ihre Rechte kennenzulernen, Hilfe zu suchen, wenn sie in Gefahr sind, und Fähigkeiten zu entwickeln, um in ihrem weiteren Leben informierte Entscheidungen treffen zu können.

Arbeitsplätze für Frauen im ländlichen Raum priorisieren

In Ländern mit hoher Fertilität haben Frauen in ländlichen Gebieten am wenigsten Zugang zu qualifizierten Jobs oder nachhaltigen Erwerbsmöglichkeiten. Durch eine entsprechende Bildung-, Agrar- und Arbeitsmarktpolitik könnte in vielen Fällen mehr für diese Frauen erreicht werden. In vielen dieser Politikfelder dominieren auch heute noch geschlechterblinde Ansätze, was in der Praxis bedeutet, dass sie vor allem Männern zugute kommen. Landwirtschaftliche Beratungsangebote etwa richten sich nach wie vor häufig vor allem an Männer.

Die ökonomische Stärkung von Frauen in ländlichen Regionen hängt weitgehend von gleichen Land- und Eigentumsrechten sowie einem gleichberechtigten Zugang zu Krediten und Technologien ab. Weitere Prioritäten könnten sein, auf dem Land lebende Frauen vermehrt in Berufsbildungsprogramme einzubeziehen und ihren Zugang zu höheren Bildungsniveaus zu verbessern. Wenn Frauen mehr Raum in lokalen Entscheidungsgremien erhalten, wahrt das nicht nur ihr Recht auf Teilhabe, sondern kann auch lokale Agenden dahingehend beeinflussen, dass mehr essentielle Dienste für Frauen bereitgestellt werden.



©Simon Straetker/Ascent Xmedia/Getty Images

Investitionen in die reproduktive Gesundheitsversorgung priorisieren

Nach wie vor und aus vielerlei Gründen wird die reproduktive Gesundheit in vielen nationalen Gesundheitsbudgets nicht ausreichend berücksichtigt. Angesichts der weitreichenden Auswirkungen von Fertilität muss der reproduktiven Gesundheitsversorgung in den nationalen wie den internationalen Gesundheitsbudgets eine höhere Priorität eingeräumt werden.

Was Länder mit mittlerer Fertilität tun müssen

Viele Länder, deren Fertilität im Mittelfeld liegen, haben erhebliche Fortschritte beim Ausbau ihrer Gesundheitssysteme erzielt. Diese gehen üblicherweise über das in Ländern mit hoher Fertilität erreichte Niveau hinaus. Es wäre ein Fehler, wenn diese Länder angesichts moderater Fertilität ihr Engagement für einen möglichst universellen Zugang zu reproduktiven Gesundheitsdiensten zurückfahren sollten. Denn der

Blick allein auf die durchschnittliche Fertilität verrät noch nichts über anhaltende Ungleichheiten bei den reproduktiven Rechten. Solche Ungleichheiten schlagen sich beispielsweise in hohen Raten ungewollter Schwangerschaften und einem hohen ungedeckten Bedarf an Verhütung nieder.

Disparitäten in der reproduktiven Gesundheitsversorgung schließen

Menschen in abgelegenen Regionen, ethnische Minderheiten, junge Menschen, unverheiratete Menschen und arme Menschen in Stadt und Land gehören zu den Bevölkerungsgruppen, die beim Zugang zu allen Verhütungsmethoden, Dienstleistungen und Wissen vernachlässigt wurden. Dienste müssen diese Gruppen nicht nur physisch erreichen, sondern auch auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten sein, etwa durch entsprechend kommunizierte Informationen zur Familienplanung.

Familienplanungsprogramme, Initiativen zur Prävention von und zum Schutz vor geschlechtsspezifischer Gewalt sowie Maßnahmen zur ökonomischen Stärkung von Frauen könnten enger miteinander verknüpft werden. Solche Verbindungen könnten ebenso grundlegend organisiert werden wie die zwischen Screening- und Überweisungssystemen. Wenn Frauen dann Familienplanungsdienste nachfragen, sind vor Ort Prozesse etabliert, die ihre sonstigen Bedürfnisse identifizieren und sie an entsprechende Einrichtungen überweisen.

Mehr tun, um Jugendliche und Heranwachsende zu erreichen, vor allem solche, die unverheiratet sind

Bis zu einem gewissen Grad entscheiden sich junge Menschen, die durch das Internet Zugang zu einer Fülle von Informationen haben, von sich aus für eine geringere Fertilität. Doch auf

Dauer benötigen sie eine konsistentere und hochwertigere Unterstützung. Dazu gehören eine umfassende Sexualaufklärung sowie jugendfreundliche Dienste und Informationen der reproduktiven Gesundheit. Dienste, die nicht zwischen verheirateten und unverheirateten Jugendlichen und Heranwachsenden unterscheiden, hätten eine noch größere Reichweite. In allen Fällen sollten die Dienstleister respektvoll arbeiten und sich an den Rechten und der Stärkung insbesondere von Mädchen orientieren.

Die Adoleszenz ist für die Gehirnentwicklung von ebenso großer Bedeutung wie die frühe Kindheit. Es handelt sich also um eine entscheidende Phase, um Verhaltensweisen zu etablieren, durch die die jungen Menschen ein Leben lang informierte Entscheidungen über reproduktive Gesundheit und Fertilität treffen können. Zudem ist die Adoleszenz eine Phase, in der viele junge Menschen durch Kinderehen oder ungeplante Schwangerschaften unwiderruflich aus der Bahn geworfen werden. Dieser Gefahr sind insbesondere Mädchen ausgesetzt, deren Entwicklungsmöglichkeiten durch unzureichende Bildungssysteme und schwache Arbeitsmärkte sowieso schon stark begrenzt sind. In diesen Fällen müssen Bevölkerungs- und Reproduktionsgesundheitspolitiken mit solchen Politiken verbunden werden, die auf einen stabilen Übergang ins Erwachsenenalter abzielen – unter anderem durch einen möglichst reibungslosen Eintritt ins Berufsleben.

Mehr Beschäftigungsmöglichkeiten für Frauen schaffen

Spezifische politische Initiativen sind notwendig, um das Lohngefälle zwischen Männern und Frauen zu reduzieren und die Muster aufzubrechen, die viele Frauen nach wie vor in schlechter bezahlte Arbeitsfelder drängen. Diskriminierende Gesetze, die Frauen von

bestimmten Berufen ausschließen oder einen früheren Renteneintritt vorschreiben, müssen aufgehoben werden. Alle Länder in dieser Gruppe sollten in Erwägung ziehen, Schritte hin zu einer universell verfügbaren Kinderbetreuung zu unternehmen sowie Mutter- und Vaterschaftsurlaub einzuführen – auch für Menschen, die im informellen Sektor oder als Selbstständige arbeiten.

Eine stärker auf Geschlechtergerechtigkeit ausgerichtete Arbeitsmarktpolitik könnte viel dazu beitragen, die Erwerbsbeteiligung von Frauen aktiv zu fördern. Job-Matching-Programme, Praktika und Lehrstellen sowie Berufsbildungsinitiativen könnten sowohl mehr Frauen erreichen als auch ihren Einstieg in Berufsfelder jenseits der traditionellen Geschlechterrollen fördern.

Aus einigen Ländern mit mittlerer Fertilität wandert ein hoher Anteil von Frauen auf der Suche nach Arbeit ab; ihre Rücküberweisungen spielen folglich eine wichtige Rolle für die Ökonomien der Herkunftsländer. Auch deshalb muss Migration nicht nur sicher in Bezug auf die Arbeitsstandards sein, sondern auch die Ausübung der reproduktiven Rechte unterstützen. Dazu gehören unter anderem der gleichberechtigte Zugang zu Familienplanungsdiensten, ein umfassender Schutz vor sexueller und geschlechtsspezifischer Gewalt in den Zielländern sowie die Unterstützung für Frauen, die zur Gründung einer Familie in ihre Herkunftsländer zurückkehren.

Einen rechtebasierten Ansatz bei Budgetierung und Ausgaben institutionalisieren

In einigen Ländern hält der Trend an, Gesundheitsdienstleistungen zu privatisieren. Das bürdet den Nutzer*innen Kosten auf, die insbesondere ärmeren und jüngeren Menschen ihrer Rechte beraubt, wenn sie die Mittel nicht aufbringen können. Ein rechtebasierter Ansatz bei der Budgetierung könnte hier neue Optionen eröffnen. Dazu gehören höhere Mittelzuweisungen, um

den universellen Zugang zur vollständigen Bandbreite von Verhütungsmitteln zu gewährleisten. Dazu gehört auch eine Anpassung der Steuerpolitik, um höhere Einnahmen zu erzielen, die in die Verbesserung und Ausweitung von Diensten investiert werden.

Was Länder mit geringer Fertilität tun müssen

Sich stärker für eine Fertilität im Einklang mit den reproduktiven Rechten engagieren

In einigen Ländern mit niedriger Fertilität gibt es hochwertige Familienplanungsdienste, die selbst ärmere Bevölkerungsgruppen erreichen und Teenager vor ungewollten Schwangerschaften schützen helfen. Allerdings reagieren diese Dienste in vielen Fällen nicht darauf, dass sich die Bedürfnisse von Frauen und Paaren verändern, wenn sich ihre Fertilität ändert.

Für einige Frauen mit einem unerfüllten Kinderwunsch sind In-vitro-Fertilisation und andere Fertilitätsbehandlungen, die in Übereinstimmung mit entsprechenden ethischen Richtlinien und medizinischen Standards durchgeführt werden, eine Option. Um mehr Frauen den Zugang zu solchen Behandlungen zu gewähren, müssten Hindernisse wie zum Beispiel hohe Kosten beseitigt werden. Familienplanungsprogramme sollten sicherstellen, dass Frauen und Paaren die ganze Bandbreite von Verhütungsmethoden zur Verfügung steht, damit sie diejenige wählen können, die ihren spezifischen Bedürfnissen und Vorlieben entspricht.

Das Spektrum und die Reichweite familienfreundlicher Politiken ausbauen

Über die Bereitstellung aller grundlegenden Dienstleistungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit hinaus können eine Reihe von Maßnahmen die Menschen bei der Ausübung ihrer reproduktiven Rechte unterstützen.

Beispiele dafür sind bezahlter Elternurlaub für Männer und Frauen, Steuererleichterungen für Familien, eine bessere Angleichung von Schul- und Arbeitszeiten, die Ausweitung flexibler Arbeitszeitmodelle und bezahlbarer Wohnraum.

Beschäftigungspolitische Maßnahmen müssen mit den raschen Veränderungen auf den Arbeitsmärkten Schritt halten. Helfen könnte etwa die Einführung einer kontinuierlichen Kranken- und Rentenversicherung, die auch über Arbeitsplatzwechsel und Zeiten der Arbeitslosigkeit hinausgehen. Solche Politiken sollten durch Bemühungen ergänzt werden, traditionelle geschlechtsspezifische Normen in Bezug auf die Arbeitsteilung im Haushalt und die Kinderbetreuung herauszufordern und neu zu definieren.

Den Zugang zu Kinderbetreuung ausweiten

Einen möglichst breiten Zugang zu Kinderbetreuung zu schaffen, erfordert Anstrengungen in mehreren Bereichen. So muss Kinderbetreuung allgemein verfügbar sein – unabhängig von der finanziellen Situation der Eltern. Zugleich sollte die Kinderbetreuung mit Programmen zur Förderung der frühkindlichen Entwicklung verknüpft werden, was einer neuen Generation zusätzliche Vorteile in Bezug auf Sozialisation, Gehirnentwicklung und Vorbereitung auf die Grundschule erschließen würde.

