

UNFINISHED BUSINESS

Reproduktive Rechte und
Entscheidungsfreiheit **FÜR ALLE**

Deutsche Kurzfassung

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 bringt sich die DSW in politische Entscheidungsprozesse in den Bereichen Gesundheit, Familienplanung und Gleichstellung der Geschlechter ein.

Mehr Informationen unter www.dsw.org

UNFPA

Rechte und Entscheidungsfreiheit für alle seit 1969

UNFINISHED BUSINESS

Reproduktive Rechte und
Entscheidungsfreiheit **FÜR ALLE**



- 1** Der Kampf um Rechte und Entscheidungsfreiheit dauert an Seite 7

- 2** Sechs Frauen, sechs Jahrzehnte, sechs Lebenswege Seite 17

- 3** Gefährdete Rechte in Zeiten des Bevölkerungswachstums Seite 25

- 4** Verfügbar, aber unzugänglich Seite 33

- 5** Die Wurzel aller Probleme Seite 43

- 6** Wenn die Versorgung zusammenbricht Seite 51

- 7** Institutionen und Geld zur Absicherung von Rechten und Entscheidungsfreiheit Seite 57

- 8** Rechte und Entscheidungsfreiheit für alle verwirklichen: Wann, wenn nicht jetzt? Seite 65

- 9** Mehr als meine Mutter, weniger als meine Tochter Seite 75

Seit der Gründung von UNFPA im Jahr 1969 wurden bemerkenswerte Erfolge auf dem Wege zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und der Umsetzung reproduktiver Rechte erzielt. Aber trotz der Fortschritte sehen sich heute noch Hunderte Millionen von Frauen mit wirtschaftlichen, sozialen, institutionellen und anderen Barrieren konfrontiert, die sie daran hindern, ihre eigenen Entscheidungen darüber zu treffen, ob, wann, wie oft und mit wem sie schwanger werden wollen.

Die Durchsetzung von reproduktiven Rechten und Entscheidungsfreiheit ist ein fortdauernder Prozess, in dem sich immer wieder neue Herausforderungen ergeben.



Rechte und Entscheidungsfreiheit für alle realisieren

Man schrieb das Jahr 1969. Die Weltbevölkerung erreichte 3,6 Milliarden Menschen, was einem Anstieg von rund einer Milliarde innerhalb von 17 Jahren entsprach. Weltweit waren die Geburtenraten damals ungefähr doppelt so hoch wie heute. In den am wenigsten entwickelten Ländern brachte eine Frau etwa sechs Kinder zur Welt.

Ein Jahr zuvor war Paul R. Ehrlichs Werk *Die Bevölkerungsbombe* erschienen und hatte eine globale Panik vor einer „Überbevölkerung“ ausgelöst, die, so die Vorhersage des Autors, zu massenhafter Hungersnot auf einem „sterbenden Planeten“ führen werde.

In dieser Situation wurde UNFPA gegründet. Der Bevölkerungsfonds sollte Entwicklungsländer hinsichtlich der sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen des Bevölkerungswachstums beraten und nationale Bevölkerungsprogramme unterstützen, die mit der Bereitstellung von Verhütungsmitteln in einem beispiellosen Umfang begonnen hatten.

Erst durch diese Programme erlangten immer mehr Frauen in Entwicklungsländern die Freiheit, selbst über Schwangerschaften und Verhütungsmethoden zu entscheiden. Und dies wiederum führte dazu, dass sie weniger Kinder zur Welt brachten. Schlussendlich gewannen Millionen Menschen die Kontrolle über ihre Fortpflanzung.

Doch obwohl Verhütungsmittel im Lauf der Jahre immer breiter verfügbar wurden, haben auch heute noch viele hundert Millionen Frauen keinen Zugang zu ihnen – und zu der damit verbundenen Entscheidungsfreiheit. Ohne diesen Zugang haben sie nicht die Macht, über ihren eigenen Körper und die Zahl und den Zeitpunkt ihrer Schwangerschaften zu bestimmen.

Ohne diese Macht – die von der Bildung über das Einkommen bis hin zur Sicherheit viele weitere Lebensbereiche beeinflusst – sind Frauen weiterhin nicht in der Lage, ihre eigene Zukunft zu gestalten.

Seit seiner Gründung im Jahr 1969 steht UNFPA an der Spitze multilateraler Bestrebungen, Frauen in Entwicklungsländern bei ihrem Hürdenlauf über die sich ständig verändernden Hindernisse auf dem Weg zu ihren reproduktiven Rechten Orientierung zu geben. 1994 gewannen diese Bestrebungen neue Dynamik und Inspiration, als in Kairo 179 Regierungen zur Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung zusammentraten und einen Plan für nachhaltige Entwicklung ausarbeiteten. Dieser gründet auf zwei Säulen: individuelle Rechte und Entscheidungsfreiheit sowie die Verwirklichung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit für alle. Dieser in einem Aktionsprogramm verankerte Plan hat nicht nur die globale Bewegung für reproduktive Rechte neu belebt, sondern auch UNFPA zu deren Sachwalter bestimmt.

Durch die konzertierte Initiative von zivilgesellschaftlichen Akteuren, Regierungen, Entwicklungsorganisationen und UNFPA haben sich in den vergangenen 50 Jahren Chancen und Möglichkeiten für Frauen und Mädchen auf der ganzen Welt eröffnet. Doch wir haben noch einen langen Weg vor uns, bis alle Frauen und Mädchen die Macht und die Mittel besitzen, über ihren eigenen Körper zu bestimmen und informierte Entscheidungen über ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit zu treffen.

Zugleich müssen wir uns gegen diejenigen Kräfte zur Wehr setzen, die uns in eine Zeit zurückkatapultieren wollen, in der Frauen bei reproduktiven Entscheidungen und auch in allen sonstigen Lebensbereichen kaum Mitspracherechte hatten.

Der Kampf für Entscheidungsfreiheit und reproduktive Rechte muss weitergehen, bis diese für alle verwirklicht sind.

Dr. Natalia Kanem

Untergeneralsekretärin der Vereinten Nationen und Exekutivdirektorin UNFPA, Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen



1969

1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993

1994

1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018

2019



DER KAMPF UM RECHTE UND ENTSCHEIDUNGSFREIHEIT DAUERT AN

Das Jahr 2019 markiert zwei wichtige Meilensteine im Bereich der reproduktiven Gesundheit: das 50. Gründungsjubiläum von UNFPA und den 25. Jahrestag der wegweisenden Weltbevölkerungskonferenz (International Conference on Population and Development, ICPD) in Kairo. Diese beiden Ereignisse haben das Leben von Frauen und Familien sowie die Gesellschaften, in denen sie leben, grundlegend geprägt.

Die Welt 1969

Vor 50 Jahren lag die Fertilität weltweit im Durchschnitt bei 4,9 Kindern pro Frau und 35 Prozent der verheirateten Frauen verwendeten eine Verhütungsmethode. In den am wenigsten entwickelten Ländern bekamen Frauen im Durchschnitt 6,7 Kinder. Hier verwendeten nur rund zwei Prozent eine Verhütungsmethode.

Schwangerschaftsabbrüche standen in weiten Teilen der Welt unter Strafe. Die Frauenbewegung kämpfte um Gleichberechtigung beim Zugang zu Bildung, auf dem Arbeitsmarkt, bei den Löhnen, Heirat und Scheidung, den Eigentumsrechten und an einer Vielzahl weiterer Fronten.

1969 gründete USAID, die US-Behörde für Entwicklungs-

zusammenarbeit, mit dem Office of Population eine eigene Abteilung für Bevölkerungsfragen, und Ghana beschloss ein Programm der Bevölkerungsplanung für nationalen Fortschritt und Wohlstand. Ein Jahr zuvor hatten die Delegierten auf der ersten Internationalen Menschenrechtskonferenz der Vereinten Nationen in Teheran erstmals in einer globalen

Erklärung das Grundrecht von Eltern bekräftigt, frei und verantwortungsbewusst über die Anzahl ihrer Kinder und den zeitlichen Abstand zwischen den Geburten zu bestimmen.

Angestoßen durch eine stark verbesserte öffentliche Gesundheitsversorgung in deren Folge die Säuglings- und Kindersterblichkeit stark sank und die durchschnitt-

liche Lebenserwartung deutlich anstieg, hatten die Geburtenraten 1969 in einem Großteil der sich entwickelnden Welt die Sterberaten bereits deutlich überflügelt. Die Sorge, das daraus resultierende Bevölkerungswachstum könne den wirtschaftlichen Fortschritt und die Umwelt beeinträchtigen, trug zum Wunsch bei, die menschliche Fertilität besser zu verstehen und

zu managen. Die Einrichtung des United Nations Fund for Population Activities, UNFPA, der 1987 in United Nations Population Fund (Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen) umbenannt wurde, war ein Ausdruck des wachsenden Interesses an den Auswirkungen des Bevölkerungswachstums auf soziale und wirtschaftliche Entwicklung.

1969
bis 2019



▲
RAFAEL SALAS

4
MILLIARDEN
MENSCHEN
LEBEN
AUF DER ERDE

MEILENSTEINE
für UNFPA und die
Bevölkerungs-
entwicklung

1969

Der United Nations Fund for Population Activities wird eingerichtet und Rafael Salas dessen erster Exekutivdirektor.

1972

Der Biologe Robert Geoffrey Edwards erklärt, er habe erstmals eine In-vitro-Fertilisation durchgeführt.

DIE VEREINTEN NATIONEN ERKLÄREN DEN 10. DEZEMBER ZUM TAG DER MENSCHENRECHTE

1974



Auf Seiten der Vereinten Nationen bestand der Wunsch, Aktionsprogramme zu unterstützen, die auf die Stabilisierung der Weltbevölkerung abzielten.

Die wachsende Verfügbarkeit neuer und wirksamer Verhütungsmethoden in den 1960er-Jahren läutete für Frauen eine Zeitenwende ein. Mit der Pille verfügten sie zum ersten Mal überhaupt über

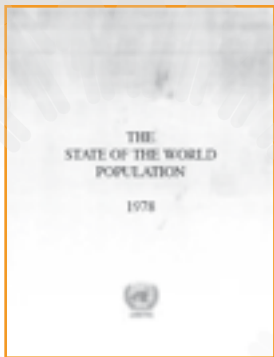
die Möglichkeit, ungewollte Schwangerschaften zuverlässig zu verhindern und selbst über ihr reproduktives Leben zu bestimmen.

Die Welt im Jahr 1994

Als vor 25 Jahren in Kairo die ICPD stattfand, lag die durchschnittliche globale Fertilitätsrate bei rund drei Geburten pro Frau. 58,8 Prozent der Frauen verwendeten Verhütungs-

mittel; in den am wenigsten entwickelten Ländern lag die durchschnittliche Fertilität hingegen bei 5,6 Kindern. Hier verwendeten lediglich 20,2 Prozent der verheirateten Frauen Verhütungsmittel.

In den Jahren vor der ICPD hatte sich ein schrittweiser und immer schneller ablaufender Wandel vollzogen: weg vom primären Fokus auf Bevölkerungsfragen und



UNFPA VERÖFFENTLICHT DEN ERSTEN WELTBEVÖLKERUNGSBERICHT

1978

Das erste In-vitro befruchtete Baby wird geboren.

DAS ÜBEREINKOMMEN ZUR BESEITIGUNG JEDER FORM VON DISKRIMINIERUNG DER FRAU (CEDAW) WIRD VERABSCHIEDET

1979

Das erste internationale Jahr des Kindes wird ausgerufen.



DIE VEREINTEN NATIONEN RICHTEN DEN POPULATION AWARD EIN

1981

WELTBEVÖLKERUNGSKONFERENZ IN MEXIKO-STADT

1984

Erste erfolgreiche Übertragung eines Embryos von einer Frau zur anderen.

die Verringerung der Fertilität hin zu einem Fokus, der das Recht von Einzelpersonen und Paaren betonte, Schwangerschaften zu verhindern oder hinauszuzögern und sexuelle und reproduktive Gesundheit zu erlangen. Vorangetrieben wurde dieser Wandel hauptsächlich von Frauenrechtlerinnen und Fürsprechern der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte.

Zum Teil stellte er auch eine Reaktion auf die Auswüchse der in den Jahrzehnten zuvor betriebenen zielorientierten „Bevölkerungskontrollpolitik“ dar. In den 1970er- und 1980er-Jahren hatten einige Länder mit Unterstützung und Ermutigung finanzkräftiger Geberländer und Stiftungen zahlreiche Programme aufgelegt, die Paare nötigten und teils sogar zwangen,

Verhütungsmittel zu verwenden oder ihre Familiengröße zu begrenzen; alternativ wurden ihnen finanzielle oder andere Anreize angeboten, um sie dazu zu bewegen.

Das von 179 Regierungen verabschiedete ICPD-Aktionsprogramm forderte ausdrücklich, demografische und der Fertilitätskontrolle dienende Ziele aus den nationalen Bevölkerungs- und Familien-



**DR. NAFIS SADIK
WIRD ZUR EXEKUTIV-
DIREKTORIN ERNANNT**

**UNFPA WIRD IN
BEVÖLKERUNGSFONDS
DER VEREINigten
NATIONEN UMBENANNT**



**WELTBEVÖLKERUNGS-
KONFERENZ IN KAIRO (ICPD)**

**WELTKONFERENZ ÜBER
MENSCHENRECHTE IN WIEN**

1986

1987

1993

1994

Erste Geburt eines Babys von einer nicht verwandten Leihmutter.

**5
MILLIARDEN
MENSCHEN
LEBEN
AUF DER ERDE**



planungsprogrammen zu streichen. Das Aktionsprogramm erkannte zwar immer noch an, dass die Bevölkerungsdynamik bei der Politikgestaltung berücksichtigt werden müsse, doch es rief unmissverständlich dazu auf, die Bedürfnisse und Rechte von Frauen in den Mittelpunkt der Bevölkerungs- und Entwicklungspolitik zu stellen. Die Regierungen einigten sich

darauf, Frauen, Paaren und Familien Zugang zu einer Reihe von Maßnahmen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu gewähren. Sie beschlossen, soziale und wirtschaftliche Veränderungen auf den Weg zu bringen, die Frauen stärken, ihre Rechte respektieren und dazu beitragen würden, die Welt in Richtung der Gleichstellung der Geschlechter zu bewegen.

Fortschritte und Rückschläge seit 1994

Der ICPD-Konsens markierte einen Wendepunkt und war ein transformativer Sieg für die Bewegung für reproduktive Rechte. Indem die Weltbevölkerungskonferenz von Kairo die individuellen Rechte und Wohlbefinden in den Mittelpunkt der Agenda für reproduktive Gesundheit rückte,

6
MILLIARDEN

VIERTE
WELTFRAUEN-
KONFERENZ
IN PEKING

MENSCHEN
LEBEN
AUF DER ERDE



MILLENNIUMS-
ENTWICKLUNGS-
ZIELE



THORYA AHMED OBAID
WIRD ZUR
EXEKUTIVDIREKTORIN
VON UNFPA ERNANNT

1995

1999

2000

2001



Die Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet die Millenniums-Entwicklungsziele.

setzte sie eine ganze Reihe von Veränderungen in Gang: In der Forschung wurden nun die Faktoren untersucht, die individuelle Entscheidungen und Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der Anwendung oder Nichtanwendung von Verhütungsmitteln und Fertilität im Allgemeinen beeinflussen. Die Kommunikation fokussierte sich nun darauf, Frauen, Männer und

Entscheidungsträger über die gesundheitlichen, wirtschaftlichen und sozialen Vorteile einer geringeren Fertilität und der Verhütung ungewollter Schwangerschaften aufzuklären. Und bei Dienstleistungen ging es darum, eine umfassende Palette von Verhütungsmethoden bereitzustellen und die Entscheidungsfreiheit für alle Frauen ins Zentrum der Bemühungen zu stellen.

Das Kairoer Aktionsprogramm erkannte auch an, dass die Bedürfnisse von Heranwachsenden im Bereich der reproduktiven Gesundheit bis dahin weitgehend ignoriert worden waren. Der ICPD-Konsens rief zwar zu besonderen Anstrengungen auf, um ihren Bedürfnissen besser gerecht zu werden, doch der Widerstand gegen die Bereitstellung umfassender Angebote für



DAS ZIEL DES UNIVERSELLEN ZUGANGS ZU DIENSTLEISTUNGEN DER REPRODUKTIVEN GESUNDHEIT WIRD IN DIE MILLENNIUMSENTWICKLUNGZIELE AUFGENOMMEN

UNFPA STARTET EIN WELTWEITES PROGRAMM, UM DIE PRODUKTQUALITÄT VON BEDARFSARTIKELN FÜR DIE REPRODUKTIVE GESUNDHEIT ZU VERBESSERN

DR. BABTUNDE OSOTIMEHIN WIRD ZUM EXEKUTIVDIREKTOR VON UNFPA ERNANNT

2005

2006

2007

2011

DIE VOLLVERSAMMLUNG DER VEREINTEN NATIONEN BESCHLIESST DIE EINRICHTUNG DES UN-MENSCHENRECHTS-RATES



7
MILLIARDEN
MENSCHEN
LEBEN
AUF DER ERDE

Sexualaufklärung und reproduktive Gesundheit für Heranwachsende sowie Meinungsverschiedenheiten über die Frage der elterlichen Zustimmungspflicht führten zu einer verworrenen Sprache im Abschlussdokument und in der Praxis manchmal auch zu einer ebensolchen Politik.