Die Folgen instabiler Arbeitsmärkte abfedern

Je unsicherer sich junge Menschen über ihr zukünftiges Wohlergehen sind, umso eher werden sie sich dafür entscheiden, die Gründung einer Familie hinauszuzögern. Angebote wie eine erschwingliche und zugängliche Kinderbetreuung und flexible Arbeitszeitmodelle mögen eine wichtige Rolle spielen. Ein Ausgleich für das Überhandnehmen gering qualifizierter Jobs, unsicherer Arbeitsverhältnisse und niedriger Einkommen sind sie jedoch nicht. Diese



© Jasper Cole/Getty Images

Probleme erfordern möglicherweise eine aktivere Einflussnahme der Politik auf die wirtschaftlichen Strukturen und die entstehenden Arbeitsplätze. Flankierende Maßnahmen sollten sicherstellen, dass junge Menschen über die richtigen Qualifikationen verfügen, um eine gute Arbeit zu finden.

In einigen Ländern muss eine politische Diskussion über die Art und Qualität der Beschäftigung und die zunehmenden Ungleichheiten geführt werden, die oft auf Arbeitsplätze von minderer Qualität zurückzuführen sind. Diese sollte Regierungen, Arbeitgeber*innen des privaten Sektors, Gewerkschaften, Pädagog*innen und andere soziale Akteur*innen einbeziehen. Sie sollte darauf abzielen, gerechtere und integrativere Beschäftigungsmöglichkeiten zu schaffen, die reproduktive und andere Menschenrechte unterstützen. Ein Teil dieser Diskussion enthält auch eine regionale und globale Komponente, da sich wirtschaftliche Aktivitäten über nationale Grenzen hinweg bewegen.

Rechte realisieren und so den Übergang vollenden

Überall auf der Welt ist der historische Übergang zu niedrigerer Fertilität durch Menschen angestoßen worden, die ihr Recht darauf eingefordert haben, unabhängig über ihr reproduktives Leben zu entscheiden und darüber, wie viele Kinder sie haben und wann sie diese haben wollen. Dieses Recht wurde in den letzten 50 Jahren in zahlreichen internationalen Erklärungen, Konventionen und anderen Abkommen verankert.

Die Differenzen zwischen den Fertilitätsraten zeigen jedoch, dass nicht alle Länder dieser

Verpflichtung nachgekommen sind. Überall stehen der Umsetzung der reproduktiven Rechte nach wie vor soziale, wirtschaftliche oder institutionelle Barrieren im Wege – Barrieren, die dem Einzelnen und der Gesellschaft Kosten auferlegen. Die Barrieren unterscheiden sich von Land zu Land. Noch kann kein Land behaupten, sie alle abgebaut zu haben. Das zukünftige Wohlergehen der Menschen hängt weitgehend davon ab, alle diese Barrieren zu beseitigen. Der demografische Wandel wird erst dann abgeschlossen sein, wenn jede*r Einzelne das Recht hat, sich frei zu entscheiden.



© Michele Crowe/www.theuniversalfamilies.com

Indikatoren

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren	Seite 74
Demografische Indikatoren	Seite 80
Technische Hinweise: Quellen und Definitionen	Seite 86

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

Land,
Territorium
oder Gebiet

Land, Territorium oder Gebiet	Sexuelle und reproduktive Gesundheit										Schädliche Praktiken		Bildung und Arbeit					
	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^a	MMR-Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80%), 2015		Betreute Geburten in %	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 J.	Anteil der Frauen (15-49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in % [§]		Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15-49 J.) [§]	Gedeckter Verhütungsbedarf, mod. Methoden, bei Frauen (15-49 J.), in % [§]	Entscheidungsmacht über sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie über reproduktive Rechte, in % 2007-2016	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von weibl. Genitalverstümmelung betroffene Mädchen (15-19 J.), in % 2004-2017	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, gewichtet, in %		Geschlechterparitätsindex, Primarstufe	Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe, in %		Geschlechterparitätsindex, Sekundarstufe
		2015	untere Schwellenwerte			obere Schwellenwerte	2006-2017						2006-2017	irgendeine Methode		moderne Methode	2018	
Afghanistan	396	253	620	51	87	26	23	25	46	–	35	–	–	–	–	62	36	0,58
Ägypten	33	26	39	92	56	61	59	12	81	–	17	70	98	99	1,01	81	82	1,00
Albanien	29	16	46	99	20	63	25	14	32	62	10	–	96	95	0,99	87	85	0,98
Algerien	140	82	244	97	12	64	56	10	77	–	3	–	100	98	0,98	–	–	–
Angola	477	221	988	50	163	17	15	36	29	–	30	–	89	66	0,75	13	10	0,79
Antigua und Barbuda	–	–	–	–	–	63	61	14	80	–	–	–	82	81	0,99	73	76	1,04
Äquatorialguinea	342	207	542	68	176	18	14	32	29	–	30	–	44	45	1,02	–	–	–
Argentinien	52	44	63	100	65	69	66	11	82	–	–	–	100	100	1,00	86	91	1,05
Armenien	25	21	31	100	24	58	30	13	43	66	5	–	92	93	1,01	93	92	0,99
Aruba	–	–	–	–	35	–	–	–	–	–	–	–	99	99	1,00	73	81	1,10
Aserbaidschan	25	17	35	100	53	58	28	13	39	–	11	–	96	94	0,98	–	–	–
Äthiopien	353	247	567	28	80	40	38	22	62	45	40	47	89	83	0,93	31	30	0,97
Australien	6	5	7	100	12	66	64	11	83	–	–	–	96	97	1,01	93	94	1,01
Bahamas	80	53	124	–	32	67	65	12	83	–	–	–	85	92	1,08	79	86	1,09
Bahrain	15	12	19	100	14	67	48	11	62	–	–	–	97	99	1,02	92	94	1,02
Bangladesch	176	125	280	50	78	64	57	12	76	–	59	–	90	100	1,11	60	67	1,12
Barbados	27	19	37	99	50	62	58	15	76	–	11	–	92	94	1,03	93	100	1,07
Belgien	7	5	10	–	7	72	71	7	90	–	–	–	98	98	1,00	93	94	1,01
Belize	28	20	36	97	69	54	51	19	70	–	26	–	100	99	0,99	71	74	1,04
Benin	405	279	633	77	94	20	14	30	28	38	26	2	100	90	0,90	53	40	0,75
Bhutan	148	101	241	89	28	62	62	13	83	–	26	–	82	84	1,02	59	68	1,16
Bolivien	206	140	351	90	71	66	48	16	59	–	19	–	91	90	0,99	78	78	1,00
Bosnien und Herzegowina	11	7	17	100	11	49	20	15	31	–	4	–	–	–	–	–	–	–
Botswana	129	102	172	100	39	59	57	14	79	–	–	–	89	90	1,01	–	–	–
Brasilien	44	36	54	99	62	80	77	7	88	–	26	–	94	95	1,01	80	83	1,04
Brunei Darussalam	23	15	30	100	11	–	–	–	–	–	–	–	97	96	1,00	82	84	1,03
Bulgarien	11	8	14	100	39	72	53	10	65	–	–	–	93	93	1,00	91	89	0,97
Burkina Faso	371	257	509	80	129	26	25	27	47	20	52	58	77	75	0,97	28	28	0,99
Burundi	712	471	1.050	85	58	32	27	28	45	49	20	–	97	97	1,00	31	34	1,08
Cabo Verde	42	20	95	91	80	66	63	13	80	–	–	–	87	86	0,98	61	68	1,11
Chile	22	18	26	100	41	75	72	8	86	–	–	–	93	93	1,00	86	89	1,04
China	27	22	32	100	9	83	82	4	95	–	–	–	–	–	–	–	–	–
China, Hongkong	–	–	–	–	3	76	72	7	88	–	–	–	–	–	–	–	–	–
China, Macau	–	–	–	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Costa Rica	25	20	29	99	53	79	77	7	89	–	21	–	97	97	1,00	81	84	1,04
Curaçao	–	–	–	–	35	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dänemark	6	5	9	94	3	70	67	10	84	–	–	–	99	99	1,01	88	92	1,04
Deutschland	6	5	8	99	8	63	62	11	83	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	Sexuelle und reproduktive Gesundheit										Schädliche Praktiken		Bildung und Arbeit						
	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^a		MMR-Unsicherheitspanne (Unsicherheitsintervall 80%), 2015		Betreute Geburten in %	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 J.	Anteil der Frauen (15-49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in % ^b		Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15-49 J.) ^c	Gedeckter Verhütungsbedarf, mod. Methoden, bei Frauen (15-49 J.), in % ^b	Entscheidungsmacht über sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie über reproduktive Rechte, in % 2007-2016	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von weibl. Genitalverstümmelung betroffene Mädchen (15-19 J.), in %	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, gewichtet, in %		Geschlechterparitätsindex, Primarstufe	Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe, in %		Geschlechterparitätsindex, Sekundarstufe
	2015	untere Schwellenwerte	obere Schwellenwerte	2006-2017	2006-2017	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2006-2017	2004-2017	2007-2017 männl.	2007-2017 weibl.	2007-2017	2007-2017 männl.	2007-2017 weibl.	2007-2017
Dominika	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97	99	1,02	90	97	1,08
Dominikanische Republik	92	77	111	100	90	71	69	11	84	77	36	-	88	88	1,00	62	71	1,13	
Dschibuti	229	111	482	87	21	27	26	29	47	-	5	90	62	56	0,89	38	32	0,83	
Ecuador	64	57	71	97	111	79	71	7	83	-	-	-	97	99	1,02	87	89	1,02	
El Salvador	54	40	69	100	69	72	67	10	82	-	26	-	85	86	1,01	63	65	1,03	
Elfenbeinküste	645	458	909	74	129	19	17	25	39	25	27	27	92	83	0,90	41	30	0,73	
Eritrea	501	332	750	34	76	14	13	30	30	-	41	69	45	41	0,91	29	26	0,88	
Estland	9	6	14	100	13	66	61	11	79	-	-	-	93	94	1,01	93	94	1,02	
Eswatini	389	251	627	88	87	66	65	14	81	49	5	-	77	76	0,99	32	41	1,29	
Fidschi	30	23	41	100	40	49	45	19	66	-	-	-	98	98	1,01	79	88	1,11	
Finnland	3	2	3	100	6	83	78	4	90	-	-	-	99	99	1,00	96	96	1,01	
Frankreich	8	7	10	97	5	77	74	5	91	-	-	-	99	100	1,01	98	100	1,01	
Französisch-Guayana	-	-	-	-	87	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Französisch-Polynesien	-	-	-	-	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabon	291	197	442	89	91	36	25	25	41	48	22	-	-	-	-	-	-	-	-
Gambia	706	484	1030	57	88	13	12	26	31	41	30	76	75	83	1,10	-	-	-	-
Georgien	36	28	47	100	44	55	40	15	58	-	14	-	98	98	0,99	94	97	1,03	
Ghana	319	216	458	71	76	33	28	27	47	52	21	2	84	86	1,02	52	53	1,01	
Grenada	27	19	42	-	-	65	62	13	80	-	-	-	96	97	1,01	83	90	1,08	
Griechenland	3	2	4	-	8	70	50	9	63	-	-	-	94	93	1,00	90	89	0,99	
Großbritannien	9	8	11	-	14	79	79	6	93	-	-	-	99	99	1,00	98	99	1,01	
Guadeloupe	-	-	-	-	-	59	54	16	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guam	-	-	-	-	38	53	46	16	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	88	77	100	63	92	61	51	14	68	65	30	-	87	87	1,00	48	46	0,96	
Guinea	679	504	927	63	146	10	8	25	24	23	51	95	86	74	0,86	40	26	0,66	
Guinea-Bissau	549	273	1090	45	106	19	18	21	44	-	24	42	74	70	0,95	-	-	-	-
Guyana	229	184	301	86	74	42	40	28	58	71	30	-	95	97	1,02	81	86	1,06	
Haiti	359	236	601	49	55	36	33	36	46	56	18	-	-	-	-	-	-	-	-
Honduras	129	99	166	83	103	73	65	10	78	70	34	-	82	84	1,02	42	49	1,16	
Indien	174	139	217	86	28	56	51	13	73	-	27	-	97	98	1,01	61	62	1,01	
Indonesien	126	93	179	93	48	61	59	13	80	-	14	-	94	89	0,95	76	78	1,02	
Irak	50	35	69	70	82	58	44	12	62	-	24	5	98	87	0,89	49	40	0,81	
Iran	25	21	31	99	38	78	65	5	78	-	17	-	99	99	1,01	72	73	1,00	
Irland	8	6	11	100	9	68	63	11	80	-	-	-	99	100	1,01	98	100	1,02	
Island	3	2	6	98	8	-	-	-	-	-	-	-	99	99	1,00	89	91	1,02	
Israel	5	4	6	-	10	71	57	8	71	-	-	-	97	98	1,01	98	100	1,02	
Italien	4	3	5	100	5	69	54	9	69	-	-	-	99	99	1,00	97	96	1,00	
Jamaika	89	70	115	99	46	72	69	10	84	-	8	-	-	-	-	69	77	1,11	
Japan	5	4	7	100	4	44	40	22	61	-	-	-	99	99	1,00	99	100	1,01	
Jemen	385	274	582	45	67	42	36	25	54	-	32	16	88	78	0,88	54	40	0,74	
Jordanien	58	44	75	100	26	63	46	12	62	73	8	-	-	-	-	68	70	1,03	
Jungferninseln (USA)	-	-	-	-	25	68	63	11	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	Sexuelle und reproduktive Gesundheit										Schädliche Praktiken		Bildung und Arbeit							
	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^a			MMR-Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80%), 2015		Betreute Geburten in %	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 J.	Anteil der Frauen (15-49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in % ^b		Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15-49 J.) ^c	Gedeckter Verhütungsbedarf, mod. Methoden, bei Frauen (15-49 J.), in % ^d	Entscheidungsmacht über sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie über reproduktive Rechte, in %	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von weibl. Genitalverstümmelung betroffene Mädchen (15-19 J.), in %	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, gewichtet, in %		Geschlechterparitätsindex, Primarstufe	Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe, in %		Geschlechterparitätsindex, Sekundarstufe
	2015	untere Schwellenwerte	obere Schwellenwerte	2006-2017	2006-2017	2018	irgendeine Methode	moderne Methode	2018	2018	2007-2016	2006-2017	2004-2017	2007-2017 männl.	2007-2017 weibl.	2007-2017	2007-2017 männl.	2007-2017 weibl.	2007-2017	
Kambodscha	161	117	213	89	57	60	45	12	62	76	19	-	93	93	1,00	40	37	0,92		
Kamerun	596	440	881	65	119	36	24	20	43	38	31	0	99	91	0,92	50	44	0,88		
Kanada	7	5	9	98	11	73	71	8	88	-	-	-	-	-	-	99	100	1,01		
Kasachstan	12	10	15	99	31	57	55	15	76	-	7	-	98	100	1,02	100	100	1,00		
Katar	13	9	19	100	10	46	41	17	64	-	4	-	98	98	1,00	76	89	1,17		
Kenia	510	344	754	62	96	64	62	14	78	56	23	11	81	85	1,04	50	47	0,94		
Kirgisistan	76	59	96	98	38	43	41	17	68	77	12	-	99	98	0,99	85	85	1,00		
Kiribati	90	51	152	80	49	28	24	26	44	-	20	-	-	-	-	-	-	-		
Kolumbien	64	56	81	99	75	80	75	7	86	-	23	-	93	94	1,01	76	82	1,07		
Komoren	335	207	536	82	70	26	21	30	37	21	32	-	84	81	0,97	43	47	1,09		
Kongo	442	300	638	91	147	41	25	20	41	27	27	-	84	91	1,09	-	-	-		
Kongo, Dem. Rep.	693	509	1.010	80	138	25	11	27	22	31	37	-	-	-	-	-	-	-		
Korea	11	9	13	100	1	78	70	6	84	-	-	-	97	98	1,01	98	98	1,00		
Korea, Dem. Rep.	82	37	190	100	1	75	71	8	86	-	-	-	-	-	-	76	76	1,01		
Kroatien	8	6	11	100	10	65	47	11	62	-	-	-	96	99	1,04	89	92	1,04		
Kuba	39	33	47	100	50	74	72	8	88	-	26	-	96	95	1,00	83	88	1,06		
Kuwait	4	3	6	100	6	57	47	15	65	-	-	-	95	99	1,04	84	89	1,07		
Laos	197	136	307	40	76	56	50	17	68	-	35	-	95	94	0,98	60	58	0,98		
Lesotho	487	310	871	78	94	61	61	17	78	61	17	-	79	82	1,03	29	45	1,53		
Lettland	18	13	26	100	18	69	62	11	78	-	-	-	95	96	1,00	91	94	1,03		
Libanon	15	10	22	-	-	61	48	13	64	-	6	-	87	82	0,94	65	65	1,00		
Liberia	725	527	1.030	61	149	30	30	28	51	67	36	26	39	36	0,93	16	14	0,88		
Libyen	9	6	15	100	11	50	33	18	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Litauen	10	7	14	-	14	66	56	11	73	-	-	-	99	100	1,00	94	93	1,00		
Luxemburg	10	7	16	100	6	-	-	-	-	-	-	-	97	98	1,01	82	86	1,05		
Madagaskar	353	256	484	44	152	46	40	19	61	74	41	-	-	-	-	29	31	1,06		
Malawi	634	422	1.080	90	136	61	60	17	77	47	42	-	95	99	1,04	32	31	0,96		
Malaysia	40	32	53	99	12	53	39	17	55	-	-	-	99	99	1,00	71	77	1,09		
Malediven	68	45	108	96	13	44	37	23	55	-	4	-	98	99	1,01	-	-	-		
Mali	587	448	823	44	174	16	15	26	36	7	52	83	66	58	0,88	37	28	0,75		
Malta	9	6	15	100	11	84	66	4	75	-	-	-	97	100	1,03	87	92	1,05		
Marokko	121	93	142	74	32	69	62	9	79	-	-	-	95	94	1,00	60	54	0,90		
Martinique	-	-	-	-	20	60	56	15	75	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Mauretanien	602	399	984	69	71	20	18	30	35	-	37	63	69	73	1,05	26	27	1,06		
Mauritius	53	38	77	100	24	67	43	10	56	-	-	-	94	97	1,03	82	87	1,06		
Mazedonien (ehem. jugosl. Rep.)	8	5	10	100	16	47	22	18	33	-	7	-	92	92	1,00	-	-	-		
Mexiko	38	34	42	98	63	71	68	11	82	-	26	-	98	100	1,02	76	79	1,04		
Mikronesien	100	46	211	85	44	-	-	-	-	-	-	-	83	85	1,03	-	-	-		
Moldawien	23	19	28	99	27	64	49	12	64	-	12	-	90	90	0,99	76	77	1,01		
Mongolei	44	35	55	99	27	58	52	14	72	-	5	-	99	98	0,99	91	94	1,03		
Montenegro	7	4	12	99	11	38	23	21	39	-	5	-	95	92	0,97	90	90	1,00		
Mosambik	489	360	686	54	167	29	27	24	52	49	48	-	92	87	0,95	19	19	1,02		

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	Sexuelle und reproduktive Gesundheit										Schädliche Praktiken		Bildung und Arbeit					
	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^a	MMR-Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80%), 2015		Betreute Geburten in %	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 J.	Anteil der Frauen (15-49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in % [§]		Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15-49 J.) [§]	Gedeckter Verhütungsbedarf, mod. Methoden, bei Frauen (15-49 J.), in % [§]	Entscheidungsmacht über sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie über reproduktive Rechte, in % 2007-2016	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von weibl. Genitalverstümmelung betroffene Mädchen (15-19 J.), in %	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, gewichtet, in %		Geschlechterparitätsindex, Primarstufe	Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe, in %		Geschlechterparitätsindex, Sekundarstufe
		2015	untere Schwellenwerte			obere Schwellenwerte	2006-2017						2006-2017	2018		2018	2018	
Myanmar	178	121	284	60	36	53	52	16	76	68	16	-	90	89	0,99	54	59	1,09
Namibia	265	172	423	88	82	59	59	16	78	71	7	-	89	92	1,03	45	57	1,26
Nepal	258	176	425	58	88	53	47	23	62	48	40	-	96	93	0,97	53	57	1,07
Neukaledonien	-	-	-	-	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neuseeland	11	9	14	96	16	71	68	9	85	-	-	-	98	99	1,01	95	97	1,02
Nicaragua	150	115	196	88	92	80	77	6	90	-	35	-	97	100	1,03	45	53	1,17
Niederlande	7	5	9	-	3	72	69	7	86	-	-	-	97	98	1,01	93	94	1,01
Niger	553	411	752	40	210	20	18	19	47	7	76	1	69	59	0,86	20	14	0,68
Nigeria	814	596	1.180	43	145	19	15	23	35	51	44	12	72	60	0,84	-	-	-
Norwegen	5	4	6	99	5	75	70	7	84	-	-	-	100	100	1,00	95	96	1,01
Oman	17	13	24	99	14	37	25	26	39	-	-	-	98	99	1,00	96	94	0,99
Österreich	4	3	5	98	8	67	64	10	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistan	178	111	283	52	44	41	32	20	53	-	21	-	84	71	0,85	50	41	0,81
Palästina ¹	45	21	99	100	48	60	47	12	65	-	15	-	92	93	1,01	78	86	1,10
Panama	94	77	121	95	79	60	57	16	75	-	26	-	88	87	0,99	67	72	1,07
Papua-Neuguinea	215	98	457	53	-	37	31	25	50	-	21	-	89	82	0,92	-	-	-
Paraguay	132	107	163	96	62	72	68	9	85	-	22	-	89	89	1,00	67	66	1,00
Peru	68	54	80	92	65	76	56	7	67	-	22	-	99	100	1,01	79	80	1,02
Philippinen	114	87	175	73	47	56	41	17	56	-	15	-	96	97	1,01	60	72	1,19
Polen	3	2	4	100	12	61	51	14	69	-	-	-	96	96	1,00	92	93	1,01
Portugal	10	9	13	99	8	70	63	9	79	-	-	-	97	96	1,00	93	94	1,01
Puerto Rico	14	10	18	-	30	78	70	6	84	-	-	-	79	84	1,07	72	77	1,07
Réunion	-	-	-	-	44	73	71	8	87	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ruanda	290	208	389	91	45	56	51	18	69	70	7	-	95	96	1,01	25	30	1,18
Rumänien	31	22	44	95	35	70	58	8	74	-	-	-	90	90	1,00	81	81	1,00
Russland	25	18	33	99	24	69	57	9	73	-	-	-	97	98	1,01	-	-	-
Salomonen	114	75	175	86	78	32	27	25	47	-	21	-	72	73	1,01	33	29	0,88
Sambia	224	162	306	63	141	54	50	18	69	47	31	-	87	89	1,02	-	-	-
Samoa	51	24	115	83	39	29	27	42	39	-	11	-	95	98	1,03	74	81	1,10
San Marino	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	93	93	1,00	-	-	-
São Tomé und Príncipe	156	83	268	93	92	43	40	30	55	-	35	-	97	97	0,99	61	68	1,11
Saudi-Arabien	12	7	20	-	7	30	24	27	42	-	-	-	99	100	1,00	86	84	0,97
Schweden	4	3	5	-	4	69	63	10	80	-	-	-	100	100	1,00	100	99	1,00
Schweiz	5	4	7	-	6	74	70	7	86	-	-	-	100	100	1,00	87	84	0,97
Senegal	315	214	468	59	80	26	24	25	47	5	31	21	69	76	1,10	-	-	-
Serbien	17	12	24	98	16	58	27	13	38	-	3	-	99	99	1,00	92	94	1,02
Seychellen	-	-	-	-	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87	90	1,03
Sierra Leone	1.360	999	1.980	60	125	20	18	26	40	40	39	74	99	99	1,01	33	30	0,91
Simbabwe	443	363	563	78	110	67	66	10	85	60	32	-	84	86	1,02	44	44	1,01
Singapur	10	6	17	100	3	66	59	11	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sint Maarten	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slowakei	6	4	7	-	24	71	61	9	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	Sexuelle und reproduktive Gesundheit										Schädliche Praktiken		Bildung und Arbeit						
	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^a		MMR-Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80%), 2015		Betreute Geburten in %	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 J.	Anteil der Frauen (15-49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in % ^b		Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15-49 J.) ^c	Gedeckter Verhütungsbedarf, mod. Methoden, bei Frauen (15-49 J.), in % ^d	Entscheidungsmacht über sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie über reproduktive Rechte, in %	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von weibl. Genitalverstümmelung betroffene Mädchen (15-19 J.), in %	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, gewichtet, in %		Geschlechterparitätsindex, Primarstufe	Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe, in %		Geschlechterparitätsindex, Sekundarstufe
	2015	untere Schwellenwerte	obere Schwellenwerte	2006-2017	2006-2017	2018	irgendeine Methode	moderne Methode	2018	2018	2007-2016	2006-2017	2004-2017	2007-2017 männl.	2007-2017 weibl.	2007-2017	2007-2017 männl.	2007-2017 weibl.	2007-2017
Slowenien	9	6	14	100	5	77	66	6	79	-	-	-	97	99	1,01	96	96	1,01	
Somalia	732	361	1.390	9	64	30	29	28	50	-	45	97	-	-	-	-	-	-	
Spanien	5	4	6	-	8	69	67	11	85	-	-	-	98	99	1,00	95	97	1,02	
Sri Lanka	30	26	38	99	20	65	53	8	74	-	12	-	98	96	0,98	84	87	1,04	
St. Kitts und Nevis	-	-	-	-	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
St. Lucia	48	32	72	99	-	59	56	16	75	-	8	-	96	93	0,97	76	80	1,04	
St. Vincent und die Grenadinen	45	34	63	-	64	66	63	12	81	-	-	-	98	98	1,00	89	91	1,01	
Südafrika	138	124	154	97	71	57	56	14	79	-	-	-	90	85	0,95	65	65	1,01	
Sudan	311	214	433	78	87	16	15	28	35	-	34	82	55	58	1,05	-	-	-	
Südsudan	789	523	1.150	19	155	9	7	30	17	-	52	-	36	28	0,76	6	4	0,70	
Suriname	155	110	220	90	58	52	52	19	72	-	19	-	93	97	1,04	53	65	1,22	
Syrien	68	48	97	96	54	59	44	14	61	-	13	-	68	67	0,98	46	45	0,99	
Tadschikistan	32	19	51	87	54	35	32	21	57	41	12	-	99	98	0,99	87	78	0,90	
Tansania	398	281	570	64	132	42	36	21	57	47	31	5	78	80	1,02	-	-	-	
Thailand	20	14	32	99	43	79	76	6	90	-	23	-	92	87	0,94	77	77	1,01	
Timor-Leste	215	150	300	57	50	28	26	25	48	-	19	-	80	83	1,04	52	59	1,14	
Togo	368	255	518	45	85	23	20	33	37	30	22	2	90	83	0,92	-	-	-	
Tonga	124	57	270	96	30	36	32	28	51	-	6	-	95	97	1,03	72	80	1,12	
Trinidad und Tobago	63	49	80	97	38	48	44	21	64	-	11	-	99	98	0,99	-	-	-	
Tschad	856	560	1.350	20	179	7	6	24	21	27	67	32	89	69	0,77	-	-	-	
Tschechien	4	3	6	100	12	80	71	6	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tunesien	62	42	92	74	7	67	57	9	75	-	2	-	99	98	0,99	-	-	-	
Türkei	16	12	21	97	27	75	50	6	62	-	15	-	95	95	0,99	88	86	0,98	
Turkmenistan	42	20	73	100	28	54	51	15	74	-	6	-	-	-	-	-	-	-	
Turks und Caicosinseln	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tuvalu	-	-	-	93	28	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	71	92	1,30	
Uganda	343	247	493	74	140	39	35	29	52	49	40	1	90	92	1,03	23	21	0,92	
Ukraine	24	19	32	99	26	67	54	10	70	81	9	-	92	94	1,02	86	87	1,01	
Ungarn	17	12	22	-	23	68	60	10	76	-	-	-	97	97	1,00	89	89	1,00	
Uruguay	15	11	19	98	51	79	76	7	89	-	25	-	98	98	1,00	78	85	1,08	
USA	14	12	16	99	20	74	67	7	83	-	-	-	93	94	1,01	90	92	1,03	
Usbekistan	36	20	65	100	30	68	64	9	84	-	7	-	99	98	0,98	91	90	0,99	
Vanuatu	78	36	169	89	78	45	40	23	59	-	21	-	86	88	1,03	48	51	1,07	
Venezuela	95	77	124	96	95	73	68	11	82	-	-	-	89	89	1,00	69	74	1,07	
Vereinigte Arabische Emirate	6	3	11	100	34	50	42	18	61	-	-	-	98	96	0,98	89	86	0,96	
Vietnam	54	41	74	94	30	79	65	5	77	-	11	-	-	-	-	-	-	-	
Weißrussland	4	3	6	100	16	73	60	7	75	-	3	-	96	97	1,00	97	99	1,01	
Westsahara	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Zentralafrikanische Republik	882	508	1.500	40	229	26	20	23	41	-	68	18	77	60	0,79	18	9	0,52	
Zypern	7	4	12	97	5	-	-	-	-	-	-	-	98	98	1,01	94	95	1,01	