Zeitlich fiel die ICPD mit dem Höhepunkt einer schweren öffent-

lichen Gesundheits- und Rechtskrise zusammen – der HIV/Aids-Pandemie. Angesichts der enormen Auswirkungen der Krise wallten Ängste und Aktivismus auf, und manche Geber konzentrierten ihre Aufmerksamkeit und Finanzmittel auf die Bekämpfung der Pandemie. Das hatte zur Folge, dass die Mittelzuwendungen für andere Aspekte der sexuellen und repro-

duktiven Gesundheit weitgehend stagnierten.

Einige Beobachter warnten davor, dass das Kairoer Aktionsprogramm mit seinem Fokus auf die individuellen Wahlmöglichkeiten und die Stärkung der Frau Geber und Regierungen abschrecken könnte. Diese Befürchtungen bewahrheiten sich jedoch nicht. Als die Vereinten Nationen dann im Jahr 2000 die



DIE GENERALVERSAMMLUNG DER VEREINTEN NATIONEN VERABSCHIEDET EINE RESOLUTION ZUR VERHINDERUNG VON WEIBLICHER GENITAL-VERSTÜMMELUNG

NACH 20 JAHREN WERDEN DIE FORTSCHRITTE BEI DER UMSETZUNG DES AKTIONSPROGRAMMS DER WELTBEVÖLKERUNGSKONFERENZ VON KAIRO ÜBERPRÜFT

2012

2013

2014

2015



DIE FRAUENRECHTSKOMMISSION DER VEREINTEN NATIONEN RUFT ALLE LÄNDER AUF, ZWANGSEHEN SOWIE DIE VERHEIRATUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN ZU BEENDEN

DIE GENERALVERSAMMLUNG DER VEREINTEN NATIONEN VERABSCHIEDET DIE ZIELE FÜR NACHHALTIGE ENTWICKLUNG EINSCHLIESSLICH DES ZIELS DES UNIVERSELLEN ZUGANGS ZU SEXUELLER UND REPRODUKTIVER GESUNDHEIT UND ENTSPRECHENDEN DIENSTLEISTUNGEN

Millenniums-Entwicklungsziele (MDGs) verabschiedeten, mit denen sie die globalen Ziele und Vorgaben für die nächsten 15 Jahre festlegten, war jedoch von reproduktiver Gesundheit zunächst keine Rede. Stattdessen hatten die für die Erstellung der MDGs verantwortlichen Experten entschieden, als fünftes Ziel die „Verbesserung der Gesundheit von Müttern“ aufzunehmen. Erst 2005 gelang es, den universellen Zugang

zu sexueller und reproduktiver Gesundheit als Zielvorgabe innerhalb des Entwicklungsziels der Müttergesundheit zu verankern.

Der anfängliche Verzicht darauf, sexuelle und reproduktive Gesundheit explizit in die MDGs aufzunehmen, trug zur Einschätzung bei, dass die Thematik umstritten und problematisch und daher leichter zu ignorieren war – zumindest in globalen Diskussionen und Verhandlungen. Obwohl sie

in der internationalen Gemeinschaft häufig stiefmütterlich behandelt wurde, verblieb sie auf der Tagesordnung und es flossen weitere Mittel in Familienplanungsprogramme. Im Juli 2012 erzeugte der Londoner Familienplanungsgipfel einen starken Impuls, der wichtige neue Geberzusagen und politische Verpflichtungen mobilisierte und die NRO-Szene neu belebte.



DR. NATALIA KANEM WIRD ZUR EXEKUTIVDIREKTORIN VON UNFPA ERNANNT



UNFPA WIRD 50, UND DIE WELTBEVÖLKERUNGSKONFERENZ VON KAIRO IST 25 JAHRE HER

2017

2018

2019

Die Weltkonferenz für primäre Gesundheitsversorgung in Astana betont die zentrale Bedeutung von sexueller und reproduktiver Gesundheit.



ICPD25
International Conference on
Population and Development

Ein neues Paradigma: 2015 und die Ziele der nachhaltigen Entwicklung

Im September 2015 verabschiedeten 193 Länder einen neuen globalen Entwicklungsrahmen als Nachfolger der MDGs. Der erweiterte Umfang der Agenda und die zunehmende Komplexität der zu bewältigenden Herausforderungen spiegeln sich unter anderem darin wider, dass die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung 17 Ziele für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, kurz SDGs) mit insgesamt 169 Zielvorgaben umfasst.

Zwar ist die Beseitigung der Armut nach wie vor das vorrangige Ziel der neuen globalen Agenda, doch wird die sexuelle und reproduktive Gesundheit als unerlässlich für eine gerechte Entwicklung und die Stärkung der Frau anerkannt. Dies geschieht an zwei Stellen: in SDG 3 über ein gesundes Leben für alle Menschen sowie in SDG 5 zur Geschlechtergleichstellung und Selbstbestimmung für alle Frauen und Mädchen. Andere zentrale Elemente der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, einschließlich der Mütter- und Neugeborenensterblichkeit und HIV, sind als Zielvorgaben in SDG 3 enthalten, die Beseitigung der geschlechtsspezifischen Gewalt und schädlicher Praktiken in SDG 5. Die SDGs fordern zudem eine umfassende Gesundheitsversorgung.



Millionen von Frauen in Indien reichen sich die Hände und bilden eine 385 Meilen lange Mauer, um gegen Ungleichheit zu protestieren, 2019. © Babus Panachmoodu

In den letzten 25 Jahren haben einige Regionen der Welt in verschiedenen Überprüfungskonferenzen und Prozessen im Zusammenhang mit der ICPD wiederholt auf die Anerkennung der sexuellen Rechte gedrängt. Diese beinhalten das Recht aller Menschen, ihre individuelle Sexualität zum Ausdruck zu bringen, die Rechte Heranwachsender auf eine umfassende Sexuaufklärung und Zugang zu sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdiensten sowie das Recht von Frauen und Mädchen, ein Leben frei von geschlechtsspezifischer Gewalt und Zwang führen zu können. Bislang haben sich die Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen jedoch noch nicht auf einen Konsens über diese Rechte verständigen können.

2019 und darüber hinaus

Der 50. Jahrestag von UNFPA und der 25. Jahrestag der ICPD bieten der Weltgemeinschaft die einmalige Gelegenheit, auf dem Erreichten

aufzubauen und sich uneingeschränkt für die Verwirklichung einer zukunftsweisenden Agenda für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte einzusetzen.

Die 2010 vom ehemaligen Generalsekretär der Vereinten Nationen, Ban Ki-moon, ins Leben gerufene und heute von UN-Generalsekretär António Guterres geleitete Every Woman Every Child-Bewegung (EWEC) lenkt die Aufmerksamkeit und das Engagement auf die SDGs und die universelle Gesundheitsversorgung, insoweit sie auf Frauen, Mädchen und Jugendliche bezogen sind.

Das Streben nach Rechten und Wahlmöglichkeiten für alle ist ein permanenter Prozess, bei dem immer wieder neue Herausforderungen auftauchen. Art und Umfang dieser Herausforderungen mögen sich über die Jahre hinweg verändert haben, der Wille und die Bereitschaft der internationalen Gemeinschaft, diese zu überwinden, sind jedoch nach wie vor stark.



SECHS **FRAUEN**, SECHS JAHRZEHNTE, SECHS LEBENSWEGE

Sechs Frauen, die 1969 zehn und zum Zeitpunkt der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo 35 Jahre alt waren, sprechen über Ehe, Arbeit und Familie. Hatten sie die Freiheit, ihre eigenen Wege zu gehen und ihre eigene Zukunft zu gestalten?



© UNFPA/R. Anis

„Es gab keine andere Möglichkeit, als zu heiraten – das war die einzige Zukunft, die ich mir vorstellen konnte.“ Dahab

Die Möglichkeiten waren begrenzt

Dahab Elsayed wohnt am Stadtrand von Kairo. Sie erinnert sich vage an den Trubel, der während der ICPD in ihrer Stadt herrschte. Aber sie bekam von der Konferenz und ihrer Wirkung nichts Genaueres mit.

Als fünfzehnjähriges Mädchen, das in einer armen Familie auf dem Land aufwuchs, hatte Dahab keine große Wahl; selbst eine Ausbildung war unerreichbar. „Es gab keine andere Möglichkeit, als zu heiraten – das war die einzige Zukunft, die ich mir vorstellen konnte“, sagt sie.

Dahab erinnert sich an den Tag, als eine Frau zu ihrer Familie ins Haus

kam und ihre Genitalien beschnitt. Sie weiß noch, dass sie danach 15 Tage lang krank im Bett lag. Doch als sie selbst eine Familie gründete, ließ sie auch ihre Tochter beschneiden. „Es [die weibliche Genitalverstümmelung] war unausweichlich“, sagt Dahab. Ihre Schwiegereltern bestanden darauf. Die Heiratsaussichten hingen davon ab. Damals wurden alle Mädchen beschnitten.

Heute hält sie die Anwendung dieser Praxis für falsch und ihre Enkeltochter blieb davon verschont. „Heute ist das nicht mehr erwünscht“, sagt Dahab, die durch eine TV-Kampagne erfuhr, welche

schlimmen Folgen die weibliche Genitalverstümmelung hat und dass diese Praxis inzwischen illegal ist.

Dahab bekam schon bald nach ihrer Heirat vier Kinder, die in kurzen Abständen geboren wurden. Weil die Familie arm war und sich die Gesundheit ihres Mannes verschlechterte, fand das Paar, dass sie genug Kinder hatten. Da sie immer nur Gelegenheitsarbeiten machte – Putzen, Waschen, Pflegen –, besaß sie nie eine Krankenversicherung, die Verhütungsmittel bezahlt hätte. Doch die Spirale wurde in Ägypten subventioniert, und so ließ sie sich eine einsetzen.

In einer Welt begrenzter Horizonte

Rajeshwari Mahalingam erinnert sich, dass sie im indischen Bundesstaat Tamil Nadu gern zur Schule ging. Dort kannte man sie, weil sie schöne, lange Locken hatte und bei Tanzvorführungen auftrat. Aber niemand fragte sie je danach, wovon sie träumte oder was sie später einmal machen wollte. Wenn sie doch einmal darüber nachdachte, schien es für sie nur wenige Berufsperspektiven zu geben: Hausfrau, Krankenschwester, Lehrerin.

Mit 25 Jahren ging sie eine arrangierte Ehe ein. Sie musste warten, bis all ihre sieben älteren Geschwister verheiratet waren und ihre Eltern einen passenden Mann für sie gefunden hatten, der keine allzu große Mitgift forderte.

Nachdem sie zwei Kinder durch Kaiserschnitt zur Welt gebracht hatte, sagte man ihr, dass auch alle weiteren Babys per Kaiserschnitt entbunden werden müssten. Die Kosten dafür hätte ihre Familie nicht tragen können, also beschloss sie, sich durch eine Eileiterunterbrechung sterilisieren zu lassen. Sie hatte bereits einen Teil ihres Goldschmucks verkaufen müssen, um

die Entbindung ihres zweiten Kindes, einer Tochter, zu finanzieren.

Den größten Teil ihres Lebens kümmerte sie sich um ihre Familie, wobei sie zeitweise, wenn es finanziell eng wurde, auch andere Kinder aufnahm und versorgte, um zusätzlich Geld zu verdienen. Ihre beiden Kinder verfügen heute über einen College-Abschluss und sind erfolgreich.

„Mutter zu sein, war das Allerschönste für mich. Eine Frau ist der strahlende Mittelpunkt des Hauses“, sagt Rajeshwari. „Eine Frau leistet

einen Beitrag für die Familie und auf diese Weise auch für die Stadt, das Land und die Welt.“

Was die Erwartungen und Chancen junger Frauen betrifft, hat Rajeshwari im Lauf ihres Lebens große Veränderungen erlebt. Vor ihrer Heirat scheute sie sich, viel aus dem Haus zu gehen, denn ihre Eltern lehnten dies ab. Doch schon ihre Schwester, die nur fünf Jahre jünger war als sie, genoss deutlich mehr persönliche Freiheiten. Sie konnte sich sozial engagieren, einen Masterabschluss machen, und sie beschäftigt sich beruflich mit Frauenthemen.

„Mutter zu sein, war das Allerschönste für mich.“

Rajeshwari

© UNFPA/Stormy Clicks



Von der Not zum politischen Handeln

Als Zehnjährige in Uganda bewunderte Josephine Kasya ihre Lehrer. „Sie waren so klug, dass ich unbedingt auch Lehrerin werden wollte. Auch mein Vater, den ich sehr liebte, war Lehrer. Ich wollte genauso sein wie mein Vater.“ Aber als Josephine zwölf Jahre alt war, kam in ihrem Land Idi Amin an die Macht, und es folgten Jahre der Unsicherheit, Not und Gewalt. Ihr Traum, Lehrerin zu werden, ließ sich nie verwirklichen.

Als der Bürgerkrieg 1986 zu Ende ging, war von ihrem Wohnort wenig übriggeblieben. So zog sie zusammen mit ihrem neuen Ehemann, einem Sozialarbeiter, in dessen etwas abgelegene Heimat, eine grüne Gegend im Süden des Landes. Der neue Wohnort war zwar weniger vom Krieg zerstört, aber ihr fehlte die gewohnte soziale Umgebung. „Es war ein ganz anderes Leben dort, sehr schwierig“, sagt sie über den Beginn ihrer Ehe. Damals kümmerte sie sich um ihre sechs Kinder, holte das Wasser aus eineinhalb Kilometern Entfernung herbei und hütete Kühe. „Ich konnte etwas Milch verkaufen. Damit verdiente ich ein bisschen Geld und

konnte ein paar Sachen für unser Zuhause anschaffen.“

Ihre Führungsqualitäten fielen auf, und sie wurde zunächst auf lokaler Ebene gewählt und später, im Jahr 2001 zur Vorsitzenden eines Bezirks mit 250.000 Einwohnern. In ihrer gesamten politischen Laufbahn hat sie sich für die Entwicklung der Gemeinde, für Mädchenbildung

und für die Gleichstellung von Frauen und Männern eingesetzt und vor allem den Frauen auf dem Land eine Stimme gegeben. „Ich habe mit dem Mythos aufgeräumt, dass diese Position nur etwas für Männer sei. Und ich habe den Weg freigemacht, sodass andere Frauen in anderen Bezirken ähnliche Positionen besetzen konnten“, sagt sie stolz.

„Ich habe mit dem Mythos aufgeräumt, dass diese Position nur etwas für Männer sei. Und ich habe den Weg freigemacht, sodass andere Frauen in anderen Bezirken ähnliche Positionen besetzen konnten.“

Josephine

© UNFPA/M. Mugisha



Wenn der Krieg Chancen zerstört

Say Yang träumte davon, eine gute Schule zu besuchen und fleißig zu lernen, um sich ihren Berufswunsch zu erfüllen und Lehrerin zu werden. Doch als sie 16 war, löste sich ihr Traum in Luft auf: Soldaten tauchten in ihrem Wohnort auf, schossen in die Luft und brüllten herum. Sie wurde von ihrer Familie getrennt und zu harter körperlicher Arbeit gezwungen. „Der Krieg hat alles kaputt gemacht“, sagt sie. „Sogar meine Träume.“

Als in Kambodscha die persönlichen Freiheiten unter den Roten Khmer eingeschränkt wurden, war Yang gezwungen, im Rahmen einer großen kollektiven Hochzeitsfeier einen Mann zu heiraten, den sie nicht einmal beim Namen kannte.

Als die Herrschaft der Roten Khmer zu Ende war, reisten Yang und ihr Mann zurück in ihre Heimatstadt und kamen bei ihrer Mutter unter. Von 1981 bis 1988 brachte sie fünf Kinder zur Welt, von denen eines als Säugling und ein zweites mit 13 Jahren starb. Nachdem sie von einer Nachbarin erfahren hatte, dass im Krankenhaus der benachbarten Stadt Sterilisationen



© UNFPA/M. Kasztelan

*„Der Krieg hat alles kaputt gemacht.
Sogar meine Träume.“*

Yang

vorgenommen würden, machte sie sich auf den beschwerlichen und auch etwas gefährlichen Weg dorthin, um sich dem Eingriff zu unterziehen.