Globale und regionale Daten

	Sexuelle und reproduktive Gesundheit										Schädliche Praktiken		Bildung und Arbeit					
	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^a	MMR-Unsicherheits-spanne (Unsicherheitsintervall 80%), 2015		Betreute Geburten in %	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 J.	Anteil der Frauen (15-49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in % [§]		Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15-49 J.) [§]	Gedeckter Verhütungsbedarf, mod. Methoden, bei Frauen (15-49 J.), in % [§]	Entscheidungsmacht über sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie über reproduktive Rechte, in % 2007-2016	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von weibl. Genitalverstümmelung betroffene Mädchen (15-19 J.), in %	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, gewichtet, in %		Geschlechterparitätsindex, Primarstufe	Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe, in %		Geschlechterparitätsindex, Sekundarstufe
		2015	untere Schwellenwerte			obere Schwellenwerte	2006-2017						2006-2017	irgendeine Methode		moderne Methode	2018	
Arabische Staaten	162	138	212	76	50	54	47	15	69	-	21	55	85	82	0,97	63	58	0,92
Asien und Pazifik	127	114	151	84^b	28^b	67	62	10	81	-	26	-	96	94	0,99	67	68	1,02
Lateinamerika und Karibik	68	64	77	95^c	62^e	74	69	10	83	-	26	-	95	96	1,01	75	78	1,05
Osteuropa und Zentralasien	25	22	31	98	26	65	50	10	66	-	11	-	96	95	0,99	88	87	0,99
Ost- und Südafrika	407	377	501	62	93^f	41	37	22	59	50	35	-	86	83	0,96	33^f	31^f	0,92^f
West- und Zentralafrika	679	599	849	52	114	21	17	24	38	39	42	22	79	70	0,89	39	33	0,84
Stärker entwickelte Regionen	12	11	14	-	14	68	61	10	78	-	-	-	96	97	1,01	92	93	1,02
Weniger entwickelte Regionen	238	228	274	-	48	62	57	12	77	-	-	-	92	89	0,97	62	61	0,99
Am wenigsten entwickelte Regionen	436	418	514	56^d	91	41	36	21	59	49	40	-	84	80	0,94	39	36	0,92
Welt	216	207	249	79	44	63	57	12	77	53	21	-	92	90	0,98	66	65	1,00

Anmerkungen zu den ICPD-Indikatoren

- Keine Daten verfügbar
- § Daten beziehen sich auf Frauen, die verheiratet sind oder in einer Beziehung leben.
- a Die Müttersterblichkeitsrate wurde folgendermaßen gerundet: < 100 auf die nächste Einerstelle gerundet; 100-999 auf die nächste Zehnerstelle gerundet; ≥ 1.000 auf die nächste Zehnerstelle gerundet.
- b Aufgrund nicht verfügbarer Daten ohne Cookinseln, Marshallinseln, Nauru, Niue, Palau, Tokelau und Tuvalu
- c Aufgrund nicht verfügbarer Daten ohne Anguilla, Aruba, Bermudas, Britische Jungferninseln, Curaçao, Kaimaninseln, Montserrat, Sint Maarten und Turks- und Caicosinseln
- d Aufgrund nicht verfügbarer Daten ohne Tuvalu
- e Aufgrund nicht verfügbarer Daten ohne Anguilla, Antigua und Barbuda, Bermudas, Britische Jungferninseln, Ecuador, Grenada, Kaimaninseln, Montserrat, Sint Maarten und St. Kitts und Nevis
- f Einschließlich der Seychellen
- 1 Am 29. November 2012 hat die UN-Generalversammlung die Resolution 67/19 erlassen, die Palästina den Status eines „beobachtenden Nicht-Mitgliedsstaats in den Vereinten Nationen“ verlieh.

Demografische Indikatoren

Land,
Territorium
oder Gebiet

Land, Territorium oder Gebiet	Bevölkerung							Fertilität		
	Gesamtbevölkerung, in Mio. 2018	Durchschnittliches jährliches Bevölkerungswachstum, in % 2010-2018	Bevölkerung im Alter 0-14 J., in % 2018	Bevölkerung im Alter 10-24 J., in % 2018	Bevölkerung im Alter 15-64 J., in % 2018	Bevölkerung im Alter > 64 J., in % 2018	Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren, 2018		Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau, 2018	Durchschnittliches Alter von Müttern bei der Geburt, in Jahren, 2015-2020
							männlich	weiblich		
Afghanistan	36,4	2,9	43	35	55	3	63	66	4,3	29,1
Ägypten	99,4	2,1	33	26	61	5	70	74	3,2	27,5
Albanien	2,9	0,0	17	21	69	14	77	81	1,7	27,5
Algerien	42,0	1,9	29	23	64	6	75	78	2,6	31,5
Angola	30,8	3,4	47	32	51	2	59	65	5,6	28,8
Antigua und Barbuda	0,1	1,1	24	25	69	7	74	79	2,0	27,6
Äquatorialguinea	1,3	4,0	37	29	60	3	57	60	4,5	28,1
Argentinien	44,7	1,0	25	24	64	11	73	81	2,3	28,2
Armenien	2,9	0,2	20	19	68	11	72	78	1,6	26,8
Aruba	0,1	0,5	18	21	69	14	74	79	1,8	28,6
Aserbaidshan ¹	9,9	1,2	23	21	70	6	69	75	2,0	25,7
Äthiopien	107,5	2,5	40	34	56	4	64	68	4,0	29,7
Australien ²	24,8	1,4	19	19	65	16	81	85	1,8	31,0
Bahamas	0,4	1,3	20	22	70	9	73	79	1,8	29,2
Bahrain	1,6	2,9	19	19	78	2	76	78	2,0	29,7
Bangladesch	166,4	1,1	28	29	67	5	71	75	2,1	25,4
Barbados	0,3	0,3	19	19	66	15	74	79	1,8	29,0
Belgien	11,5	0,6	17	17	64	19	79	84	1,8	31,1
Belize	0,4	2,2	31	30	65	4	68	74	2,4	27,1
Benin	11,5	2,8	42	32	54	3	60	63	4,8	28,9
Bhutan	0,8	1,4	26	27	69	5	71	71	2,0	28,7
Bolivien	11,2	1,5	31	29	62	7	67	72	2,8	28,4
Bosnien und Herzegowina	3,5	-0,8	14	17	69	17	75	80	1,4	29,3
Botswana	2,3	1,8	31	28	65	4	66	71	2,6	29,9
Brasilien	210,9	0,9	21	24	70	9	72	80	1,7	26,4
Brunei Darussalam	0,4	1,4	23	24	72	5	76	79	1,8	30,3
Bulgarien	7,0	-0,6	14	14	65	21	72	78	1,6	28,2
Burkina Faso	19,8	2,9	45	33	53	2	60	62	5,2	29,2
Burundi	11,2	3,1	45	31	52	3	56	60	5,5	30,3
Cabo Verde	0,6	1,2	30	30	66	5	71	75	2,3	27,4
Chile	18,2	0,9	20	22	68	11	77	82	1,8	27,8
China ³	1.415,0	0,5	18	17	71	11	75	78	1,6	27,4
China, Hongkong ⁴	7,4	0,7	12	13	71	17	81	87	1,3	32,3
China, Macau ⁵	0,6	2,0	14	14	76	10	81	87	1,4	30,9
Costa Rica	5,0	1,1	21	23	69	10	78	83	1,8	27,3
Curaçao	0,2	1,1	19	19	65	17	76	82	2,0	28,5
Dänemark	5,8	0,4	16	19	64	20	79	83	1,8	31,0
Deutschland	82,3	0,2	13	15	65	22	79	84	1,5	31,3
Dominika	0,1	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominikanische Republik	10,9	1,2	29	27	64	7	71	77	2,4	25,8
Dschibuti	1,0	1,7	31	30	65	4	61	65	2,7	32,2
Ecuador	16,9	1,5	28	27	64	7	74	80	2,4	27,4
El Salvador	6,4	0,5	27	29	64	8	69	78	2,0	26,8
Elfenbeinküste	24,9	2,5	42	32	55	3	53	56	4,8	28,9

Land, Territorium oder Gebiet	Bevölkerung								Fertilität	
	Gesamt- bevölkerung, in Mio. 2018	Durchschnittliches jährliches Bevölke- rungswachstum, in % 2010-2018	Bevölkerung im Alter 0-14 J., in % 2018	Bevölkerung im Alter 10-24 J., in % 2018	Bevölkerung im Alter 15-64 J., in % 2018	Bevölkerung im Alter >64 J., in % 2018	Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren, 2018		Gesamtfrucht- barkeitsrate pro Frau, 2018	Durchschnittliches Alter von Müttern bei der Geburt, in Jahren, 2015-2020
							männlich	weiblich		
Eritrea	5,2	2,1	41	32	55	4	64	68	4,0	29,5
Estland	1,3	-0,2	17	15	64	20	73	82	1,7	30,3
Eswatini	1,4	1,8	37	33	60	3	55	62	3,0	27,8
Fidschi	0,9	0,7	28	26	65	6	68	74	2,5	28,1
Finnland ⁶	5,5	0,4	16	17	62	22	79	84	1,8	30,6
Frankreich	65,2	0,4	18	18	62	20	80	86	2,0	30,3
Französisch-Guayana	0,3	2,7	33	28	62	5	77	83	3,2	29,2
Französisch-Polynesien	0,3	0,8	23	24	69	8	75	80	2,0	28,9
Gabun	2,1	2,9	36	28	60	4	65	69	3,7	29,0
Gambia	2,2	3,1	45	33	53	2	60	63	5,3	30,4
Georgien ⁷	3,9	-1,0	19	18	66	15	69	78	2,0	26,7
Ghana	29,5	2,3	38	31	58	3	62	64	3,9	29,8
Grenada	0,1	0,4	26	25	66	7	71	76	2,1	28,5
Griechenland	11,1	-0,3	14	15	65	21	79	84	1,3	31,3
Großbritannien	66,6	0,6	18	17	64	19	80	84	1,9	30,4
Guadeloupe ⁸	0,4	0,0	18	21	64	18	78	85	1,9	30,2
Guam	0,2	0,5	24	25	66	10	78	82	2,3	28,8
Guatemala	17,2	2,1	34	32	61	5	71	77	2,9	28,5
Guinea	13,1	2,4	42	32	55	3	61	62	4,7	29,1
Guinea-Bissau	1,9	2,5	41	31	56	3	56	60	4,5	29,2
Guyana	0,8	0,6	29	30	66	5	65	69	2,5	26,7
Haiti	11,1	1,3	33	30	62	5	62	66	2,8	30,0
Honduras	9,4	1,7	31	31	64	5	71	77	2,4	27,7
Indien	1.354,1	1,2	27	28	66	6	68	71	2,3	26,5
Indonesien	266,8	1,2	27	26	68	5	67	72	2,3	28,2
Irak	39,3	3,1	40	31	56	3	68	73	4,2	28,7
Iran	82,0	1,2	24	21	71	6	75	78	1,6	28,6
Irland	4,8	0,5	22	19	64	14	80	84	2,0	31,4
Israel	8,5	1,6	28	23	60	12	81	84	2,9	30,7
Island	0,3	0,7	20	20	65	15	82	84	1,9	30,6
Italien	59,3	-0,1	13	14	63	23	81	85	1,5	31,7
Jamaika	2,9	0,4	23	26	67	10	74	79	2,0	27,7
Japan	127,2	-0,1	13	14	60	27	81	87	1,5	31,3
Jemen	28,9	2,5	40	33	57	3	64	67	3,8	30,0
Jordanien	9,9	4,0	35	30	61	4	73	76	3,2	29,8
Jungferninseln (USA)	0,1	-0,1	20	20	61	19	78	82	2,2	27,1
Kambodscha	16,2	1,6	31	29	64	5	67	72	2,5	27,0
Kamerun	24,7	2,6	43	32	54	3	58	60	4,6	28,9
Kanada	37,0	1,0	16	17	67	17	81	85	1,6	30,7
Kasachstan	18,4	1,4	28	20	64	7	65	75	2,6	28,6
Katar	2,7	5,2	14	18	85	1	78	80	1,9	29,9
Kenia	51,0	2,6	40	33	57	3	65	70	3,7	28,7
Kirgisistan	6,1	1,5	32	25	63	5	67	75	2,9	28,2
Kiribati	0,1	1,8	35	29	61	4	63	70	3,6	30,7

Demografische Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	Bevölkerung								Fertilität	
	Gesamtbevölkerung, in Mio. 2018	Durchschnittliches jährliches Bevölkerungswachstum, in % 2010-2018	Bevölkerung im Alter 0-14 J., in % 2018	Bevölkerung im Alter 10-24 J., in % 2018	Bevölkerung im Alter 15-64 J., in % 2018	Bevölkerung im Alter > 64 J., in % 2018	Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren, 2018		Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau, 2018	Durchschnittliches Alter von Müttern bei der Geburt, in Jahren, 2015-2020
							männlich	weiblich		
Kolumbien	49,5	0,9	23	24	69	8	71	78	1,8	27,4
Komoren	0,8	2,4	40	31	57	3	62	66	4,2	30,0
Kongo	5,4	2,6	42	31	54	3	64	67	4,5	28,3
Kongo, Dem. Rep.	84,0	3,3	46	32	51	3	59	62	5,9	29,4
Korea	51,2	0,4	13	17	72	14	79	85	1,3	32,3
Korea, Dem. Volksrep.	25,6	0,5	20	22	70	9	68	76	1,9	29,1
Kroatien	4,2	-0,5	15	16	65	20	75	81	1,4	30,2
Kuba	11,5	0,2	16	17	69	15	78	82	1,7	26,9
Kuwait	4,2	4,2	21	19	76	3	74	76	2,0	29,9
Laos	7,0	1,4	33	31	63	4	66	69	2,6	27,6
Lesotho	2,3	1,3	35	32	60	5	53	57	3,0	27,8
Lettland	1,9	-1,2	16	14	64	20	70	79	1,6	30,2
Libanon	6,1	4,3	23	26	69	9	78	82	1,7	29,8
Liberia	4,9	2,6	41	32	55	3	62	65	4,4	28,6
Libyen	6,5	0,6	28	25	68	4	69	75	2,2	32,8
Litauen	2,9	-1,0	15	16	66	19	70	80	1,7	29,7
Luxemburg	0,6	1,9	16	18	69	14	80	84	1,6	31,7
Madagaskar	26,3	2,7	41	33	56	3	65	68	4,1	28,0
Malawi	19,2	2,9	44	34	53	3	61	67	4,4	28,0
Malaysia ⁹	32,0	1,6	24	26	69	7	73	78	2,0	30,9
Malediven	0,4	2,5	23	22	72	4	77	79	2,0	29,0
Mali	19,1	3,0	48	33	50	3	58	60	5,9	29,0
Malta	0,4	0,5	14	16	66	20	80	83	1,5	30,4
Marokko	36,2	1,4	27	25	66	7	75	77	2,4	30,4
Martinique	0,4	-0,3	18	18	63	19	79	85	1,9	30,2
Mauretanien	4,5	2,9	40	31	57	3	62	65	4,6	30,4
Mauritius ¹⁰	1,3	0,2	18	22	71	11	72	79	1,4	28,1
Mazedonien (ehem. jugosl. Republik)	2,1	0,1	17	18	70	14	74	78	1,6	29,0
Mexiko	130,8	1,4	26	27	67	7	75	80	2,1	26,9
Mikronesien	0,1	0,3	33	34	62	5	68	71	3,1	30,7
Moldawien ¹¹	4,0	-0,1	16	17	73	11	68	76	1,2	27,3
Mongolei	3,1	1,8	30	23	66	4	66	74	2,7	29,3
Montenegro	0,6	0,1	18	19	67	15	75	80	1,7	29,4
Mosambik	30,5	2,9	45	33	52	3	57	61	5,1	29,1
Myanmar	53,9	0,9	26	27	68	6	64	69	2,2	29,6
Namibia	2,6	2,2	36	31	60	4	62	68	3,3	28,6
Nepal	29,6	1,1	30	32	64	6	69	73	2,1	25,8
Neukaledonien	0,3	1,4	22	23	68	10	75	80	2,1	29,9
Neuseeland	4,7	1,0	20	20	65	16	81	84	2,0	30,1
Nicaragua	6,3	1,1	29	28	66	6	73	79	2,1	26,7
Niederlande	17,1	0,3	16	18	65	19	80	84	1,8	30,9
Niger	22,3	3,8	50	32	47	3	60	62	7,1	29,1
Nigeria	195,9	2,6	44	32	53	3	54	55	5,4	29,8
Norwegen ¹²	5,4	1,1	18	19	65	17	81	84	1,8	30,7