Eines Tages erhielt Yang die erfreuliche Nachricht, sie dürfe eine

Ausbildung zur Lehrerin beginnen. „Aber ich hätte das einfach nicht geschafft. Ich hatte ein Kind, um das ich mich kümmern musste und einen Haushalt, der mich tagtäglich in Anspruch nahm. Also habe ich den Platz an meinen Mann abgetreten ...“.

Frauenrechte durchsetzen

Bis zum Alter von 14 Jahren führte Alma Odette Chacón ein relativ unkompliziertes, glückliches Leben als das älteste von sechs Kindern einer Familie in Guatemala City. Ihre Eltern hielten viel von Bildung und schickten die Kinder auf eine Jesuitenschule. Wenn sie an die Zukunft dachte, stellte Alma sich vor, wie ihre Mutter Lehrerin zu werden oder ihrem Vater als Buchhalterin nachzueifern.

Ihr Leben änderte sich abrupt, als ihre Mutter eines Nachts ins Krankenhaus ging, um ihr siebtes Kind zur Welt zu bringen. Sie kam nie mehr zurück. Obwohl alle früheren Geburten ihrer Mutter normal verlaufen waren, ging diesmal etwas schief.

Ein Jahr, nachdem Almas Mutter gestorben war, wurden bei einem Erdbeben der Stärke 7,5 in der Nähe von Guatemala City 100.000 Menschen getötet oder verletzt und mehr als eine Million obdachlos. Alma empfand tiefes Mitgefühl für die Menschen, die ihr Zuhause verloren hatten und begann, den Überlebenden zu helfen.

„Frauen wissen heute ganz genau, dass sie Rechte haben und selbst darüber entscheiden können sollten, was mit ihrem Körper geschieht.“

Alma

Bald darauf erhielt sie von ihrer Schule einen finanziellen Zuschuss, um einen Monat in einer indigenen Quiché-Gemeinde zu unterrichten. Diese beiden Erfahrungen, die sie mit ausgegrenzten Menschen in Not – meist indigenen Frauen – gemacht habe, so sagt sie, hätten sie dazu gebracht, sich ihr ganzes Leben lang für soziale Gerechtigkeit einzusetzen.

In ihren Zwanzigern befürchtete sie, wegen ihres politischen Engagements verhaftet zu werden, und verließ Guatemala in Richtung Mexiko, wo sie sich nach einer Ausbildung in der Werbebranche umsah. Dort lernte sie ein freieres



© UNFPA/Rizzo Producciones

Leben kennen und kam mit feministischen Ideen in Berührung. Um ihren Lebensunterhalt zu finanzieren, nahm sie verschiedene Jobs an – unter anderem als Putzhilfe, als Produktionsassistentin und als Sekretärin in einem Menschenrechtszentrum.

Heute lebt sie wieder in Guatemala und arbeitet nun schon seit mehreren Jahrzehnten bei einer zivilgesellschaftlichen Organisation, die sich für Frauenrechte einsetzt. Unter diesem Blickwinkel erkennt sie große Veränderungen, was die Einstellungen von Frauen betrifft, insbesondere in indigenen Gesellschaften: „Frauen wissen heute ganz genau, dass sie Rechte haben und selbst darüber entscheiden können sollten, was mit ihrem Körper geschieht.“

Anderen helfen - ein Leben lang

Tefta Shakaj wollte schon immer an der Universität studieren und Ärztin werden, aber als Teenager in Albanien war das für sie keine Option. „Wir mussten das tun, was man uns vorschrieb“, erzählt sie. Doch nach ihrem Sekundarschulabschluss erhielt sie die Chance, die ihr Leben veränderte: eine einjährige Ausbildung zur Hebamme.

Nach ihrer Ausbildung wurde Tefta in ein abgelegenes Dorf versetzt, in dem es an medizinischen Einrichtungen, Personal und Equipment mangelte. Aber sie liebte es, sich um die Neugeborenen und die Mütter zu kümmern, und arbeitete mit großer Leidenschaft: Entbindungen, vorgeburtliche Versorgung, Betreuung von Kleinkindern auf einer Kinderstation. „Ich habe vielen geholfen, weil Entbindungen häufig zu Hause stattfanden – es gab nur wenige Gesundheitszentren.“

Nach dem Sturz des kommunistischen Regimes Anfang der 1990er-Jahre heiratete sie und brachte zwei Kinder zur Welt. Wenn die wirtschaftliche Unsicherheit damals nicht so groß gewesen wäre, hätte sie gern mehr Kinder

bekommen. Dann wurde auch noch ihr Ehemann krank, und sie brauchten Geld für seine medizinische Versorgung. Weil sie keinen Zugang zu Verhütungsmitteln hatte, wurde sie schwanger und ließ – wie es damals viele Frauen in Osteuropa taten – das Kind abtreiben.

Tefta sagt, das Leben in Albanien werde besser. Zum einen sind Verhütungsmittel heute überall kostenlos erhältlich. Und zum anderen hat sich ihre jüngere Tochter für den Polizeiberuf entschieden – ein Zeichen dafür, dass sich die alten Vorstellungen über die Geschlechterrollen verändern.

„Ich freue mich, dass ich so vielen Frauen helfen konnte.“

Tefta

© UNFPA/G. Banaj





GEFÄHRDETE RECHTE IN ZEITEN DES BEVÖLKERUNGSWACHSTUMS

1969 hatten der medizintechnische Fortschritt, der Ausbau der staatlichen Gesundheitssysteme, die Verbesserung der Nahrungs- und Sanitärversorgung sowie der weltweite Kampf gegen die Geißel der Säuglings- und Kindersterblichkeit begonnen, sich auszuzahlen.

Weltweit sanken die Kindersterblichkeitsraten innerhalb von nur 19 Jahren von 215 im Jahr 1950 auf unter 160 Todesfälle pro 1.000 Lebendgeburten.

Weitere medizinische Fortschritte trugen zu einer höheren Lebenserwartung bei. Weltweit betrug die Lebenserwartung 1969 ungefähr 55 Jahre, während sie 1950 noch bei 47 Jahren gelegen hatte. Die höheren Überlebensraten von Kindern und die höhere Lebens-

erwartung veränderten die Lage der Menschheit. Doch im Zusammenwirken mit einer globalen durchschnittlichen Geburtenrate von etwa fünf Kindern pro Frau beschleunigte sich auch das Wachstum der Weltbevölkerung: Gegen Ende der 60er-Jahre wuchs die Weltbevölkerung jährlich um etwa zwei Prozent. Bei dieser Geschwindigkeit hätte sie sich in nur 35 Jahren verdoppelt. Noch nie zuvor war die Bevölkerung so schnell gewachsen.

Vom Feiern zur Sorge

Der globale Jubel über die Erfolge bei der öffentlichen Gesundheit wich schon bald Ängsten vor einer dystopischen Zukunft, in der zu viele Menschen um schwindende Ressourcen kämpfen. Einige betrachteten das Bevölkerungswachstum nicht als Ausdruck des menschlichen Fortschritts, sondern als Bedrohung der Menschheit und als Problem, das dringend gelöst werden musste.

Die Furcht vor den Folgen des schnellen Bevölkerungswachstums ergriff viele Sicherheits-Fachleute schon in den 1950er-Jahren. In den Vereinigten Staaten berief Präsident Dwight D. Eisenhower den pensionierten General William H. Draper als Leiter eines Ausschusses, der geeignete Strategien für die Entwicklungszusammenarbeit ausarbeiten sollte. 1959 empfahl dieser Ausschuss, dass die Vereinigten Staaten und andere fortgeschrittene Volkswirtschaften den Entwicklungsländern auf deren Wunsch hin Informationen und technische Hilfen zur Verfügung stellen sollten, um Pläne zur Eindämmung des Bevölkerungswachstums zu entwerfen. Außerdem empfahl der Ausschuss den Vereinigten Staaten, ihre Unterstützung für lokale Mutter-Kind-Programme zu verstärken.

1968 sagte Paul R. Ehrlich über sein Buch *Die Bevölkerungsbombe*: „Für welches Problem auch immer Sie sich interessieren, Sie werden es nicht lösen, wenn Sie nicht auch das Bevölkerungsproblem lösen. Welcher Sache auch immer Sie sich widmen, ohne Bevölkerungskontrolle ist es eine verlorene Sache.“ Das Buch wurde ein Bestseller und schon bald wurden der Begriff der „Überbevölkerung“ und die Frage, was – wenn überhaupt – dagegen unternommen werden sollte, weltweit diskutiert.

Eine Studie, die 1972 vom Club of Rome in Auftrag gegeben und von

Wissenschaftlern des Massachusetts Institute of Technology durchgeführt wurde, verstärkte die Sorge wegen der möglichen Folgen eines weiteren schnellen Bevölkerungswachstums. In ihrer Untersuchung *Die Grenzen des Wachstums* entwarfen die Wissenschaftler Zukunftsszenarien, die auf unterschiedlichen Annahmen über Bevölkerungswachstum, Nahrungsmittelproduktion, Industrialisierung, Umweltverschmutzung und dem Verbrauch von nicht erneuerbaren natürlichen Ressourcen beruhten. Nur ein einziges Szenario führte zu einem Gleichgewichtszustand, der in einer „stabilisierten Welt“ mündete: Darin stabilisierten sich die Wachstumsraten von Bevölkerung und Industriekapital, während der technologische Fortschritt den Umweltschutz und die effiziente Nahrungsmittelproduktion beförderte.

Von der Sorge zur Kontrolle

Aus Angst, ein schnelles Bevölkerungswachstum könnte Entwicklungserfolge zunichtemachen, Hungersnöte auslösen oder noch schlimmere Folgen haben, begannen internationale und zivilgesellschaftliche Organisationen und Staatsregierungen, etwas dagegen zu unternehmen.

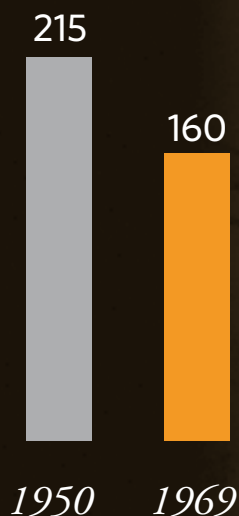
Zuweilen jedoch gewannen demografische Ziele die Oberhand über individuelle Rechte und Entscheidungsfreiheit. Manche

glaubten, freiwillige Familienplanungsprogramme, durch die Menschen befähigt wurden, selbst über ihre Empfängnisverhütung zu entscheiden, reichten nicht aus, um die Zahl der Geburten zu reduzieren. 1967 argumentierte der amerikanische Soziologe Kingsley Davis, die Bevölkerungspolitik müsse – über die reine Familienplanung hinaus – neue Wege einschlagen, wenn sie das Bevölkerungswachstum eindämmen soll. Davis empfahl unter anderem, Eheschließungen hinauszuzögern und Maßnahmen zu ergreifen, um die Zahl der Geburten innerhalb der Ehe zu begrenzen. Solche Interventionen richteten sich potenziell gegen den Schutz und die Förderung von Individualrechten.

Das Ziel, die Geburtenraten zu senken und das Bevölkerungswachstum zu bremsen, verstieß in etlichen Fällen gegen die individuellen Rechte und das Gebot der Entscheidungsfreiheit, wie sie später im Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo verankert wurden. Die chinesische Familienpolitik zum Beispiel gestattete generell jedem Elternpaar nur ein Kind. Diese Politik wurde in den Jahren 1979 bis 2015 mit einer Reihe von Sanktionen und dem Zwang zu Verhütung, Abtreibung und Sterilisation durchgesetzt.

Demografische Sorgen waren in den 1950er- und 1960er-Jahren

Die Kindersterblichkeit **sank weltweit** von **215** Todesfällen pro 1.000 Lebendgeburten im Jahr 1950 **auf 160 pro 1.000** nur 19 Jahre später.



© Mark Tuschman

Antrieb vieler Innovationen bei den Verhütungsmethoden und brachten moderne Verhütungsmittel wie orale Kontrazeptiva, Intrauterinpressare und Injektionsmittel hervor. Doch in manchen Fällen führte eine demografisch motivierte Bevölkerungspolitik zu Vorgehensweisen, die die Versorgungsqualität einschränkten und die Gesundheit und Rechte von Menschen gefährdeten.

Mitte der 1970er-Jahre wuchs die indische Bevölkerung rasant; Schätzungen der Regierung zufolge um mehr als eine Million Menschen pro Monat. 1975 erklärte Premierministerin Indira

Gandhi den nationalen Notstand und leitete eine mehrgleisige Strategie zur Beschleunigung des Wirtschaftswachstums und zur Armutsbekämpfung ein. Eines dieser Gleise bestand in einer neuen Bevölkerungspolitik, die im April 1976 angekündigt wurde.

Die indische Regierung verabschiedete „eine Reihe grundlegender Maßnahmen“, um die Geburtenziffer von etwa 35 auf 25 pro 1.000 Einwohner zu senken. Dadurch sollte die jährliche prozentuale Wachstumsrate der Bevölkerung bis 1984 auf 1,4 Prozent zurückgehen. Zu diesen Maßnahmen gehörten die An-

hebung des Mindestheiratsalters (auf 18 Jahre für Mädchen und 21 Jahre für Jungen) und eine Erhöhung der finanziellen Vergütung für Menschen (sowohl Männer als auch Frauen), die sich sterilisieren ließen, wobei der Betrag mit steigender Kinderzahl abnahm.

Trends verstehen, Optionen erweitern

Die demografischen Veränderungen des 20. Jahrhunderts lösten gleichzeitig neue Wellen der Forschungstätigkeit und einen globalen Diskurs aus. Es wurde nun thematisiert, wie Bevölkerungsdynamiken und sozioökonomische Trends einander

beeinflussen und wie sie sich mit einer im Entstehen begriffenen Menschenrechtsagenda überlagern.

Es wurden neue Institutionen geschaffen, die die Auswirkungen des Bevölkerungswachstums erforschten und mögliche politische und programmatische Antworten darauf finden sollten. 1952 gründete John D. Rockefeller III. das Population Council (Bevölkerungsrat), das diese Arbeit fortsetzen sollte. Anfänglich beschäftigte sich der Bevölkerungsrat nicht nur mit Demografie. Seine sozialen und biomedizinischen Forschungsprogramme sollten den Kontext beleuchten, in dem Menschen reproduktionsbezogene Entscheidungen fällten und Verhütungsmethoden untersuchen, die mehr individuelle Optionen im Bereich von Sexualität und Reproduktion

eröffneten. Für alle, die sich innerhalb der Bewegung für Familienplanung für mehr Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsfreiheit von Frauen einsetzten, waren diese Fragen von zentraler Bedeutung. Tatsächlich wurde im selben Jahr der Internationale Verband für geplante Elternschaft (International Planned Parenthood Federation, IPPF) unter der gemeinsamen Präsidentschaft der Pionierin der Familienplanung Margaret Sanger aus den Vereinigten Staaten und Lady Rama Rau aus Indien gegründet.

Der Bericht des Draper-Ausschusses aus dem Jahr 1959 hatte zehn Jahre später Einfluss auf die Einrichtung der Behörde für Bevölkerungsfragen (Office of Population) innerhalb der US-Behörde für Entwicklungszusammenarbeit, USAID. Auch andere Industriestaaten begannen, im Rahmen ihrer Entwicklungshilfestrategien Bevölkerungsprogramme aufzusetzen. Diese Programme dienten vor allem dazu, Informationen und Dienstleistungen für Familienplanung bereitzustellen. Schon bald wurden die Vereinigten Staaten und Schweden zu den führenden bilateralen Gebern für Familienplanungsprogramme in Entwicklungsländern.

Die Besorgnis über das schnelle Bevölkerungswachstum erreichte auch die Generalversammlung der Vereinten Nationen, die 1966 die Resolution 2211 (XXI) mit dem Titel *Population growth and*

economic development (Bevölkerungswachstum und wirtschaftliche Entwicklung) verabschiedete. In dieser Resolution wurden die Vereinten Nationen aufgefordert, „auf Anforderung bei der Weiterentwicklung und Stärkung staatlicher und regionaler Einrichtungen für Ausbildung, Forschung, Informations- und Beratungsdienstleistungen im Bereich Bevölkerung behilflich zu sein (...)“.

Im Jahr darauf gründete UN-Generalsekretär U Thant einen Treuhandfonds mit einem breit angelegten Mandat zur weltweiten Unterstützung der bevölkerungspolitischen Entwicklung. 1969 wurde aus diesem Treuhandfonds schließlich UNFPA, mit Rafael Salas als erstem Geschäftsführer. Gemeinsam mit seinen damaligen Partnerinstitutionen half UNFPA, die Ursachen und Folgen von Bevölkerungstrends genauer zu erforschen. In Zusammenarbeit mit USAID startete UNFPA eine Studie zur weltweiten Fertilität (World Fertility Survey), um zuverlässige Bevölkerungsdaten zu sammeln und zu synthetisieren. Mithilfe dieser Erhebung konnten erstmals wichtige Fragen über das Leben von Frauen genauer untersucht werden – einschließlich ihrer Präferenzen, Entscheidungen und Bedürfnisse im Zusammenhang mit Fertilität und Geburt.