Land, Territorium oder Gebiet	Bevölkerung								Fertilität	
	Gesamtbevölkerung, in Mio. 2018	Durchschnittliches jährliches Bevölkerungswachstum, in % 2010-2018	Bevölkerung im Alter 0-14 J., in % 2018	Bevölkerung im Alter 10-24 J., in % 2018	Bevölkerung im Alter 15-64 J., in % 2018	Bevölkerung im Alter >64 J., in % 2018	Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren, 2018		Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau, 2018	Durchschnittliches Alter von Müttern bei der Geburt, in Jahren, 2015-2020
							männlich	weiblich		
Oman	4,8	5,8	22	20	76	2	76	80	2,5	31,1
Österreich	8,8	0,5	14	15	67	19	80	84	1,5	30,8
Pakistan	200,8	2,0	35	29	61	4	66	68	3,3	28,6
Palästina ¹³	5,1	2,7	39	32	58	3	72	76	3,9	28,9
Panama	4,2	1,7	27	25	65	8	76	81	2,5	26,7
Papua-Neuguinea	8,4	2,1	36	31	61	4	63	68	3,6	29,8
Paraguay	6,9	1,3	29	29	64	7	71	76	2,4	28,2
Peru	32,6	1,3	27	26	66	7	73	78	2,3	28,9
Philippinen	106,5	1,6	31	29	64	5	66	73	2,9	28,9
Polen	38,1	-0,1	15	16	68	17	74	82	1,3	29,4
Portugal	10,3	-0,4	13	15	65	22	79	84	1,2	30,7
Puerto Rico	3,7	-0,2	18	21	67	15	77	84	1,5	27,0
Réunion	0,9	0,8	23	23	65	12	77	84	2,3	28,3
Ruanda	12,5	2,5	40	31	57	3	66	70	3,7	30,0
Rumänien	19,6	-0,5	15	16	66	18	72	79	1,5	28,1
Russland	144,0	0,1	18	15	68	15	66	77	1,8	28,8
Salomonen	0,6	2,1	38	32	58	4	70	73	3,7	29,8
Sambia	17,6	3,0	44	34	53	2	60	65	4,9	28,9
Samoa	0,2	0,7	36	32	58	6	72	79	3,9	30,3
San Marino	0,0	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-
São Tomé und Príncipe	0,2	2,2	42	33	55	3	65	69	4,3	28,8
Saudi-Arabien	33,6	2,5	25	22	72	3	74	77	2,5	32,2
Schweden	10,0	0,8	18	17	62	20	81	84	1,9	31,0
Schweiz	8,5	1,1	15	16	66	19	82	85	1,6	31,8
Senegal	16,3	2,9	43	32	54	3	66	70	4,6	30,3
Serbien ¹⁴	8,8	-0,4	16	18	66	18	73	78	1,6	29,2
Seychellen	0,1	0,5	22	19	69	9	70	79	2,3	27,5
Sierra Leone	7,7	2,2	42	33	56	3	52	53	4,3	28,7
Simbabwe	16,9	2,3	41	32	56	3	60	64	3,6	27,8
Singapur	5,8	1,7	15	18	72	14	81	85	1,3	31,3
Sint Maarten	0,0	2,5	-	-	-	-	-	-	-	-
Slowakei	5,4	0,1	15	16	69	16	74	81	1,5	29,6
Slowenien	2,1	0,2	15	14	65	20	78	84	1,6	30,6
Somalia	15,2	2,9	46	33	51	3	55	59	6,1	29,7
Spanien ¹⁵	46,4	-0,1	15	15	66	20	81	86	1,4	31,9
Sri Lanka	21,0	0,5	24	23	66	10	72	79	2,0	30,0
St. Kitts und Nevis	0,1	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-
St. Lucia	0,2	0,5	18	24	72	10	73	79	1,4	27,8
St. Vincent und die Grenadinen	0,1	0,1	24	25	69	8	71	76	1,9	27,1
Südafrika	57,4	1,3	29	27	66	5	60	67	2,4	28,3
Sudan	41,5	2,4	40	33	56	4	63	67	4,4	30,0
Südsudan	12,9	3,1	41	33	55	3	57	59	4,7	29,6
Suriname	0,6	1,0	26	26	67	7	68	75	2,3	28,5
Syrien	18,3	-1,7	36	34	60	5	67	78	2,8	29,4

Demografische Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	Bevölkerung								Fertilität	
	Gesamtbevölkerung, in Mio. 2018	Durchschnittliches jährliches Bevölkerungswachstum, in % 2010-2018	Bevölkerung im Alter 0-14 J., in % 2018	Bevölkerung im Alter 10-24 J., in % 2018	Bevölkerung im Alter 15-64 J., in % 2018	Bevölkerung im Alter > 64 J., in % 2018	Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren, 2018		Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau, 2018	Durchschnittliches Alter von Müttern bei der Geburt, in Jahren, 2015-2020
							männlich	weiblich		
Tadschikistan	9,1	2,2	35	29	61	4	69	75	3,3	27,8
Tansania ¹⁶	59,1	3,1	45	32	52	3	65	69	4,9	28,2
Thailand	69,2	0,4	17	20	71	12	72	79	1,5	27,4
Timor-Leste	1,3	2,2	44	35	53	4	68	71	5,3	30,3
Togo	8,0	2,6	41	32	56	3	60	62	4,3	28,9
Tonga	0,1	0,6	35	33	59	6	70	76	3,6	31,1
Trinidad und Tobago	1,4	0,4	21	19	69	10	67	75	1,7	27,9
Tschad	15,4	3,2	47	34	51	3	52	55	5,7	28,8
Tschechien	10,6	0,1	16	14	65	19	76	82	1,6	30,6
Tunesien	11,7	1,1	24	21	68	8	74	78	2,1	31,0
Türkei	81,9	1,6	25	25	67	8	73	79	2,0	28,6
Turkmenistan	5,9	1,7	31	25	65	4	65	72	2,8	27,9
Turks und Caicosinseln	0,0	1,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	0,0	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Uganda	44,3	3,3	47	34	50	2	58	63	5,4	28,1
Ukraine ¹⁷	44,0	-0,5	16	15	67	17	67	77	1,6	28,0
Ungarn	9,7	-0,3	14	16	67	19	73	80	1,4	30,2
Uruguay	3,5	0,3	21	22	64	15	74	81	2,0	27,7
USA	326,8	0,7	19	20	65	16	77	82	1,9	29,5
Usbekistan	32,4	1,5	28	26	67	5	69	74	2,2	27,1
Vanuatu	0,3	2,2	36	29	60	5	70	75	3,2	29,3
Venezuela	32,4	1,4	27	26	66	7	71	79	2,3	26,4
Vereinigte Arabische Emirate	9,5	1,8	14	16	85	1	77	79	1,7	26,9
Vietnam	96,5	1,1	23	22	70	7	72	81	1,9	28,0
Weißrussland	9,5	0,0	17	15	68	15	68	79	1,7	28,5
Westsahara	0,6	2,1	28	26	69	3	68	72	2,4	31,0
Zentralafrikanische Republik	4,7	0,8	43	34	54	4	52	56	4,7	29,6
Zypern ¹⁸	1,2	0,8	17	20	70	14	79	83	1,3	29,8

Globale und regionale Daten

	Bevölkerung								Fertilität	
	Gesamtbevölkerung, in Mio. 2018	Durchschnittliches jährliches Bevölkerungswachstum, in % 2010-2018	Bevölkerung im Alter 0-14 J., in % 2018	Bevölkerung im Alter 10-24 J., in % 2018	Bevölkerung im Alter 15-64 J., in % 2018	Bevölkerung im Alter > 64 J., in % 2018	Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren, 2018		Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau, 2018	Durchschnittliches Alter von Müttern bei der Geburt, in Jahren, 2015-2020
							männlich	weiblich		
Arabische Staaten	366	2,0	34	28	61	5	68	72	3,3	29,2
Asien und Pazifik	3.996	1,0	24^a	24^a	68^a	8^a	70^a	73^a	2,1^a	27,2^a
Lateinamerika und Karibik	647	1,1	25^b	25^b	67^b	8^b	73^b	79^b	2,0^b	27,1^b
Osteuropa und Zentralasien	245	0,9	23	22	67	10	70	77	2,0	28,0
Ost- und Südafrika	597	2,7	42	32	55	3	61	66	4,4	28,8
West- und Zentralafrika	436	2,7	44	32	54	3	56	58	5,1	29,4
Stärker entwickelte Regionen	1.263	0,3	16	17	65	19	76	82	1,7	30,0
Weniger entwickelte Regionen	6.370	1,3	28	25	65	7	69	73	2,6	27,7
Am wenigsten entwickelte Regionen	1.026	2,4	39	32	57	4	63	67	4,0	28,5
Welt	7.633	1,2	26	24	65	9	70	74	2,5	27,9

Anmerkungen zu den demografischen Indikatoren

- Daten nicht verfügbar
- a Aufgrund nicht verfügbarer Daten ohne Cookinseln, Marshallinseln, Nauru, Niue, Palau, Tokelau und Tuvalu
- b Aufgrund nicht verfügbarer Daten ohne Anguilla, Bermudas, Britische Jungferninseln, Dominika, Kaimaninseln, Montserrat, St. Kitts und Nevis, Sint Maarten und Turks- und Caicosinseln
- 1 Einschließlich Bergkarabach
- 2 Einschließlich Weihnachtsinsel, Kokosinseln und Norfolkinsel
- 3 Aus statistischen Gründen sind in den Daten für China Taiwan sowie die beiden chinesischen Sonderverwaltungsregionen Hongkong und Macau nicht enthalten.
- 4 Am 1. Juli 1997 wurde Hongkong eine Sonderverwaltungsregion Chinas.
- 5 Am 20. Dezember 1999 wurde Macau eine Sonderverwaltungsregion Chinas.
- 6 Einschließlich Daten der Ålandinseln
- 7 Einschließlich Abchasien und Südossetien
- 8 Einschließlich Saint-Barthélemy und St. Martin (französischer Teil)
- 9 Einschließlich Sabah und Sarawak
- 10 Einschließlich Agalega-Inseln, Rodrigues und St. Brandon
- 11 Einschließlich Transnistrien
- 12 Einschließlich Spitzbergen und Jan Mayen-Inseln
- 13 Einschließlich Ost-Jerusalem. Am 29. November 2012 hat die UN-Generalversammlung die Resolution 67/19 erlassen, die Palästina den Status eines „beobachtenden Nicht-Mitgliedsstaats in den Vereinten Nationen“ verliehen.
- 14 Einschließlich Kosovo
- 15 Einschließlich Ceuta, Kanarische Inseln und Melilla
- 16 Einschließlich Sansibar
- 17 Einschließlich der Krim
- 18 Einschließlich Nordzypern

Technische Hinweise: Quellen und Definitionen

Die statistischen Tabellen des Weltbevölkerungsberichts 2018 sollen herausstellen, welche Fortschritte in Bezug auf die quantitativen und qualitativen Ziele im Aktionsrahmen der Weiterverfolgung der Kairoer Weltbevölkerungskonferenz (ICPD) nach 2014 und die nachhaltigen Entwicklungsziele (SDGs) bei der Senkung der Müttersterblichkeit, beim Zugang zu Bildung sowie bei der reproduktiven und sexuellen Gesundheit erzielt wurden. Darüber hinaus enthalten die Tabellen eine Vielzahl demografischer Indikatoren.