In der Fachwelt wuchsen jedoch die Zweifel, ob das Bevölkerungswachstum wirklich ein Problem



Margaret
Sanger

© Pictorial Press Ltd/Alamy Stock Photo

darstellte, und wenn ja, ob Familienplanungsprogramme eine angemessene oder überhaupt hinreichende Antwort darauf waren. Diese Zweifel wurden 1974 auf der Weltbevölkerungskonferenz in Bukarest deutlich. Zu diesem Zeitpunkt waren die Industriestaaten schon dabei, in Entwicklungsländern nicht nur Familienplanung, sondern auch die Einführung bevölkerungspolitischer Maßnahmen zu unterstützen.

Nach anfänglichen ideologischen Debatten sollten empirische Fakten sichtbar machen, wie Wirtschaftswachstum und Bevölkerungswachstum zusammenhängen. Zwar hatten Coale und Hoover 1958 gezeigt, dass sich das Wirtschaftswachstum in den Ländern mit sehr hohem Bevölkerungswachstum verlangsamt. Doch war dieser Zusammenhang nur statistisch ermittelt, nicht aber kausal begründet.

In späteren Untersuchungen wurde diese Annahme widerlegt. Beispielsweise kam 1984 eine von der Staatlichen Akademie der Wissenschaften (United States National Academy of Sciences) in Auftrag gegebene Studie zu dem Ergebnis, dass das Bevölkerungswachstum keinen Einfluss auf das Wirtschaftswachstum habe. Diese Schlussfolgerung ergab sich aus einem Vergleich der Wachstumsraten von Bevölkerung und Wirtschaft. Es schien hier keinen Zusammenhang zu geben. Aufgrund dieser und weiterer



Kostenloser Kinderbetreuungsservice im Rahmen eines Familienplanungsprogramms. Indien, 1972. © UN Photo/ILO

Forschungsergebnisse verstärkte sich der Widerstand gegen Familienplanungsprogramme.

Seit Ende der 1990er-Jahre wächst die Erkenntnis, dass sich der Zusammenhang nicht anhand der Gesamtbevölkerungszahl und deren Veränderungen erklären lässt. Entscheidend sind die Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung, wenn etwa weniger Kinder zu einem späteren Zeitpunkt und unter medizinisch besseren Bedingungen geboren werden. Bedeutsam sind dabei vor allem Status und Chancen der

Menschen, insbesondere in den Bereichen Bildung, Gesundheit und Beschäftigung. Wenn die Geburtenzahlen sinken, dann steigt der Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter im Verhältnis zum Anteil der sehr alten oder sehr jungen Menschen. Fällt dies mit breit angelegten und umfangreichen Investitionen in das Arbeitskräftepotenzial und mit einer entsprechenden Arbeitsmarktentwicklung zusammen, dann führt dies vorübergehend zu einem Anstieg des Wirtschaftswachstums und des Wohlstands der Bevölkerung.

Widerstand gegen eng definierte Bevölkerungspolitik

Während die staatlichen Bevölkerungspolitiken in den 1980er-Jahren immer stärker ausgeweitet wurden, wuchsen Angst und Misstrauen gegenüber den Verfechtern demografischer Zielvorgaben weiter an. Eine erstarkende internationale Frauengesundheitsbewegung begann Programme zu propagieren, die nicht nur den Zugang zu Familienplanung gewährleisteten, sondern auch einen ganzheitlicheren Ansatz für die reproduktive Gesundheit von Frauen verfolgten. Dabei wurden auch Fragen der



Eine junge Frau untersucht die „Spirale“ in einem Familienplanungszentrum. Ostafrika, 1973. © UN Photo/FAO

Sexualität und der Geschlechterbeziehungen thematisiert.

Bei all ihrer Vielfalt versammelte sich die Frauengesundheitsbewegung hinter einer zentralen Botschaft: Die Gestaltung, Umsetzung und Evaluation von Programmen für Frauengesundheit sollten die reproduktive Gesundheit und die damit verbundenen Rechte ins Zentrum stellen und nicht durch demografische Vorgaben bestimmt werden. Frauengruppen aus der ganzen Welt verlangten zunehmend nach Strategien und Programmen, bei denen Frauen als agierende Personen mit eigenen Bedürfnissen und Rechten behandelt wurden, statt sie zu Objekten für übergeordnete gesellschaftliche Ziele zu machen.

Ein großes Zelt aufschlagen: die Vorbereitungen zur Weltbevölkerungskonferenz von Kairo

Unter dem großen Schirm der Bevölkerungspolitik lassen sich individuelle und kollektive Ziele miteinander versöhnen: Diese Botschaft wurde zur globalen Parole bei den Vorbereitungen für die ICPD, die 1994 in Kairo stattfinden sollte.

UNFPA, der zusammen mit der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen als zentraler Veranstalter der Konferenz auftrat, versuchte, innerhalb einer zunehmend gespaltenen Bewegung Brücken zu bauen. Dabei wurde versucht, auf

den frühen Grundlagen der Weltbevölkerungsbewegung aufzubauen. Es wurde anerkannt, dass das Verständnis von Bevölkerungsentwicklung eine entscheidende Voraussetzung ist, um dauerhafte Entwicklungsergebnisse zu erzielen. Zugleich ging es darum, zu vermitteln, dass die zentrale Rolle des Lebens von Frauen und die Förderung ihrer Rechte und Entscheidungsfreiheit zum Grundprinzip jeder Bevölkerungspolitik werden müsse.

Der Weg nach Kairo war von langer Hand vorbereitet. Das erste Vorbereitungstreffen fand 1991 statt. Dabei wurde zum ersten Mal der Begriff „Entwicklung“ in den Titel einer internationalen Bevölkerungskonferenz aufgenommen. Ein Entwurf für ein Aktionsprogramm wurde von den Staaten in späteren Sitzungen des „Vorbereitungsausschusses“ überprüft, diskutiert und angenommen.

Neben den Vorbereitungstreffen organisierte das ICPD-Sekretariat Arbeitsgruppentagungen, bei denen komplexe Themen wie Bevölkerungswachstum, Migration, Familienplanung und Gesundheit sowie Bevölkerung und Umwelt behandelt wurden. Es organisierte fünf Regionaltreffen, um für einen breiten geografischen Input und möglichst große Akzeptanz zu sorgen. Zudem gab es – was sehr wichtig war – zahlreiche Treffen zwischen zivilgesellschaftlichen Organisationen.

Die zahlreichen Absprachen, die wiederholten Treffen sowie die strategische Interessenvertretung und das Engagement aller Akteure zahlten sich aus. Im Aktionsprogramm einigten sich die Regierungen erstmals darauf, ein breites Spektrum an Überlegungen zur sozialen Entwicklung in bevölkerungspolitische Strategien einfließen zu lassen: Sie kamen überein, dass Familienplanung in eine umfassende reproduktive Gesundheitsversorgung eingebettet sein sollte. Diese sollte darauf ausgerichtet werden, gesunde und sichere Entbindungen zu gewährleisten, sexuell übertragbare Infektionskrankheiten zu verhindern und damit verbundene Probleme der reproduktiven und sexuellen Gesundheit, einschließlich geschlechtsspezifischer Gewalt und anderer schädlicher Praktiken, zu bekämpfen. Die Stärkung der Frauen und die Gleichbehandlung der Geschlechter wurden zu grundlegenden Elementen der Bevölkerungs- und Entwicklungspolitik aufgewertet. Diese Schwerpunktsetzung erwuchs aus der gemeinsamen Überzeugung, dass die Verbesserung individueller Gesundheit und Rechte zu einem Geburtenrückgang beitragen und das Bevölkerungswachstum verlangsamen würde.

Anders als in den Schlussdokumenten früherer internationaler Bevölkerungskonferenzen wurden im Aktionsprogramm Fragen der

Sexualität, Reproduktion und Geschlechterbeziehungen mit Offenheit und Sensibilität behandelt. Das Programm zeigte die tief greifenden Zusammenhänge zwischen sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten und fast allen anderen Aspekten der Bevölkerung und Entwicklung auf: Urbanisierung, Migration, Altern, sich verändernde Familienstrukturen und Rechte junger Menschen.

Erkenntnisse in Ergebnisse verwandeln

Der bei der ICPD erzielte Konsens zeitigte richtungweisende und nachhaltige Ergebnisse. Von oben nach unten dekretierte demografische Ziele gehörten damit der Vergangenheit an. Heute spiegelt sich in den Vorstellungen von „Bevölkerungspolitik“ ein breiter Konsens, dass Bildung, Stärkung und Gleichberechtigung von Frauen an erster Stelle stehen. Die Bedeutung der Familienplanung als Teil einer umfassenden sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung wird voll und ganz anerkannt.

Allerdings wird weiterhin oft darauf hingewiesen, wie Entwicklungsprozesse durch demografische Trends behindert werden können. So weisen viele Armut- und Konfliktgebiete nach wie vor ein hohes Bevölkerungswachstum auf oder sie sind anfällig für die Folgen von Klimawandel und Naturkatastrophen. Am anderen Ende

des Spektrums besteht aufgrund anhaltend niedriger Geburtenraten und der Alterung der Bevölkerung die Sorge, was dies für die Gesundheit der Volkswirtschaften und die Kapazität der Gesellschaft zur Finanzierung sozialer Sicherheitsnetze bedeutet.

Es ist unbestreitbar, dass Bevölkerungsdynamiken die gesellschaftlichen Bedingungen prägen und von ihnen geprägt werden. Die Lehren aus der Vergangenheit haben aber gezeigt, dass die staatlich geförderte Planung bzw. Veränderung demografischer Trends von oben nach unten einen Irrweg darstellt: eine stumpfe Waffe, mit der die angestrebten Ziele nicht zu erreichen sind. Dies bedeutet eine unangemessene Einschränkung der individuellen Entscheidungsfreiheit und birgt die Gefahr schwerwiegender Menschenrechtsverletzungen.

Notwendig ist ein besseres Verständnis demografischer Trends und der Frage, wie diese sich zu den Entwicklungszielen verhalten. Der internationalen Gemeinschaft kommt die Aufgabe zu, Daten zu sammeln und zu veröffentlichen, die diese Zusammenhänge ausleuchten können. Zugleich muss sie weiterhin den Rechten und der Entscheidungsfreiheit in allen Aspekten des Lebens, insbesondere aber beim Zugang zu Informationen und Dienstleistungen für sexuelle und reproduktive Gesundheit, klaren Vorrang einräumen.



VERFÜGBAR ABER UNZUGÄNGLICH

Das Wachstum der nationalen Bevölkerungsprogramme und der entsprechenden Gebermittel erhöhen seit den 1970er-Jahren exponentiell die Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln in den Entwicklungsländern.

1976 stellten weltweit bereits über 100 Länder Informationen und Dienstleistungen zu Verhütungsmitteln und -methoden bereit, entweder über staatliche Gesundheitszentren oder über Nichtregierungsorganisationen. Seit 1986 stieg die Zahl der Länder, die moderne Verhütungsmittel zur Verfügung stellten, von fast 140 bis auf 160 in 1996. 2015 stellten nur noch sechs Prozent aller Länder keine Unterstützung bei der Familienplanung bereit, erlauben es aber privaten Organisationen Familienplanungsdienste anzubieten. Entsprechend ist auch die Zahl der

Menschen gewachsen, die Verhütungsmittel anwenden: Weltweit hat sich der Anteil der verheirateten oder in festen Beziehungen lebenden Frauen, die nach eigenen Angaben Verhütungsmittel nutzen, zwischen 1970 und 2015 von 36 Prozent auf 64 Prozent nahezu verdoppelt.

Mehr als nur Familienplanung

Im Verlauf des weltweiten Ausbaus von Familienplanungsprogrammen rückten Frauenfragen vermehrt in den Mittelpunkt. 1975 riefen die Vereinten Nationen die Dekade

der Frau aus. Immer mehr Frauen forderten für sich Handlungskompetenz in ihrem reproduktiven Leben, was ihrer Auffassung nach über die Verfügbarkeit von Familienplanungsdiensten hinausgehen musste. Als Reaktion auf ernüchternde neue Belege dafür, dass Jahr für Jahr Hunderttausende Frauen während der Schwangerschaft oder bei der Geburt starben, stieß die Frauengesundheitsbewegung 1987 die Gründung der globalen Initiative für sichere Mutterschaft an und setzte das Ziel, die Müttersterblichkeit bis zum Jahr 2000 um 50 Prozent zu senken.

Zivilgesellschaftliche Organisationen argumentierten, dass die Verfügbarkeit von Familienplanung nur ein Teil des Gesamtbildes sei. Sollen alle Rechte und Wahlmöglichkeiten im Leben der Menschen gewährleistet sein, benötigen und verdienen alle Menschen Zugang zu umfassenden Informationen und Dienstleistungen im Zusammenhang mit Sexualität und reproduktiver Gesundheit.

So nah und doch so fern

1994 erkannte das Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo nicht nur an, dass Familienplanung eng mit sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten verflochten ist. Sie forderte Staaten auch auf, allen Menschen *Zugang* zu gewähren zu: Schwangerschaftsbetreuung, sicheren Geburten und postnataler Betreuung, zur Behandlung von Unfruchtbarkeit, zu sicheren Abtreibungen, wo diese legal sind, zur Behandlung der Folgen unsicherer Abtreibungen, zur Behandlung von Infektionen des Reproduktionstrakts und sexuell übertragbaren Infektionen sowie zu Informationen, Aufklärung und Beratung über Sexualität, reproduktive Gesundheit und verantwortungsvolle Elternschaft.

Im Aktionsprogramm wurde auch bekräftigt, dass Überweisungen für diese Dienste sowie für Brustkrebs und Krebserkrankungen des Fortpflanzungsystems universell



© Patrick Zachmann/Magnum Photos

verfügbar, und dass der Kampf gegen schädliche Praktiken wie die Genitalverstümmelung bei Frauen ein integraler Bestandteil der medizinischen Grundversorgung sein sollte.

Eine der einfachsten und grundlegendsten Definitionen von „Zugang“ ist die geografische Nähe zu Einrichtungen, die diese Dienste anbieten. Große Entfernungen können den Zugang behindern, entweder, weil bezahlbare Transportmöglichkeiten begrenzt sind oder weil die Opportunitätskosten zu hoch sind, wenn in Armut lebende Frauen ihre Familien oder ihre Arbeit verlassen müssen. Manchmal dagegen sind die Dienste zwar buchstäblich um die Ecke verfügbar, aber dennoch unzugänglich.

So kann in einer nahe gelegenen Familienplanungsstation ein vorgelegener Dienstleister

die Abgabe von Verhütungsmitteln an Jugendliche oder unverheiratete Frau verweigern. Womöglich bietet dieselbe Gesundheitsstation auch nicht die bevorzugte Verhütungsmethode an, oder es kommt bei der Versorgung mit Verhütungsmitteln zu Engpässen. Außerdem können Gesetze bestimmte Gruppen vom Zugang zu Familienplanungsdiensten ausschließen, oder Ehemänner verbieten ihren Frauen zu verhüten.

Barrieren überwinden

Ungleichheiten in der sexuellen und reproduktiven Gesundheit werden in hohem Maße von der Einkommensungleichheit, der Qualität und Reichweite der Gesundheitssysteme, Gesetzen und Richtlinien, sozialen und kulturellen Normen sowie dem Niveau der Sexualaufklärung in der Bevölkerung beeinflusst.

Einkommensungleichheit

In den meisten Entwicklungsländern ist der Zugang zu einer grundlegenden sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung unter den einkommensschwächsten 20 Prozent der Haushalte generell am niedrigsten und unter den reichsten 20 Prozent am höchsten. Die Beziehung zwischen Armut und mangelndem Zugang sind komplex: In manchen Fällen stellen die finanziellen Aufwendungen für Gesundheitsdienste und -hilfsmittel Barrieren dar. Und ganz generell sind niedrige Einkommen mit einer Vielzahl sozialer, institutioneller, politischer, geografischer und wirtschaftlicher Faktoren verknüpft, die den Zugang ebenfalls einschränken können.

Sexuelle und reproduktive Gesundheitsprobleme können Frauen, die in Armut leben, Chancen verbauen, ihr Potenzial schwächen und ihre Position auf der unteren Sprosse der wirtschaftlichen Leiter zementieren. In den meisten Entwicklungsländern erhalten Menschen, die in Armut leben, sehr viel seltener Zugang zu modernen Verhütungsmethoden, zu einer angemessenen Schwangerschaftsfürsorge und zu betreuten Geburten als Menschen aus wohlhabenderen Haushalten.

Viele Länder haben bemerkenswerte Fortschritte beim Ausbau des Zugangs zu Dienstleistungen erzielt und die Müttersterblichkeit drastisch reduziert: Weltweit ist die

Müttersterblichkeitsrate von 1990 bis 2015 um fast 44 Prozent gesunken. Dabei sind zwar in allen Regionen Fortschritte verzeichnet worden, doch vielerorts haben gerade die einkommensschwächsten Bevölkerungsgruppen weniger von diesen Fortschritten profitiert als der Rest der Bevölkerung.

Dank innovativer Modelle konnte der Zugang dieser Menschen deutlich verbessert werden. Die in den 1970er-Jahren eingeführten gemeindebasierten Verteilungssysteme – etwa durch ausgebildete Gemeindemitglieder – haben den Zugang armer und ländlicher Gemeinden verbessert. Weitere Anstrengungen wurden unternommen, um das Leistungsspektrum um Notfallverhütung, Sets mit Instrumenten für sichere Geburten und Misoprostol zur Vorbeugung von nachgeburtlichen Blutungen zu erweitern.

In jüngster Zeit wurden nachfrageseitige Finanzierungsstrategien wie Gutscheine eingeführt, um Klienten mit geringem Einkommen mehr Entscheidungsfähigkeit zu gewähren. Solche Gutscheine können gegen Dienstleistungen eingetauscht werden – angefangen von Informationen über langfristige Familienplanung bis hin zu Informationen und Dienstleistungen für sichere Entbindungen und Nachsorge für Menschen, die Opfer von geschlechtsspezifischer Gewalt wurden. Darüber hinaus wurden an Bedingungen geknüpfte Geld-

zuweisungen (conditional cash transfers, CCT) eingeführt, um Aktionen und Verhaltensweisen zu fördern, die zu entscheidenden Gesundheitsergebnissen beitragen. Solche CCTs werden etwa an pränatale Gesundheitsvisiten, den Besuch einer höheren Schule von Mädchen oder spätere Eheschließungen geknüpft.

Unzureichende Einrichtungen, Anbieter und Hilfsmittel

Selbst wenn Frauen über die Mittel verfügen, für den Transport zu einer Gesundheitsstation in einer Nachbargemeinde aufzukommen, müssen sie oftmals feststellen, dass diese nicht über die notwendige Ausstattung oder Hilfsmittel verfügt oder benötigte Dienste nicht anbietet. Vielleicht gibt es keinen oder nicht genügend Gesundheitsanbieter, um alle zu versorgen, die an einem bestimmten Tag gekommen sind. Und wo es genügend Anbieter gibt, fehlt es ihnen möglicherweise an der erforderlichen Qualifikation, um geeignete Informationen oder Dienstleistungen anzubieten, oder sie sind nicht in der Lage, die Vertraulichkeit zu gewährleisten oder andere Leistungen zu erbringen, die es den Frauen erlauben würden, sich sicher und respektiert zu fühlen.

Vielorts reicht die Zahl der qualifizierten Anbieter einfach nicht aus, um einen angemessenen Zugang zu einer breiten Palette von Informationen und Dienst-

leistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu gewährleisten. Mit anderen Worten: Entwicklungsländer benötigen dringend mehr und besser ausgebildetes Gesundheitspersonal, insbesondere im Bereich der Geburtshilfe. Weltweit und über alle Fachbereiche hinweg fehlten Anfang dieses Jahrzehnts schätzungsweise 7,2 Millionen ausgebildete Gesundheitsarbeiter.

Hinter den Gesamtzahlen verbergen sich erhebliche regionale Unterschiede. Allein um den unerfüllten Bedarf an Verhütungsberatung zu decken, müssten in den am wenigsten entwickelten Ländern zum Beispiel die Ausgaben

für das Personal um 96 Prozent und für eine umfassende Versorgung von Müttern und Neugeborenen um 84 Prozent aufgestockt werden.

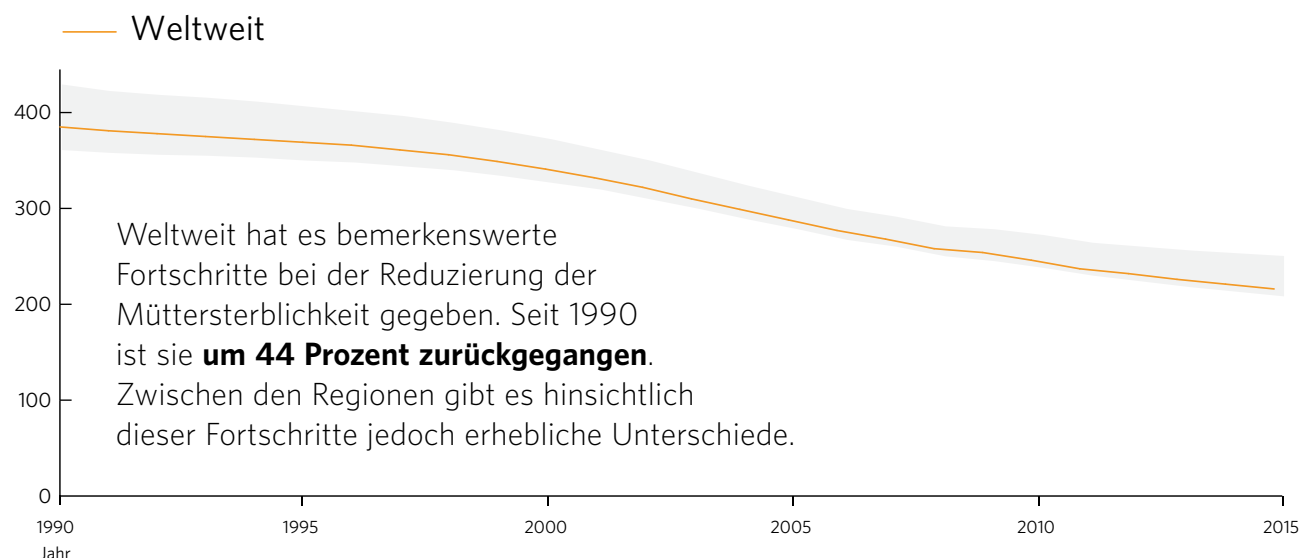
Eine unzureichende Beratung kann ein Hindernis für den Zugang zu, die Akzeptanz von und die kontinuierliche Anwendung von Verhütungsmitteln darstellen. Das ist immer dann der Fall, wenn Fragen zur ordnungsgemäßen Anwendung unbeantwortet bleiben, keine Ratschläge zu Kontraindikationen, Nebenwirkungen und zu geeigneten Folgemaßnahmen einschließlich Methodenwechsel gegeben werden oder keine Hilfe bei der Bewältigung des Anwendungskontextes einschließlich der

Bedenken von Partnern geleistet wird.

Dass Empfängnisverhütung abgesetzt wird, ist eine häufig wenig beachtete Dimension des ungedeckten Bedarfs. Eine aktuelle Analyse von 32 Ländern zeigt, dass im Durchschnitt mehr als ein Fünftel der Anwendungen von Kurzzeitmethoden (Kondom und Pille) innerhalb von zwölf Monaten nach Beginn abgebrochen werden, obwohl die Anwendenden noch immer eine Schwangerschaft verhindern wollen. Bei längerfristig wirkenden Methoden sind die Abbruchraten innerhalb des ersten Jahres deutlich geringer: zwölf Prozent bei Spiralen und acht Prozent bei Implantaten.

GRAFIK 4.1 Schätzungen für die weltweite Müttersterblichkeit, 1990–2015

Müttersterblichkeit pro 100.000 Lebendgeburten. Die schattierte Region markiert das Unsicherheitsintervall.



Quelle: Alkema, Leotine et al., 2016, in: The Lancet 387(10017): 462-474

Die Bedeutung der Qualität

Qualität ist eine entscheidende Dimension beim Zugang zu Dienstleistungen. Es gibt sechs Elemente, die aus der Sicht der Klienten von Familienplanungsdiensten Aufmerksamkeit verdienen: die Wahlmöglichkeit zwischen Methoden, die Qualität der bereitgestellten Informationen, die Fachkompetenz, die sozialen Beziehungen, die Nachsorge- und Kontinuitätsmechanismen sowie ein angemessenes Dienstleistungsspektrum.

1992 hat die International Planned Parenthood Federation eine Richtlinie formuliert, was Menschen, die Familienplanungsdienste in Anspruch nehmen, von Anbietern einer qualitativ hochwertigen Betreuung erwarten können. Dazu gehören: das Recht auf Informationen, auf Zugang zu Dienstleistungen, auf Wahlmöglichkeiten, auf Sicherheit, auf Privatsphäre, Vertraulichkeit, Wahrung der Würde und des Wohlbefindens sowie auf Kontinuität und darauf, ihre Meinung über die angebotenen Dienstleistungen äußern zu dürfen.

Das Verhältnis zwischen den Rechten der Klienten und den Erfordernissen der Anbieter ist von zentraler Bedeutung für alle Bemühungen, die einer qualitativ hochwertigeren Betreuung entgegenstehen. Zu den vielversprechenden Ansätzen gehören solche, die etwa durch Kommunikationsschulungen für Anbieter die



© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures

Interaktion zwischen Klienten und Anbietern verbessern.

Immer mehr Frauen bringen ihre Kinder in Gesundheitseinrichtungen und nicht zu Hause zur Welt. Das bedeutet, dass Defizite bei der Personalausstattung, Ausbildung, Infrastruktur und Hilfsmitteln Gefahr laufen, zu wenig zu spät zu leisten. Andererseits kann auch die Überversorgung ein Problem darstellen: In einigen Regionen hat die vermehrte Nutzung von Geburtseinrichtungen eine Übermedizinisierung der Geburt ausgelöst, mit der Folge, dass zu viele oder überflüssige Kaiserschnitte unter unsicheren Bedingungen vorgenommen werden. So werden bereits erzielte Fortschritte in der Mütter- und perinatalen Gesundheit wieder zunichtegemacht.

Rechtliche Barrieren

Selbst dort, wo es qualifizierte Anbieter gibt und Einrichtungen

technisch gut ausgerüstet und über ausreichend Hilfsmittel verfügen, können rechtliche Hindernisse den Zugang zu Informationen und Dienstleistungen einschränken. In manchen Ländern benötigen Frauen oder Jugendliche die Zustimmung von Dritten, wenn sie Gesundheitsdienste nutzen möchten. Andernorts zwingen Gesetze, die gleichgeschlechtliche Beziehungen, Sexarbeit und Drogenkonsum kriminalisieren, Menschen in den Untergrund und hindern sie daran, für sie wichtige Informationen und Dienstleistungen zu erhalten oder nachzufragen.

Obwohl eigentlich zum Schutz Minderjähriger bestimmt, können Gesetze, die ein Einwilligungsalter für medizinische Dienstleistungen vorschreiben, Heranwachsende vom Zugang zu Diensten abhalten, die sie für ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit benötigen. Die Lasten tragen vor allem die



© UNFPA

in Ländern mit liberaler Gesetzgebung. Der Unterschied ist jedoch umso stärker bei dem Anteil der unsicheren Schwangerschaftsabbrüche zu sehen: Je restriktiver das rechtliche Umfeld, desto höher ist der Anteil von Abbrüchen unter unsicheren Bedingungen. In den am wenigsten restriktiven Ländern machen unsichere Schwangerschaftsabbrüche nur etwa ein Prozent der gesamten Abtreibungen aus. In restriktivsten Ländern sind es bis zu 31 Prozent.

Jedes Jahr werden in den sich entwickelnden Regionen (ohne Ostasien) rund 6,9 Millionen Frauen wegen abtreibungsbedingter Komplikationen medizinisch behandelt – und noch viele mehr brauchen eine entsprechende Behandlung, haben aber keinen Zugang zu den nötigen Diensten.

Normen, Einstellungen und Praktiken

Quer durch alle Länder, Gesellschaften und Schichten dominiert die Erwartung, dass sexuelle Aktivitäten und Reproduktion vorzugsweise zwischen heterosexuellen, verheirateten, monogamen, körperlich gesunden weder zu jungen noch zu alten Menschen stattfinden.

Dabei stehen Heranwachsende vor besonderen Herausforderungen. Ungeachtet erdrückender Indizien dafür, dass viele unverheiratete Heranwachsende sexuell aktiv sind, behindern soziale Normen vielerorts Diskussionen über sexuelle

Mädchen, die durch die sozialen und körperlichen Folgen ungewollter Schwangerschaften betroffen sind.

2017 benötigten Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in 68 von 108 Ländern die Einwilligung der Eltern, wenn sie Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in Anspruch nehmen wollten. Manchmal sind Gesundheitsanbieter gesetzlich verpflichtet, Sex unter Minderjährigen als illegale Aktivitäten unter Jugendlichen an Behörden zu melden.

Gesetze, die den einvernehmlichen Geschlechtsverkehr zwischen gleichgeschlechtlichen Erwachsenen unter Strafe stellen, untergraben Bemühungen, allen Betroffenen Zugang zu Diensten zu gewähren, die der Vorbeugung oder Behandlung von sexuell übertragbaren

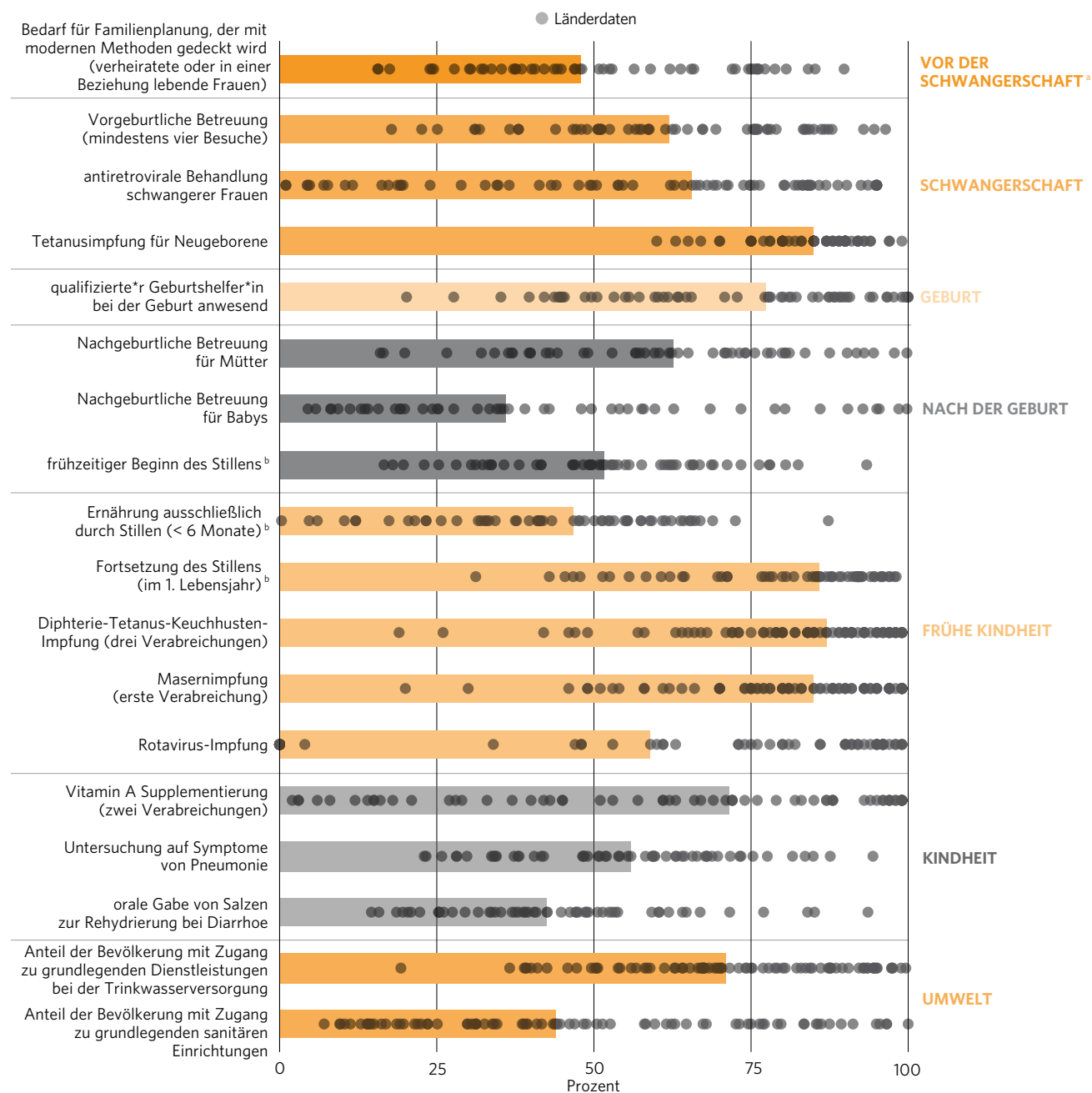
Infektionen einschließlich HIV dienen. Weltweit waren im Jahr 2017 noch immer in über 40 Ländern Gesetze in Kraft, die explizit den gleichgeschlechtlichen Geschlechtsverkehr kriminalisierten.