Nationale Behörden und internationale Organisationen verwenden zum Teil unterschiedliche Methoden bei der Erhebung, Extrapolation und Analyse von Daten. Zum Zwecke der besseren internationalen Vergleichbarkeit der Daten verwendet UNFPA die von den wichtigsten Datenquellen verwendeten Standardmethoden. Aus diesem Grund weichen die in diesen Tabellen angeführten Daten in einigen Fällen von denen der nationalen Behörden ab. Daten dieses Berichts sind aufgrund geänderter regionaler Klassifizierungen, methodologischer Aktualisierungen und Revisionen von Zeitreihen nicht mit denen früherer Weltbevölkerungsberichte vergleichbar.

Die Daten stammen aus national repräsentativen Haushaltsuntersuchungen wie den Demographic and Health Surveys (DHS) und den Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), aus Schätzungen der Vereinten Nationen und interinstitutionellen Schätzungen. Sie berücksichtigen außerdem die neuesten Bevölkerungsschätzungen der „World Population Prospects: The 2017 revision“ und die „Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2018“ der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen. Die statistischen Tabellen des Weltbevölkerungsberichts 2018 spiegeln generell den Kenntnisstand vom Juni 2018 wider.

Überwachung der ICPD-Ziele

Mütter- und Neugeborengesundheit

Müttersterblichkeitsrate (MMR), Todesfälle pro 100.000 Lebendgeburten und MMR-Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80%), untere und obere Schwellenwerte, 2015

Quelle: United Nations Maternal Mortality Estimation Interagency Group (WHO, UNICEF, UNFPA, die Weltbank und die Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen).

Dieser Indikator zeigt die Zahl der schwangerschaftsbedingten Todesfälle von Frauen pro 100.000 Lebendgeburten. Die Schätzungen stammen von der MMEIG unter Verwendung von Daten aus dem Einwohnermeldewesen, Bevölkerungsstatistiken, Haushaltsbefragungen und Volkszählungen. Mitglieder der MMEIG sind UNFPA, die Weltgesundheitsorganisation, die Weltbank, UNICEF und die Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen. Schätzungen und Methodik werden regelmäßig von der MMEIG und anderen Agenturen und akademischen Institutionen überprüft und werden, wo nötig, als Bestandteil des laufenden Prozesses zur Verbesserung der Datenlage zur Müttersterblichkeit überarbeitet. Schätzungen sollten nicht mit früheren Schätzungen der Interagency Group verglichen werden.

Betreute Geburten, in %, 2006–2017

Quelle: Gemeinsame globale Datenbank zu betreuten Geburten 2017, Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) und Weltgesundheitsorganisationen. Regionale Aggregate wurden von UNFPA auf Basis von Daten der gemeinsamen globalen Datenbank errechnet.

Der Indikator weist den Prozentsatz der Geburten aus, die in Anwesenheit von geschultem Gesundheitspersonal durchgeführt wurden. Dieses muss lebensrettende Geburtenbetreuung durchführen können. Das schließt die nötige Betreuung, Pflege und Beratung der Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und danach mit ein. Das Gesundheitspersonal muss in der Lage sein, eigenständig Geburten zu betreuen und die Neugeborenen zu versorgen. Traditionelle Geburtshelfer – auch wenn sie ein kurzes Training absolviert haben – sind in dieser Zahl nicht erfasst.

Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre, 2006–2017

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen und UNFPA. Die Geburtenrate unter Heranwachsenden beziffert die Zahl der Geburten unter Frauen von 15 bis 19 Jahren pro 1.000 Frauen in dieser Altersgruppe. Hinsichtlich der standesamtlichen Registrierung sind diese Angaben Beschränkungen unterworfen, die von der Vollständigkeit der Eintragung ins Geburtenregister, dem Verfahren im Falle von Neugeborenen, die innerhalb von 24 Stunden nach der Geburt sterben, der Zuverlässigkeit der Meldedaten zum Alter der Mutter und der Berücksichtigung von Geburten aus früheren Perioden abhängen. Bevölkerungsschätzungen können Beschränkungen unterliegen, die mit Falschangaben zum Alter und begrenzter Abdeckung zusammenhängen. Bei Umfrage- und Zensusdaten entstammen Zähler wie Nenner aus derselben Bevölkerung. Die hauptsächlichsten Einschränkungen beziehen sich auf falsche Altersangaben, nicht gemeldeten Geburten, Falschangaben zum Geburtstag von Kindern und – im Falle von Umfragen – Unterschieden in den Stichproben.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Die Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen erstellt eine systematische und umfassende Sammlung von jährlichen, modellbasierten Schätzungen und Prognosen für eine Reihe von Indikatoren zur Familienplanung, die sich auf einen Zeitraum von 60 Jahren beziehen. Zu den Indikatoren zählen der Einsatz von Verhütungsmitteln, ungedeckter Bedarf an Familienplanung, Gesamtnachfrage nach Familienplanung und der Anteil der Nachfrage nach Familienplanung bei verheirateten oder in einer Beziehung lebenden Frauen für den Zeitraum von 1970 bis 2030. Die Schätzungen, Projektionen und Unsicherheitsbewertungen wurden mit Hilfe eines Bayesschen hierarchischen Modells, kombiniert mit landesspezifischen Zeitrends, generiert. Das Modell ist eine Fortentwicklung vorheriger Arbeiten und berücksichtigt Unterschiede der Datenquelle, Bevölkerungsstichproben und Verhütungsmethoden, die in Messungen der Prävalenz enthalten sind. Weitere Informationen über modellbasierte Schätzungen zur Familienplanung, Methodologien und Aktualisierungen sind zu finden unter www.un.org/en/development/desa/population. Die Schätzungen wurden auf Grundlage der länderspezifischen Daten in „World Contraceptive Use 2017“ zusammengestellt.

Anteil der verheirateten oder in einer festen Partnerschaft lebenden Frauen (15–49 Jahre), die Verhütungsmittel anwenden, in %, 2018, irgendeine Methode/moderne Methode

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen. Modellbasierte Schätzungen gehen auf Daten zurück, die von Stichprobenuntersuchungen abgeleitet wurden. Die Untersuchungsdaten beziffern den Anteil der verheirateten Frauen (einschließlich derjenigen in nichtehelichen Lebensgemeinschaften), die zum gegenwärtigen Zeitpunkt irgendeine bzw. eine moderne Verhütungsmethode anwenden. Zu den modernen und klinischen Methoden zählen die Sterilisation des Mannes und der Frau, die Spirale, die Pille, Injektionen, Hormonimplantate, Kondome und von der Frau benutzte Barrieremethoden.

Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 Jahre), 2018

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen. Frauen mit einem ungedeckten Bedarf an Familienplanung sind Frauen, die fruchtbar und sexuell aktiv sind, aber keine Verhütungsmethode verwenden und angeben, dass sie den Zeitpunkt der nächsten Geburt hinausschieben möchten. Hierbei handelt es sich um eine Unterkategorie des gesamten ungedeckten Bedarfs an Familienplanung, der auch den Bedarf von Frauen einschließt, die die Geburtenzahl begrenzen möchten. Das Konzept des ungedeckten Bedarfs verweist auf die Kluft zwischen den reproduktiven Absichten von Frauen und ihrem Verhütungsverhalten. Im Hinblick auf die Überwachung der MDGs bezieht sich der ungedeckte Bedarf als Prozentanteil lediglich auf Frauen, die verheiratet sind oder in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft leben.

Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methoden, bei Frauen (15–49 Jahre), in %, 2018

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen. Anteil des gedeckten Bedarfs moderner Methoden am Gesamtbedarf an Familienplanung. Der Gesamtbedarf an Familienplanung entspricht der kontrazeptiven Prävalenzrate plus der ungedeckten Bedarfsrate für Verhütung. Anteil des gedeckten Bedarfs mit irgendeiner Methode (Proportion of demand satisfied with any methods – PDS) = kontrazeptive Prävalenz für irgendeine Methode (Contraceptive prevalence rate for any methods – CPR) geteilt durch den Gesamtbedarf an Familienplanung (Total demand for family planning – TD). Anteil des gedeckten Bedarfs mit modernen Methoden (Proportion of demand satisfied with modern methods – mPDS) = kontrazeptive Prävalenz für moderne Methoden (Contraceptive prevalence rate for modern methods – mCPR) geteilt durch den Gesamtbedarf an Familienplanung (TD). Wobei der Gesamtbedarf der kontrazeptiven Prävalenzrate plus der ungedeckten Bedarfsrate für Verhütung (Unmet need for contraception rate – UNR) entspricht, das heißt $TD = CPR + UNR$.

Entscheidungsmacht über sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie über reproduktive Rechte, in %, 2007–2016

Quelle: UNFPA. Anteil der Frauen zwischen 15 und 49 Jahren, die verheiratet sind oder in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft leben und in den folgenden drei Bereichen eigene Entscheidungen treffen: Geschlechtsverkehr mit ihrem Partner, Anwendung von Verhütungsmethoden und eigene Gesundheitsversorgung.

Schädliche Praktiken

Ehen von unter 18-Jährigen, in %, 2006–2017

Quelle: UNFPA. Anteil der Frauen zwischen 20 und 24 Jahren, die bereits vor dem 19. Lebensjahr in einer Ehe oder festen Partnerschaft lebten.

Von weiblicher Genitalverstümmelung betroffene Mädchen (15–19 Jahre), in %, 2004–2017

Quelle: UNFPA. Anteil der 15- bis 19-jährigen Mädchen, die einer Genitalverstümmelung unterzogen wurden.

Bildung

Nettoeinschulungsrate (m/w) in der Primarstufe, gewichtet, 2007–2017

Quelle: UNESCO-Statistikbüro (UIS). Die bereinigte Nettoeinschulungsrate gibt den Anteil der eingeschulten Kinder und Jugendlichen aus der offiziellen Altersgruppe in der Primarstufe als Prozentsatz der entsprechenden Gesamtpopulation an.

Geschlechterparitätsindex in der Primarstufe, 2007–2017

Quelle: UNESCO-Statistikbüro. Der Geschlechterparitätsindex bezieht sich auf das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Werten der gewichteten Nettoeinschulungsrate.

Nettoeinschulungsrate (m/w) in der Sekundarstufe, 2007–2017

Quelle: UNESCO-Statistikbüro. Die Nettoeinschulungsrate gibt den Anteil der eingeschulten Kinder und Jugendlichen aus der offiziellen Altersgruppe in der Sekundarstufe als Prozentsatz der entsprechenden Gesamtpopulation an.

Geschlechterparitätsindex in der Sekundarstufe, 2007–2017

Quelle: UNESCO-Statistikbüro. Der Geschlechterparitätsindex bezieht sich auf das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Werten der Nettoeinschulungsrate.

Demografische Indikatoren

Gesamtbevölkerung, in Mio., 2018

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen. Regionale Aggregate wurden von UNFPA auf Basis der Daten der Bevölkerungsabteilung berechnet. Dieser Indikator gibt die geschätzte Bevölkerung eines Landes zur Mitte des angezeigten Jahres an.

Durchschnittliches jährliches Bevölkerungswachstum, in %, 2010–2018

Quelle: UNFPA-Berechnung auf Basis von Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen. Das Bevölkerungswachstum ist die durchschnittliche prozentuale Wachstumsrate einer Bevölkerung während eines bestimmten Zeitraums. Die Zahl basiert auf dem mittleren Bevölkerungsszenario.

Bevölkerung im Alter 0–14 Jahre, in %, 2018

Quelle: UNFPA-Berechnung auf Basis von Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen. Dieser Indikator gibt den Anteil der Altersgruppe der 0- bis 14-Jährigen an der Gesamtbevölkerung an.

Bevölkerung im Alter 10–24 Jahre, in %, 2018

Quelle: UNFPA-Berechnung auf Basis von Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Dieser Indikator gibt den Anteil der Altersgruppe der 10- bis 24-Jährigen an der Gesamtbevölkerung an.

Bevölkerung im Alter 15–64 Jahre, in %, 2018

Quelle: UNFPA-Berechnung auf Basis von Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Dieser Indikator gibt den Anteil der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen an der Gesamtbevölkerung an.

Bevölkerung im Alter > 64, in %, 2018

Quelle: UNFPA-Berechnung auf Basis von Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Dieser Indikator gibt den Anteil der Altersgruppe der über 64-Jährigen an der Gesamtbevölkerung an.

Lebenserwartung (m/w) bei der Geburt, in Jahren, 2018

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Regionale Aggregate wurden von UNFPA auf Basis der Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen berechnet.

Dieser Indikator gibt die durchschnittliche Zahl der erwarteten Lebensjahre eines Neugeborenen an, wenn die Mortalitätsrisiken im Querschnitt der Bevölkerung zum Geburtszeitpunkt bestehen bleiben.

Fertilität

Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau, 2018

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Regionale Aggregate wurden von UNFPA auf Basis der Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen berechnet.

Die Gesamtfruchtbarkeitsrate gibt die durchschnittliche Anzahl der Kinder an, die eine Frau im Laufe ihres Lebens bekäme, wenn die heutigen altersspezifischen Geburtenraten während ihrer fruchtbaren Jahre konstant blieben.

Durchschnittliches Alter von Müttern bei der Geburt, in Jahren, 2015–2020

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Durchschnittliches Alter von Müttern bei der Geburt ihrer Kinder, wenn Frauen im Laufe ihres Lebens den altersspezifischen Fertilitätsraten in den jeweiligen Jahren unterliegen würden. Angegeben in Jahren.

Regionale Eingruppierung

Die Durchschnittswerte von UNFPA, die am Ende der statistischen Tabellen angegeben sind, wurden anhand von Daten von Ländern und Gebieten errechnet, die wie folgt gruppiert wurden.

Arabische Staaten

Ägypten, Algerien, Dschibuti, Irak, Jemen, Jordanien, Libanon, Libyen, Marokko, Oman, Palästina, Somalia, Sudan, Syrien, Tunesien.

Asien und Pazifik

Afghanistan, Bangladesch, Bhutan, China, Cookinseln, Demokratische Volksrepublik Korea, Fidschi, Indien, Indonesien, Iran,

Kambodscha, Kiribati, Laos, Malaysia, Malediven, Marshallinseln, Mikronesien, Mongolei, Myanmar, Nauru, Nepal, Niue, Pakistan, Palau, Papua-Neuguinea, Philippinen, Samoa, Salomonen, Sri Lanka, Thailand, Timor-Leste, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vietnam.

Osteuropa und Zentralasien

Albanien, Armenien, Aserbaidzhan, Bosnien und Herzegowina, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Mazedonien (ehemalige jugoslawische Republik), Moldawien, Serbien, Tadschikistan, Türkei, Turkmenistan, Ukraine, Weißrussland.

Ost- und Südafrika

Angola, Äthiopien, Botswana, Burundi, Demokratische Republik Kongo, Eritrea, Eswatini, Kenia, Komoren, Lesotho, Madagaskar, Malawi, Mauritius, Mosambik, Namibia, Ruanda, Sambia, Seychellen, Simbabwe, Südafrika, Südsudan, Tansania, Uganda.

Lateinamerika und Karibik

Anguilla, Antigua und Barbuda, Argentinien, Aruba, Bahamas, Barbados, Belize, Bermudas, Bolivien, Brasilien, Britische Jungferninseln, Kaiman-Inseln, Chile, Costa Rica, Curaçao, Dominika, Dominikanische Republik, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Jamaika, Kolumbien, Kuba, Mexiko, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru, Sint Maarten, St. Kitts und Nevis, St. Lucia, St. Vincent und die Grenadinen, Suriname, Trinidad und Tobago, Turks- und Caicosinseln, Uruguay, Venezuela.

West- und Zentralafrika

Äquatorialguinea, Benin, Burkina Faso, Elfenbeinküste, Gabun, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kamerun, Kapverden, Kongo, Liberia, Mali, Mauretanien, Niger, Nigeria, São Tomé und Príncipe, Senegal, Sierra Leone, Togo, Tschad, Zentralafrikanische Republik.

Stärker entwickelte Regionen

Stärker entwickelte Regionen umfassen Europa, Nordamerika, Australien, Neuseeland und Japan.

Weniger entwickelte Regionen

Weniger entwickelte Regionen umfassen alle Regionen (nach Definition der Abteilung für Bevölkerungsfragen der Vereinten Nationen) Afrikas, Asiens (ohne Japan), Lateinamerikas und der Karibik sowie Melanesien, Mikronesien und Polynesien.

Am wenigsten entwickelte Länder

Zur Gruppe der am wenigsten entwickelten Länder, wie sie von der Generalversammlung der Vereinten Nationen in den Resolutionen 59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 und 68/18 definiert wurden, zählten im Januar 2014 48 Länder: 34 in Afrika, neun in Asien, vier in Ozeanien und eins in der Region Lateinamerika und Karibik.

Im Einzelnen: Afghanistan, Angola, Äquatorial Guinea, Äthiopien, Bangladesch, Benin, Bhutan, Burkina Faso, Burundi, Dschibuti, Eritrea, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haiti, Jemen, Kambodscha, Kiribati, Komoren, Dem. Rep. Kongo, Laos, Lesotho, Liberia, Madagaskar, Malawi, Mali, Mauretanien, Mosambik, Myanmar, Nepal, Ruanda, Salomonen, Sambia, São Tomé und Príncipe, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Südsudan, Tansania, Timor-Leste, Togo, Tschad, Tuvalu, Uganda, Vanuatu und Zentralafrikanische Republik.

Impressum

**Herausgeberin
der deutschen Fassung:**

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW)
Hindenburgstr. 25 | 30175 Hannover
Telefon: 0511 94373-0 | Fax: 0511 94373-73
E-Mail: hannover@dsw.org | Internet: www.dsw.org
Spendenkonto: IBAN: DE56 2504 0066 0383 8380 00 | BIC: COBADEFFXXX

Übersetzung:

Marion Schweizer (Textpraxis, Hamburg), Thomas Pfeiffer (Stuttgart)

Redaktion:

Uwe Kerkow, Greta Theilen und Ute Stallmeister (DSW, V.i.S.d.P.)

Gestaltung/Satz:

grafik.design, Simone Schmidt (Hannover)

Herausgeber des Berichts:

© UNFPA, Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen — 17. Oktober 2018

Dieser Bericht entstand unter Federführung der Abteilung für Kommunikation und strategische Partnerschaften bei UNFPA

Leitender Forschungsberater:

Peter McDonald

Recherche und Autor*innen:

John Bongaarts, Suzana Cavanaghi, Gavin Jones, Gretchen Luchsinger, Peter McDonald, Cheikh Mbacké, Tomas Sobotka

Technische Berater*innen UNFPA:

Alanna Armitage, Michael Herrmann, Eduard Mihalas, Sandile Simelane

Redaktionsteam:

Redaktionsleitung: Richard Kollodge
Redaktionsassistentz: Katie Madonia, Katheline Ruiz
Kommunikationsberatung: Teresa Buerkle
Redaktion der digitalen Ausgabe: Katie Madonia, Katheline Ruiz
Digitale Beratung: Hanno Ranck
Design und Produktion: Prographics, Inc.

Danksagung:

Jeffrey Edmeades stand den Autor*innen beratend bezüglich reproduktiver Rechte zur Seite. Sonderbeiträge wurden von Sanne De Wilde (Bolivien), Bruna Tiussu (Brasilien), Reza Sayah (Iran), Alice Oldenburg (Kenia), Nathalie Prevost (Niger), Erik Halkjaer (Schweden) und Matthew Taylor (Thailand) verfasst. Filme und Fotografien zur Unterstützung dieser Beiträge wurden von Roger Anis (Ägypten), Sanne De Wilde und Pep Bonet (Bolivien), Deborah Klempous (Brasilien), Reza Sayah (Iran), Alice Oldenburgh (Kenia), Ollivier Girard (Niger), Melker Dahlstrand (Schweden) sowie Matthew Taylor, Varin Sachdev (Thailand) und Egor Dubrovsky (Weißbrusland) erstellt. Die Redakteur*innen danken den regionalen Kommunikationsberater*innen des UNFPA für die Koordination der Sonderbeiträge: Celine Adotevi, Tamara Alrifai, Jacob Eben, Jens-Hagen Eschenbacher, Adebayo Fayoyin, Alvaro Serrano und Roy Wadia. Weitere Kolleg*innen des UNFPA beaufsichtigten und begleiteten die Sonderproduktionen in Ägypten (Aleksandar Sasha Bodiroza, Merhan Ghaly), Bolivien (Ana Angarita, Marisol Murillo, Luigi Burgoa, Gerberth Camargo, María Eugenia Villalpando, Francesca Palestra, Guadalupe Valdes), Brasilien (Paola Bello, dem Iran (Nazanin Akhgar), Kenia (Korir Kigen, Douglas Waudu), Niger (Souleymane Saddy Maazou), Schweden (Pernille Fenger, Mette Strandlod, Patricia Grundberg), Thailand (Kullwadee Kai Sumalnop, Wassana Im-em) und Weißbrusland (Katsiaryna Mikhadziuk, Hanna Leudanskaya). Ein weiterer Dank geht an Hans Linde und Julia Schalk vom RFSU, der Schwedischen Vereinigung für Sexualaufklärung, für ihre Unterstützung des Sonderberichts aus Schweden. Die Abteilung für Bevölkerung und Entwicklung bei UNFPA sammelte regionale Daten für den Abschnitt zu Indikatoren in diesem Bericht. Quelldaten der Indikatoren in diesem Report stammen von der Abteilung für Bevölkerung und Entwicklung bei UNFPA, der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, dem statistischen Institut der Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur (UNESCO), UNICEF sowie der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Karten und Bezeichnungen:

Die Bezeichnungen und die Darstellung des Materials geben keine Meinung von UNFPA bezüglich des rechtlichen Status von Ländern, Territorien, Städten, Regionen, ihrer Amtsbefugnisse oder Grenzen wider. Die gepunktete Linie stellt annähernd die Demarkationslinie zwischen Jammu und Kaschmir dar, auf die sich Indien und Pakistan geeinigt haben. Über den endgültigen Status von Jammu und Kaschmir haben sich die Parteien noch nicht verständigt.






United Nations Population Fund

605 Third Avenue
New York, NY 10158

Telefon: +1 212 297 5000

www.unfpa.org

 @UNFPA

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW)

Hindenburgstr. 25
30175 Hannover

Telefon: 0511 94373-0

Fax: 0511 94373-73

E-Mail: hannover@dsw.org

www.dsw.org