Im selben Jahr lebten 42 Prozent aller Frauen im reproduktiven Alter in 125 Ländern, in denen der Zugang zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen massiv eingeschränkt war. Weltweit werden nur 55 Prozent aller Schwangerschaftsabbrüche sicher, also nach einer empfohlenen Methode und von geschultem Personal, durchgeführt.

Dabei haben gesetzliche Einschränkungen keinen signifikanten Einfluss auf die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen: Abtreibungen sind in Ländern mit sehr restriktiven Abtreibungsgesetzen etwa genauso häufig, wie

GRAFIK 4.2 Große Lücken bei der Deckung des Bedarfs

Gefärbter Balken: Median der nationalen Deckungsgrade beim Bedarf ermittelt aus sämtlichen Ländern, aus denen Daten für 2012 vorliegen. Die Erhebung stammt von der Countdown to 2030 Initiative, die die Fortschritte in 81 Ländern untersucht. Diese Länder vereinen 95 Prozent der Müttersterblichkeit und 90 Prozent aller Todesfälle von Kindern unter fünf Jahren auf sich.



a Bezieht sich auf die Verhinderung und die Planung von Geburten und schließt die Zeit vor der ersten Schwangerschaft sowie die Intervalle zwischen den Schwangerschaften ein sowie die Entscheidung ob es überhaupt zu einer Schwangerschaft kommen soll.

b Die Indikatoren zu Stillgewohnheiten dienen als stellvertretendes Maß für Programme, für die keine Daten vorlagen.

Hinweis: Enthält nur Interventionen, die für alle Länder der Countdown to 2030 Initiative relevant sind. Indikatoren mit Bezug zu Malaria wurden erhoben, sind hier aber nicht wiedergegeben.

Quelle: Impfraten: Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF); Anteil der Bevölkerung mit Zugang zu grundlegenden Dienstleistungen bei der Trinkwasserversorgung: WHO und UNICEF (Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation); antiretrovirale Behandlung schwangerer Frauen: Globale Datenbank von UNICEF, Juli 2017, basierend auf Schätzungen des Gemeinsamen Programms der Vereinten Nationen für HIV/Aids für 2017; alle anderen Indikatoren: Globale Datenbank von UNICEF, Juli 2017, basierend auf demografischen und gesundheitsbezogenen Studien, Cluster Umfragen zu multiplen Indikatoren und anderen nationalen Umfragen.

und reproduktive Gesundheit oder Sexualität oder verbieten diese ganz. Neben rechtlichen Hindernissen kann der Zugang zu entsprechenden Informationen und Dienstleistungen auch durch eine unzureichende Sexuaufklärung in Schulen oder durch Einstellungen und Überzeugungen der Anbieter eingeschränkt werden.

Ethnische Minderheiten, Angehörige indigener Völker, Sexarbeiter, Menschen mit Behinderungen, Frauen und Mädchen aus den ärmsten Bevölkerungsschichten sowie LGBTIs (Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transgender und Intersexuelle) haben in vielen Fällen mit Marginalisierung und Stigmatisierung zu kämpfen. Dies verursacht hohe Hürden bei der Umsetzung ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit und der Verwirklichung

von Rechten und Entscheidungen.

Mädchen und jungen Frauen mit Behinderungen beispielsweise wird häufig das Recht verweigert, selbst über ihre reproduktive und sexuelle Gesundheit zu bestimmen. Die Folge ist, dass sie einem deutlich höheren Risiko für sexuelle Gewalt, ungewollte Schwangerschaften und sexuell übertragbare Infektionen ausgesetzt sind. Aufgrund der weit verbreiteten Ansicht, dass sie keinen Bedarf an Informationen über sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte haben, fehlt es ihnen häufig an dem entsprechenden Wissen – ein Umstand, der sie in ihrer Entscheidungsfreiheit zusätzlich einschränkt und ihre Ausgrenzung verschärft.

Die Angst vor sozialer Ausgrenzung hält viele unverheiratete Frauen davon ab, sexuelle und

reproduktive Gesundheitsversorgung zu nutzen, besonders bei Leistungen wie Empfängnisverhütung oder Schwangerschaftsabbruch. Dies hat die Folge, dass der ungedeckte Bedarf an moderner Familienplanung unter alleinstehenden, sexuell aktiven Frauen deutlich höher ist als unter verheirateten Frauen.

Stigmatisierungen – beziehungsweise die Angst davor – schränken nicht nur die Optionen und die Entscheidungsfreiheit Einzelner ein, sie können auch das Verhalten von Dienstleistern beeinflussen. Selbst in Ländern mit liberaler Gesetzgebung kann die Stigmatisierung Anbieter davon abhalten, einen Abbruch der Schwangerschaft durchzuführen oder Frauen diesbezüglich zu beraten.

Unzureichende Sexuaufklärung

Auch mangelndes Wissen stellt eine Hürde für den Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung dar. Mythen über Sexualität, Unwissenheit über den menschlichen Körper und seine Entwicklung, Unkenntnis über Rechte sowie Rollen- und Machtverhältnisse in Beziehungen sind Faktoren, die Menschen dabei im Weg stehen, ihre Rechte und Wahlmöglichkeiten wahrzunehmen.

Eine umfassende Sexuaufklärung zielt darauf ab, Kinder und Jugendliche mit Wissen, Fähigkeiten, Ansichten und Werten

© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures



auszustatten, durch die sie ihre Gesundheit, ihr Wohlbefinden und ihre Würde stärken sowie respektvolle soziale und sexuelle Beziehungen aufbauen können. Sie hilft ihnen, sich darüber bewusst zu werden, wie sich ihre Entscheidungen auf ihr eigenes Wohlbefinden und das anderer auswirken.

Der Beginn einer altersgerechten, umfassenden Sexualaufklärung in der Grundschule hat zahlreiche Vorteile. So kann sie Kindern dabei helfen, unangemessene Verhaltensweisen wie Kindesmissbrauch zu erkennen und zu melden und sie in der Entwicklung einer gesunden Einstellung zu ihrem eigenen Körper und in Beziehungen fördern.

Auch Kinder und Jugendliche außerhalb der Schule sollten Zugang zu einer umfassenden Sexualaufklärung erhalten. Nachweislich hat Sexualaufklärung keine Auswirkungen auf den Zeitpunkt, wann Jugendliche sexuell aktiv werden. Im Gegenteil: Sie wirkt sich positiv auf ein sichereres Sexualverhalten aus und zögert den Beginn sexueller Beziehungen eher hinaus.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit und der Weg zu einer universellen Gesundheitsversorgung

Sexuelle und reproduktive Gesundheit im Allgemeinen und Familienplanung im Besonderen haben in den globalen Foren, die sich mit Fragen der primären

Gesundheitsversorgung befassen, jahrzehntelang ein Schattendasein geführt. Erst Ende des letzten Jahrhunderts wurde Familienplanung in die globale Agenda der primären Gesundheitsversorgung aufgenommen und nahm damit die Millenniums-Entwicklungsziele (MDGs) vorweg, zu denen auch das Ziel gehörte, die Müttersterblichkeit zwischen 2000 und 2015 weltweit um 75 Prozent zu senken. 2005, fünf Jahre nach Beginn der Umsetzung der MDGs, ergänzten die Vereinten Nationen den Katalog der Millenniumsziele um den universellen Zugang zu reproduktiver Gesundheit. Trotzdem waren die Gesundheitsziele immer noch über vier der acht MDGs verteilt.

Das änderte sich erst 2015 mit der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung und den damit verbundenen 17 Zielen für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, kurz SDGs). Darin sind alle gesundheitsbezogenen Ziele zusammengefasst – einschließlich derjenigen, die sich auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit beziehen. Unter diesem Ziel 3 – bis 2030 ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern – fordert Unterziel 3.7 den universellen Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung und -diensten einschließlich Familienplanung, Information und Bildung sowie die Einbeziehung der repro-

duktiven Gesundheit in nationale Strategien und Programme.

Das SDG-Ziel der universellen Gesundheitsversorgung umfasst neben pränataler Versorgung, Geburtshilfe und Gebärmutterhalskrebsvorsorge die Familienplanung als Schlüsselindikator. Seit einigen Jahren wird die sexuelle und reproduktive Gesundheit zudem durchgängig in den Indikatoren der globalen Gesundheitspolitik berücksichtigt.

Auf dem Weg zu einem Zugang für alle

Die zentrale Bedeutung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in der Primärversorgung ist auf der jüngsten globalen Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung 2018 erneut bekräftigt worden. Es ist Priorität der internationalen Gemeinschaft, allen Menschen Zugang zu Informationen und Diensten zu ermöglichen. Heute besteht rund um die Welt Konsens darüber, dass alle Menschen überall und jederzeit und über ihre gesamte Lebensspanne hinweg Zugang zu hochwertigen Informationen und Dienstleistungen für das gesamte Spektrum ihrer Bedürfnisse im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit haben sollten. Obwohl sich bereits bemerkenswerte Fortschritte bei der Erreichung dieses Ziels abzeichnen, ist seine vollständige Umsetzung für viele noch ein weit entfernter Traum.



DIE WURZEL ALLER PROBLEME

Die sexuelle Revolution, die zu einem großen Teil durch das Aufkommen zuverlässiger und sicherer Verhütungsmethoden angetrieben wurde, war in den 1960er-Jahren in reicheren Ländern weit fortgeschritten. Gleichzeitig erlebten die Entwicklungsländer dramatische wirtschaftliche und soziale Veränderungen, die ihre Gesellschaften grundlegend wandelten.

Von all den Problemen, die der Verwirklichung und Wahrnehmung der Menschenrechte einschließlich der reproduktiven Rechte im Wege stehen, sind nur wenige so schwer zu überwinden wie solche, die mit dem sozialen Geschlecht (Gender) zusammenhängen. Gender umfasst, welche Verhaltensweisen, Rollen und Eigenschaften für Männer und Frauen als angemessen gelten. Es ist ein Geflecht aus gesellschaftlichen Erwartungen und Normen, die durch soziale Interaktionen erworben, verinnerlicht und

verstärkt werden und so jeden Lebensbereich prägen.

Zwar kommen Gender-Normen je nach Kontext auf unterschiedliche Weise zum Tragen. Doch in praktisch allen Gesellschaften werden Frauen (und diejenigen, die keinem Geschlecht zuzuordnen sind) den Männern untergeordnet, sodass mit den Definitionen von Männlichkeit und Weiblichkeit auch unterschiedliche Grade von Macht und gesellschaftlicher Autorität verbunden sind. Letztlich führen diese Unterschiede in den

meisten Gesellschaften zu einer systematischen Entmachtung von Frauen und derjenigen Gruppen, die keinem Geschlecht zuzuordnen sind. Besonders großen Einfluss haben Gender-Normen auf das Thema Fortpflanzung.

Gender-Normen und reproduktive Rechte beeinflussen sich gegenseitig

Aufgrund gesellschaftlicher Benachteiligung können Frauen nur begrenzt darüber entscheiden,

wann und mit wem sie Sex haben wollen, ob und welche Verhütungsmittel sie anwenden, ob und wann sie medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, ob und wann sie sich einen Arbeitsplatz suchen oder ob sie sich für ein Hochschulstudium bewerben. Ungleiche Gender-Normen verstärken die negativen Auswirkungen anderer Hindernisse im Bereich der Rechte und Entscheidungsfreiheit zusätzlich.

Die Macht der freien Entscheidung erobern

Alles in allem haben Frauen heute mehr Kontrolle über ihr reproduktives Leben als je zuvor in der

Geschichte der Menschheit. Dass sie selbst über die Anzahl und den zeitlichen Abstand ihrer Schwangerschaften entscheiden können, hat ihnen die Tür zu einem Leben geöffnet, das nicht von Schwangerschaft, Geburt und Kinderbetreuung beherrscht wird, und dazu beigetragen, die Benachteiligungen von Frauen zu verringern.

Da die Möglichkeiten der Empfängnisverhütung im Lauf der Zeit überall auf der Welt vielfältiger geworden sind, bringen Frauen in den meisten Regionen inzwischen weniger Kinder zur Welt. Dieser Trend hat mehrere positive Auswirkungen. Dazu gehören eine

verbesserte Gesundheit von Frauen und Kindern, ein höherer Bildungsstand, eine zunehmende Arbeitsmarktbeteiligung und eine gestiegene Wahrnehmung und Wertschätzung von Frauen und Mädchen in der Gesellschaft – auch im eigenen Haushalt. In vielen Fällen hat dies zu einem Circulus virtuosus der Stärkung von Frauen geführt: Ein verbesserter Zugang zu verlässlichen Methoden der Empfängnisverhütung öffnete die Tür für mehr Rechte in anderen Bereichen. Dies wiederum hat dazu beigetragen, dass Frauen ihre reproduktiven Rechte in vollem Umfang wahrnehmen können. Das Recht sowohl der Frauen als auch der Männer, frei über die Anzahl, den Zeitpunkt und den zeitlichen Abstand von Schwangerschaften zu entscheiden, ist heute praktisch universell anerkannt.

Macht, Stimme und Entscheidungsfreiheit

In vielen patriarchalischen Gesellschaften herrscht eine starke und allgegenwärtige sexuelle Doppelmoral: Während die Definition von Männlichkeit die sexuelle Leistungsfähigkeit honoriert, werden Frauen dafür belohnt, dass sie unberührt und keusch bleiben. Diese ungleichen Normen und Einstellungen dienen oft dazu, männliche Kontrolle über Sexualität und Reproduktion von Frauen als rational begründet erscheinen zu lassen. Die schädlichen Praktiken,



Eine schwangere Regisseurin der Vereinten Nationen überprüft ihren Film im UN-Hauptquartier. Das Symbol des internationalen Jahres für die Frau ist im Hintergrund und auf dem Lautsprecher rechts zu sehen. New York, 1974. © UN Photo/M. Faust

die aus ungleichen Gender-Normen erwachsen, können den Zugang zu Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zusätzlich behindern und die Rechte und Entscheidungsfreiheit von Frauen in allen Lebensbereichen einschränken.

Geschlechtsspezifische Gewalt: Gewalt gegen Frauen und Mädchen ist eine gravierende Menschenrechtsverletzung und in allen Ländern ein schwerwiegendes Problem für die öffentliche Gesundheit. Weltweit wird durchschnittlich jede dritte Frau im Lauf ihres Lebens Opfer von körperlicher oder sexualisierter Gewalt. Gewalt, ja schon die Bedrohung durch Gewalt, erzeugt ein Umfeld, in dem Männer sich Frauen unterwerfen, über ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit bestimmen und sie damit einem erhöhten Risiko für sexuell übertragbare Infektionskrankheiten und ungewollter Schwangerschaften aussetzen.

Frühverheiratung: Schätzungsweise 800 Millionen der heute lebenden Frauen wurden im Kindesalter verheiratet. Durch Frühverheiratung verlieren Mädchen ihre Handlungsfähigkeit und Autonomie in ihrem häuslichen Umfeld und bei Entscheidungen über ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit. Ihre Bildungschancen werden eingeschränkt, ihre Zukunft wird zerstört und sie werden daran gehindert, ihr Potenzial voll

auszuschöpfen. Wenn verheiratete Mädchen schwanger werden, erhalten sie seltener eine bedarfsgerechte medizinische Betreuung. Weil aber viele verheiratete Mädchen körperlich noch nicht reif für eine Geburt sind, stellt dieser Versorgungsmangel für Mütter und Babys ein Risiko dar.

Der Druck, schwanger zu werden und die Präferenz für Söhne: Sowohl Männer als auch Frauen werden oft erheblich unter Druck gesetzt, in der Ehe schon bald unter Beweis zu stellen, dass sie Kinder bekommen können. Ein ähnliches Muster zeigt sich in Gesellschaften, in denen Söhne bevorzugt werden. Diese Präferenz ist wiederum Ausdruck tief verwurzelter und diskriminierender Ansichten über die unterschiedliche Wertigkeit von Männern und Frauen. In solchen Gesellschaften stehen Frauen extrem unter Druck, Söhne zur Welt zu bringen. Und wenn sie stattdessen Mädchen bekommen, werden sie unter Umständen Opfer von Gewalt, werden verlassen oder stigmatisiert.

Rechtliche Benachteiligung von Frauen: Recht und Politik sind häufig Ausdruck allgemeiner gesellschaftlicher Werte bezüglich der Geschlechter und können autonome Entscheidungen über Fragen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit behindern. So kann es beispielsweise einem Dienstleistungsanbieter untersagt sein, Verhütungsmittel an heran-

wachsende Mädchen oder unverheiratete Frauen abzugeben. Die Kriminalisierung gleichgeschlechtlicher Beziehungen kann zudem dazu führen, dass Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transgender und Intersexuelle (LGBTI) lieber keine Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in Anspruch nehmen wollen.

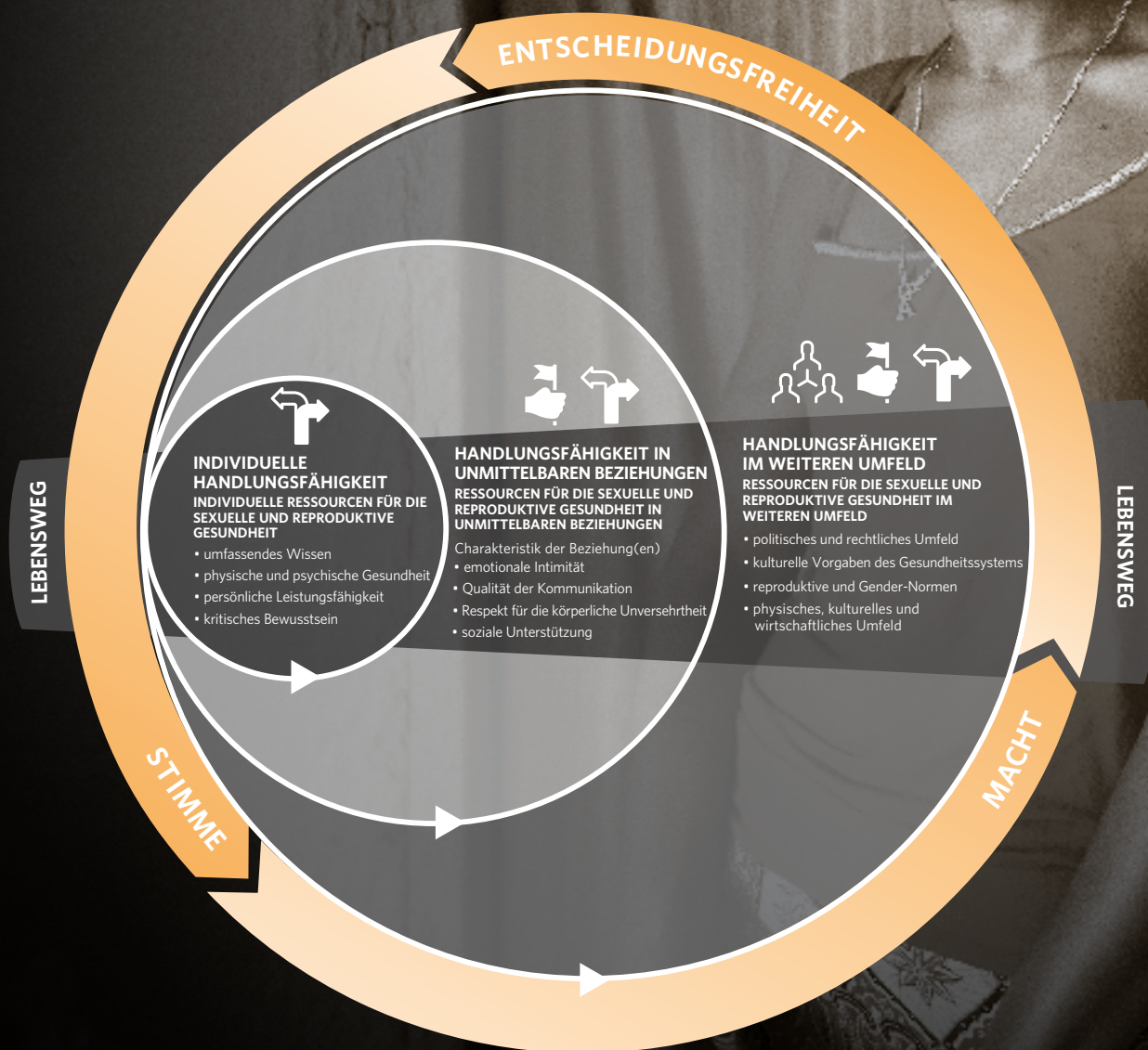
Beziehungen sind die Grundlage

Bei Entscheidungen über Sexualität und Reproduktion in Beziehungen sind drei genderbezogene Aspekte von Bedeutung: die *Macht* der einzelnen Person, ihre *Stimme* – also wie gut sie ihre Bedürfnisse und Wünsche zu artikulieren und zu vertreten vermag – und ihre individuelle *Entscheidungsfreiheit*. Alle zusammen – Macht, Stimme und Entscheidungsfreiheit – bestimmen über den Grad der persönlichen Handlungsfähigkeit in Beziehungen. Das gilt für zwischenmenschliche Beziehungen, aber auch in den Beziehungen zwischen einer Person und einer Institution oder der Gesellschaft. Zum Beispiel kann eine Frau in ihrer unmittelbaren Partnerschaft mit ihrem Ehemann beträchtliche Handlungsmöglichkeiten haben, aber weit geringere in ihrer Beziehung zu ihrem Arzt oder womöglich ihrer Schwiegermutter.

Handlungsfähigkeit definiert sich überdies in jeder Beziehung auf

GRAFIK 5.1

Die Handlungsfähigkeit hängt von den Beziehungen zu Individuen, Gemeinschaften und Institutionen ab



Quelle: Edmeades et al., 2018 „Conceptual Framework for Reproductive Empowerment: Empowering Individuals and Couples to Improve their Health.“ Background Paper. Washington, D.C.: International Center for Research on Women

verschiedenen Ebenen. Faktoren wie etwa das Wissen über sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte beeinflussen die Handlungsfähigkeit auf individueller Ebene. Sie können eine Person befähigen, effektiver für sich selbst einzutreten und begründete Entscheidungen zu treffen. Auf einer anderen Ebene sind es Faktoren wie etwa der Respekt vor der körperlichen Integrität der Partnerin oder die Möglichkeit, sich über Empfängnisverhütung auszutauschen, von denen die Handlungsfähigkeit abhängt. Bei größerer Distanz, also beispielsweise in der Beziehung zu einer Institution wie etwa dem Gesundheitssystem oder gar der Volkswirtschaft, hängt die Handlungsfähigkeit davon ab, wie auf individuelle Bedürfnisse eingegangen wird. In all diesen Beziehungen spielen Gender-Normen eine Schlüsselrolle. Sie können in allen Aspekten des Lebens, insbesondere jedoch bei Entscheidungen über die sexuelle und reproduktive Gesundheit, Handlungsfähigkeit stärken – oder schwächen.

Die Bemühungen, den Zugang zu Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu verbessern und die Menschen zu befähigen, ihre reproduktiven Rechte wahrzunehmen, können von einem Ansatz profitieren, bei dem nicht nur die Bedürfnisse der *Frauen* schon im Voraus mitgedacht werden. Zusätzlich muss berück-



© Michele Crowe

sichtigt werden, dass Entscheidungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit durch *Gender-Normen* und deren Ausformung in Beziehungen – auch in der Beziehung zu einem Gesundheitssystem – beeinflusst werden. Wenn Dienstleistungsanbieter diese Dynamik verstehen, können sie besser auf die individuellen Bedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten eingehen.

Die Geschichte der Gender-Thematik in der Familienplanung

Viele Familienplanungsprogramme aus den 1960er- und 1970er-Jahren sollten vor allem mehr Verhütungsmittel unter die Leute bringen und die Geburtenzahlen senken. Dabei waren diese Programme bestenfalls blind für die Gender-Frage und schlimmstenfalls mitverantwortlich für den Fortbestand geschlechtsspezifischer Ungleichheiten. Weil

sich Familienplanungsprogramme vor allem an Frauen und insbesondere an verheiratete Frauen richteten, verstärkten sie bestehende Gender-Normen, die den Frauen überwiegend die Rolle als Ehefrau und Mutter zuschrieben. Die Programme bildeten zumeist die patriarchalischen Gesellschaften ab, in denen sie durchgeführt wurden. Abgesehen von der Werbung für Kondome werden Männer bis heute kaum angesprochen.

Zur Weltbevölkerungskonferenz im Jahr 1974 brachten Regierungen, Feministinnen und andere erstmals ihre Frustration über demografische Zielvorgaben zum Ausdruck, an denen sich bis dahin ein Großteil der internationalen Familienplanungsbewegung orientiert hatte. Dies führte zu einem konzertierten Vorstoß der Entwicklungsländer: Mit einem breiter angelegten Entwicklungsansatz sollten Frauen befähigt werden, selbst über die



© UN Photo/Milton Grant

der vollständigen Selbstbestimmung aller Frauen und Mädchen. In der Agenda wird dazu aufgerufen, unter anderem die Empfehlungen des Aktionsprogramms der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo in staatliche Pläne, politische Maßnahmen und Programme zu integrieren.

Gender und Vulnerabilität: Heranwachsende, sexuelle Minderheiten und Menschen mit Behinderungen

Heranwachsende

In der Lebensphase der Adoleszenz sind die Kräfte der geschlechtsspezifischen Sozialisation, durch die Jungen und Mädchen lernen, sich ihrem Geschlecht entsprechend so zu verhalten, wie es die Gesellschaft von ihnen erwartet, besonders stark. Zugleich ist dies eine Zeit, in der die jungen Menschen besonders wenig Macht, Mitspracherecht und Entscheidungsfreiheit haben, weshalb der Zugang zu Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit für sie mit besonderen Schwierigkeiten behaftet ist. Für Mädchen gilt dies in ganz besonderem Maße.

Heranwachsende haben ihre ganz eigenen Bedürfnisse in diesem Bereich. Viele wissen zu wenig über Gesundheitsfragen und wie sie Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen können. Dadurch sind sie nur bedingt in der Lage, eine Schwangerschaft zu

Anzahl, den Zeitpunkt und den zeitlichen Abstand ihrer Schwangerschaften zu entscheiden.

Dieser Vorstoß gewann in den folgenden Jahren an Schubkraft. Die UN-Dekade der Frau (1976–1985) fiel annähernd mit drei Weltfrauenkonferenzen der Vereinten Nationen (1975, 1980 und 1985), der Gründung des Entwicklungsfonds der Vereinten Nationen für Frauen (UNIFEM) und des Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW) zusammen. Damals bildeten sich Netzwerke, die eine Grundlage für eine starke feministische Allianz schufen. Diese wiederum gab die Richtung vor, der die Familienplanungsbewegung in den folgenden zwei Jahrzehnten folgte. Schließlich machte die Bewegung für reproduktive Rechte bei der

Weltbevölkerungskonferenz von Kairo 1994 einen großen Sprung nach vorn.

Im Jahr 2010 wurde die Organisation der Vereinten Nationen für die Gleichstellung der Geschlechter und die Stärkung der Frauen (UN Women) gegründet. Und 2015 beschlossen die Vereinten Nationen die Agenda 2030 für Nachhaltige Entwicklung mit 17 Zielen für nachhaltige Entwicklung (SDGs). Eines dieser Ziele verspricht, den „allgemeinen Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und reproduktiven Rechten“ zu gewährleisten. Zugleich wurde die Anzahl der geschlechtsspezifischen Indikatoren, anhand derer die Fortschritte überwacht werden, gegenüber den vorangegangenen Millenniumszielen deutlich erhöht. SDG 5 handelt von der allgemeinen Gleichstellung der Geschlechter und

verhüten oder sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten vorzubeugen. Die gesellschaftliche Ächtung sexueller Aktivitäten unter Jugendlichen – insbesondere, wenn sie nicht verheiratet sind – erhöht die soziale Belastung und verstärkt die Stigmatisierung, wenn Dienstleistungen in Anspruch genommen werden. Sie schürt die Angst vor einem Vertrauensbruch durch Dienstleistungsanbieter und führt zu gesetzlichen Einschränkungen des freien Zugangs zu Dienstleistungen. Schließlich werden viele Heranwachsende schon im Kindesalter verheiratet, was eine gravierende Menschenrechtsverletzung darstellt.

Menschen mit Behinderungen

Frauen und junge Menschen mit Behinderungen werden vielfach Opfer von Diskriminierung, unter anderem auch aufgrund ihres Geschlechts. Das zeigen Untersuchungsergebnisse aus der ganzen Welt über sexuelle und geschlechtsspezifische Gewalt und die sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte von Frauen und jungen Menschen mit Behinderungen. Junge Menschen unter 18 Jahren mit Behinderungen werden fast viermal so häufig Opfer von Missbrauch wie Gleichaltrige ohne Behinderung, wobei junge Menschen mit geistigen Einschränkungen – insbesondere Mädchen – am stärksten gefährdet sind.

Sexuelle Minderheiten

LGBTI stehen vor noch größeren Hindernissen, wenn sie sich über sexuelle und reproduktive Gesundheit und Dienstleistungen informieren wollen. Wo Sexualnormen heterosexuelles Verhalten vorschreiben und dabei vor allem die Fortpflanzung im Zentrum steht, werden diese Menschen immer und überall stigmatisiert und diskriminiert. Häufig werden ihre Sexualpraktiken kriminalisiert, und sie werden in hohem Maße Opfer sexualisierter Gewalt. Infolgedessen sprechen viele LGBTI bei Gesundheitsdienstleistern nur ungern über ihre sexuelle Orientierung oder ihre sexuellen Aktivitäten und erhalten damit oft keine hochwertige Betreuung, die ihren Bedürfnissen entspricht.

Traditionelle Gender-Normen transformieren

Wer die vollständige Gleichstellung erreichen will, muss Männer direkt als vollwertige, gleichberechtigte Partner ansprechen und ihnen die Einsicht vermitteln, dass sie auch in ihre eigene Gesundheit investieren, wenn sie die Autonomie der Frauen unterstützen.

Doch von allen Veränderungen der letzten zwei Jahrzehnte wird sich auf lange Sicht wohl keine andere so gravierend auf die Gender-Normen auswirken wie die stark wachsende Zahl der Mädchen, die zur Schule gehen und dort bis zu ihrem Abschluss bleiben. Durch

die Schulerfahrung und die Bildungsinhalte kann sich für Mädchen alles verändern: Sie erkennen, welchen Platz sie in der Gesellschaft einnehmen und wie es dazu kommt. Sie lernen, sich in ihren Beziehungen zu anderen zu behaupten und für ihre eigenen Interessen einzutreten. Und sie werden vor schädlichen Praktiken wie zum Beispiel einer Kinderehe geschützt.

Auch eine umfassende Sexualaufklärung trägt dazu bei, Gender-Normen zu verändern, wenn mit altersgerechten Lehrplänen nicht nur Informationen über Sexualität, Schwangerschaft und Geburt vermittelt, sondern auch Fragen der Geschlechtszugehörigkeit und Machtverteilung in Beziehungen behandelt werden. Wenn Jungen und Mädchen ermutigt werden, offen über Sexualität zu diskutieren, dann werden sie in ihren späteren Partnerschaften besser kommunizieren, sodass beide Partner ihre Wünsche und Vorlieben freimütig und mit gegenseitigem Respekt zum Ausdruck bringen können.

Die Voraussetzung für die Stärkung aller Menschen ist ein tieferes Verständnis dafür, wie Gender-Normen funktionieren und wie in Programmen für sexuelle und reproduktive Gesundheit soziale Interaktionen durch geschlechtsspezifische Rollen und Erwartungen geprägt werden.



WENN DIE VERSORGUNG ZUSAMMENBRICHT

Seit Mitte der 1990er-Jahre erbringen Regierungen, Hilfsorganisationen und internationale Institutionen zunehmend Hilfsleistungen für Frauen und junge Mädchen, deren Möglichkeiten durch Kriege und Naturkatastrophen eingeschränkt sind.

Der Bedarf an humanitärer Hilfe ist derzeit beispiellos hoch. 2018 benötigten weltweit rund 136 Millionen Menschen humanitäre Hilfe, 2017 erhielten 91 Millionen Menschen Hilfslieferungen.

In Ländern, die von Katastrophen betroffen sind, sterben täglich mehr als 500 Frauen und Mädchen während der Schwangerschaft oder bei der Geburt. Es fehlt hier entweder an qualifiziertem

Gesundheitspersonal, an geburts-hilflicher Notfallversorgung oder Schwangerschaftsabbrüche finden unter unsicheren Bedingungen statt.

Durch unsichere Lebensumstände und Vertreibung sind unter anderem Frauen, heranwachsende Mädchen und Jungen, Menschen mit Behinderungen, Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transgender und Intersexuelle vermehrt einer Gefahr von

Vergewaltigung, Ausbeutung und HIV-Übertragung ausgesetzt.

In mindestens zwölf Ländern besteht ein hohes Risiko für humanitäre Krisen und Katastrophen, die deren eigene Kapazitäten überfordern könnten: Äthiopien, Afghanistan, Demokratische Republik Kongo, Irak, Jemen, Nigeria, Somalia, Sudan und Süd Sudan, Syrien, Tschad und Zentralafrikanische Republik.

Nach Einschätzung des Nothilfekoordinators der Vereinten Nationen (OCHA) sind lang andauernde Krisen heute Normalität. 2017 wurden weltweit fast zwölf Millionen Menschen durch bewaffnete Konflikte, Terrorismus und Gewalt vertrieben. Im Jahr davor waren es noch 6,9 Millionen. 18 Millionen mussten ihre Heimat aufgrund wetterbedingter Katastrophen verlassen. Anfang 2018 gab es 40,3 Millionen Binnenvertriebene aufgrund von Konfliktsituationen und 22,5 Millionen Geflüchtete – mehr als je zuvor.

Langanhaltende Krisen: die neue Normalität

In 19 von 21 Fällen, in denen die Vereinten Nationen im Jahr 2018 humanitäre Hilfsaktionen koordinierten, spielten Konflikte eine wesentliche Rolle. Die Auswirkungen eines langwierigen innerstaatlichen oder internationalen Konflikts können noch lange nach dem Ende der Unruhen anhalten. Im Jahr 2017 lebten die meisten Vertriebenen weltweit – 7,7 Millionen Menschen – in Kolumbien, obwohl dort 2016 ein Friedensabkommen geschlossen wurde.

Durch Überschwemmungen, Stürme, Dürren und Flächenbrände werden noch mehr Menschen vertrieben als durch Konflikte, auch wenn solche Evakuierungen oft nur von kurzer Dauer sind. Seit 2008

mussten jedes Jahr weltweit durchschnittlich rund 25 Millionen Menschen aufgrund wetterbedingter Katastrophen ihre Heimat verlassen; Hauptursachen sind unter anderem Taifune und Wirbelstürme. Vor allem in kleinen Ländern und Inselstaaten steigt die Gefahr eines wirtschaftlichen und sozialen Zusammenbruchs durch solche Katastrophen.

Die Zahl der Menschen, die auf der Flucht vor Gewaltausbrüchen im eigenen Land bleiben, ist höher als die Zahl derjenigen, die ins Ausland fliehen. Viele Langzeitvertriebene lassen sich in Siedlungsgebieten der Aufnahmebevölkerung nieder, häufig in Städten. Dies führt zu überlasteten Versorgungsdiensten und erschwert Hilfsmaßnahmen.

Frauen und Heranwachsende in Gefahr

Jede humanitäre Krise – egal ob durch Konflikte oder Naturkatastrophen hervorgerufen – führt zum Ausfall von Systemen und erhöht dadurch das Schutzbedürfnis und den Dienstleistungsbedarf zahlreicher Menschen. Insbesondere zu Beginn, wenn es darum geht, möglichst schnell Nahrungsmittel und Unterkünfte bereitzustellen, übersehen Einsatzkräfte leicht, in welcher Weise die Vulnerabilität von Frauen und Mädchen im Krisenfall steigt, und dass ihre Situation lebensbedrohlich werden kann.

Eine Naturkatastrophe zu erleben oder vor Gewalt zu fliehen, ist besonders für schwangere Frauen und Mütter von Kleinkindern eine schreckliche Erfahrung. Traumata, Unter- und Fehlernährung während der Schwangerschaft sind gefährlich, und im Katastrophenfall erleiden viele Frauen eine Fehl- oder Frühgeburt. Da es selbst an den einfachsten hygienischen Voraussetzungen für eine sichere Entbindung fehlt, steigt die Gefahr einer tödlichen Infektion für Mutter und Kind.

Auch Ausfälle bei der Familienplanung sind lebensbedrohlich. Sexuell aktive Frauen, die wegen

© Ali Arkady/VII/Redux



fehlender Dienstleistungen oder gesetzlicher Beschränkungen keinen Zugang zu Verhütungsmitteln haben, sind durch ungewollte Schwangerschaften und sexuell übertragbare Infektionskrankheiten einschließlich HIV stark gefährdet. Von denen, die schwanger werden, lassen viele eine unsichere Abtreibung vornehmen. Dies ist eine Hauptursache für Verletzungen und Todesfälle von Müttern.

Die Lebensbedingungen auf der Flucht und das Auseinanderbrechen der Familien führen dazu, dass Frauen und Mädchen leichte Opfer von Vergewaltigungen und Übergriffen werden. Sexualisierte Gewalt wird häufig nicht angezeigt.

Menschen mit Behinderungen sind besonders vulnerabel für sexualisierte Gewalt und haben unter Umständen noch größere Schwierigkeiten, nach einem Übergriff Hilfe zu erhalten. Auch Männer und Jungen sind gefährdet, wobei die Normen, die Frauen und Mädchen daran hindern, Übergriffe anzuzeigen, für sie manchmal noch schwerer zu überwinden sind.

Die Furcht vor sexualisierter Gewalt oder Ausbeutung und Missbrauch schränkt die Mobilität vieler geflüchteter Frauen ein. Wenn Familien unter sehr prekären Umständen leben müssen, dann verlegen sie sich oft auf die Kinder-ehe, weil sie hoffen, dass sie ihre Töchter vor Gewalt schützen können, indem sie sie verheiraten.

Rechte und Entscheidungsfreiheit als Handlungsgrundlagen

Erst in den 1990er-Jahren richteten die humanitären Akteure ihren Blick konsequenter auf die Rechte und Bedürfnisse der von einer Krise betroffenen Frauen und Mädchen. 1991 veröffentlichte der Flüchtlingshochkommissar der Vereinten Nationen (UNHCR) Leitlinien für den Schutz geflüchteter Frauen, die den Rahmen für den Schutzbedarf formulierten. Darin heißt es, dass geflüchtete Frauen und Mädchen aufgrund ihrer Geschlechtszugehörigkeit einen speziellen Schutzbedarf haben: Sie brauchen zum Beispiel Schutz vor sexuellem Missbrauch, körperlicher Misshandlung, Ausbeutung sowie Schutz vor Diskriminierung aufgrund ihres Geschlechts bei der Verteilung von Waren und Dienstleistungen.

1994 veröffentlichte der Frauenausschuss für geflüchtete Frauen und Kinder dann den Bericht „Geflüchtete Frauen und reproduktive Gesundheitsversorgung: Neubestimmung der Prioritäten“. Darin wurden bedenkliche Lücken in der Betreuung von Frauen festgestellt, unter anderem bei der Sexualaufklärung, Familienplanung, Aufklärung über HIV und HIV-Prävention, bei Hygieneartikeln für die Menstruation und bei Hilfsleistungen für Überlebende von sexuellem Missbrauch, Vergewaltigung und Zwangsprostitution.

Das Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo bezog sich auch auf Vertriebene, Geflüchtete, Migrantinnen und Migranten, die von Umwelterstörung, Naturkatastrophen und innerstaatlichen Konflikten betroffen sind. Darin wurden die Staaten aufgefordert, die tieferen und insbesondere die armutsbedingten Ursachen zu bekämpfen. Menschen, die sich häufig in besonders vulnerablen Situationen befinden, insbesondere Frauen, die in bewaffneten Konflikten Opfer von Vergewaltigungen und sexualisierten Übergriffen werden können, sollen unbedingt geschützt werden. Die Regierungen werden nachdrücklich aufgefordert, dafür zu sorgen, dass Binnenvertriebene Dienste der gesundheitlichen Grundversorgung, einschließlich reproduktiver Gesundheits- und Familienplanung erhalten, und Geflüchteten Gesundheitsdienstleistungen einschließlich Familienplanung anzubieten.

Versorgungsstandards der reproduktiven Gesundheit definieren

1995 gründeten zwischenstaatliche Agenturen, staatliche Einrichtungen und Nichtregierungsorganisationen, die an Hilfsmaßnahmen beteiligt sind, einen Internationalen Krisenstab (Inter-Agency Working Group on Crises). Unter der Führung von UNFPA und UNHCR entwickelte diese Koalition Leitlinien für

Interventionen in verschiedenen Phasen einer Krise. Die Schwerpunkte lagen auf sicherer Mutterschaft, der Bekämpfung sexualisierter bzw. geschlechtsspezifischer Gewalt und sexuell übertragbaren Krankheiten einschließlich HIV-Infektionen und Aids sowie für die Familienplanung. Heute setzt dieser Krisenstab technische Standards für Dienstleistungen und stellt Daten für die Politik zur Verfügung. Der Lenkungsausschuss der Koalition hat heute 20 Mitgliedsorganisationen und verfügt über ein Netzwerk von über 2.000 Mitgliedern aus 450 Agenturen.

Lebenswichtige Dienstleistungen im Krisenfall

In seinem Feldhandbuch hat der Krisenstab ein Mindestangebot an Erstversorgungsmaßnahmen beschrieben, die für die Prävention von Todesfällen und Erkrankungen am allerwichtigsten sind. Dieses Paket eignet sich für alle Katastrophenfälle und sollte in jeder Krise gleich zu Beginn von geschultem Personal umgesetzt werden.

Die Maßnahmen sehen folgende Schritte vor: Identifizierung einer Stabsstelle, die koordiniert und Partnerorganisationen unterstützt, Verhinderung sexueller Gewalt und Bereitstellung medizinischer und psychosozialer Betreuung für Überlebende, Minderung der HIV-Ansteckungsgefahr durch sichere Bluttransfusionen und kostenlose

Kondome, Verhinderung von Todesfällen bei Müttern und Neugeborenen durch Notfallversorgung, stationäre Überweisungen und hygienische Hilfsmittel für Entbindungen, Vermeidung von ungewollten Schwangerschaften durch ein Angebot an Verhütungsmethoden und Aufklärung sowie die schnellstmögliche Realisierung umfassender Dienstleistungen für sexuelle und reproduktive Gesundheit.

In dem 2018 überarbeiteten Feldhandbuch wird die Verhütung ungewollter Schwangerschaften jetzt als eigenständiges, lebensrettendes Ziel aufgeführt und nicht mehr nur als ein Faktor für die Gesundheit von Müttern. Sichere Schwangerschaftsabbrüche stellen, soweit legal, eine weitere, eigene Priorität dar. Weiterhin enthält der Leitfaden jetzt mehr Hinweise für den Übergang von der Notfallversorgung zu umfassenden Dienstleistungen für sexuelle und reproduktive Gesundheit. Auch der Vermeidung von geschlechtsspezifischer Gewalt wird größere Aufmerksamkeit geschenkt.

Sexualisierte Gewalt bekämpfen

Das Römische Statut von 1998, mit dem der Internationale Strafgerichtshof begründet wurde, qualifiziert Vergewaltigung und sexualisierte Gewalt im Rahmen systematischer Übergriffe auf eine Zivilbevölkerung als Verbrechen

gegen die Menschlichkeit und als Kriegsverbrechen.

In seiner 2008 verabschiedeten Resolution 1820 erklärte der Sicherheitsrat, dass der Einsatz sexualisierter Gewalt insbesondere gegen Frauen und Mädchen, als Kriegstaktik zu betrachten ist. Er dient dem Ziel, die zivilen Mitglieder einer Gemeinschaft oder ethnischen Gruppe zu erniedrigen, Macht über sie auszuüben, ihnen Furcht einzuflößen, sie zu zerstreuen und/oder zwangsweise umzusiedeln. In der Resolution wird klargestellt, dass sexualisierte Gewalt eine Gefahr für die internationale Sicherheit darstellt. Sie kann zudem die Wiederherstellung des Friedens behindern. So muss den Folgen sexualisierter Gewalt in den Bemühungen zum Wiederaufbau und der Befriedung nach einem Konflikt besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Die Katastrophenhilfe von UNFPA

Entsprechend seinem Mandat konzentriert sich UNFPA auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte von Frauen und Mädchen, und zwar auch im Krisen- und Katastrophenfall.

Weltweit ist UNFPA der Hauptversorger für Hilfsmittel und Ausrüstung im Bereich der reproduktiven Gesundheit, die für verschiedene Situationen und Dienstleistungsniveaus fertig verpackt bereitstehen, um verteilt zu werden. Familienplanungsets

zum Beispiel enthalten Kondome, Verhütungsmittel zum Einnehmen und zur Injektion sowie Spiralen. Gesundheitssets für Mütter und Neugeborene enthalten medizinische Geräte und Hilfsmittel, die für die klinische Geburtshilfe sowie für die einfache und umfassende Geburtsnothilfe unabdingbar sind. Weitere Sets enthalten Hilfsmittel für die Behandlung sexuell übertragbarer Infektionskrankheiten, zur Hilfe und Betreuung bei Fehlgeburten und für Bluttransfusionen.

Den Bedarf heranwachsender Mädchen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu decken und zu schützen, hat für UNFPA in Krisensituationen Priorität. Mit dem Minimalpaket für frühzeitige Dienstleistungen wurde 2009 erstmals ein Instrumentarium für die Erstversorgung von Heranwachsenden verfügbar gemacht.

Bei humanitären Interventionen richtet UNFPA separate Mädchenräume ein, in denen Schlüsselqualifikationen, Gesundheitsinformationen und Überweisungen an Dienstleistungsanbieter vermittelt werden. Bei Bedarf werden auch mobile Kliniken und aufsuchende Teams unterstützt, die Gesundheitsdienstleistungen und Hilfsmittel einschließlich Verhütungsmitteln bereitstellen. Heranwachsende werden zurate gezogen und beteiligen sich an der Hilfe, indem sie sogenannte Notfallsets für die persönliche Hygiene



© Lynsey Addario/Getty Images

(„Dignity-Kits“) verteilen, Daten sammeln und mit Gleichaltrigen sprechen.

Außerdem koordiniert UNFPA die Prävention geschlechtsspezifischer Gewalt sowie die Risikominimierung und Hilfe in vielen humanitären Situationen. Die Organisation schult medizinisches Personal für die sensible und vertrauliche Durchführung hochwertiger, lebensrettender Dienstleistungen – unter anderem auch für die Behandlung nach einer Vergewaltigung, und verteilt klinische Hilfsmittel an Gesundheitszentren und mobile Kliniken. Dazu gehören beispielsweise die „Pille danach“ und Post-Exposure-Prophylaxe (PEP) zur HIV-Prävention.

Resilienz aufbauen

Der Schutz der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und

Rechte sowie der Sicherheit von Frauen und Mädchen im Krisenfall hat sich heute als Priorität weltweit durchgesetzt. Doch ob diesen Anstrengungen echter Erfolg beschieden ist, hängt davon ab, ob die nachhaltigen Entwicklungsziele für 2030 erreicht werden. Die Gesellschaften müssen widerstandsfähiger gemacht werden, um Gewalt und Katastrophen zu verhindern, sich ihnen stellen zu können und sich von ihnen zu erholen. Dafür braucht es mehr Mittel, intelligentere Lösungen und eine bessere internationale Zusammenarbeit. Zunehmende Ungleichheit, sich über lange Zeiträume hinziehende Konflikte, der Klimawandel und demografische Entwicklungen (Bevölkerungswachstum, Migration, Urbanisierung und Alterung) machen es schwieriger, die wachsenden Herausforderungen zu bewältigen.

RIGHTS

meaning that a person needs



INSTITUTIONEN UND GELD ZUR ABSICHERUNG VON RECHTEN UND ENTSCHEIDUNGSFREIHEIT

1969 verfügten nur wenige Länder über eine Bevölkerungspolitik oder Institutionen, um sie umzusetzen. Aber als sich die globale Aufmerksamkeit für Bevölkerungsfragen herausgebildet hatte, suchten immer mehr Länder nach einem besseren Verständnis und einer besseren Auseinandersetzung mit den Wechselwirkungen zwischen Bevölkerungsdynamik und Entwicklung.

In einigen Ländern wurden die Gesundheitsministerien beauftragt, Programme zur Verteilung von Verhütungsmitteln zu organisieren, die sich strikt auf ganz bestimmte Zielgruppen konzentrierten. Andere richteten unabhängige Gremien für Familienplanung oder Bevölkerungsfragen ein, um die Finanzhilfen der Geber rasch in Dienstleistungen umzusetzen.

Und in vielen Ländern arbeitete die Regierung bei der Verteilung von Verhütungsmitteln mit zivilgesellschaftlichen Organisationen zusammen.

Mit der Zeit mussten sich diese Institutionen anpassen, um den zunehmenden Bedarf an einem breiter gefächerten Dienstleistungsangebot für sexuelle und reproduktive Gesundheit nachzukommen

und Frauen zu befähigen, ihre reproduktiven Rechte wahrzunehmen.

Frühe Schwierigkeiten

In der ersten Zeit wurden Dienstleistungen im Rahmen einiger Familienplanungsprogramme hauptsächlich durch städtische Kliniken und Krankenhäuser erbracht. Schwache Infrastruktur

erschwerte es vielerorts, die Dienste auch auf ländliche Gebiete auszuweiten. Aber selbst im städtischen Raum führten unzureichend ausgestattete Räumlichkeiten und ein Mangel an qualifiziertem Personal dazu, dass große Teile der Bevölkerung nur eingeschränkten oder überhaupt keinen Zugang zu hochwertigen Dienstleistungen für Empfängnisverhütung hatten.

Und mehr noch: Da die westlichen Geber einen Großteil der Kosten für die Abgabe von Verhütungsmitteln übernahmen, richteten sich die Dienstleistungen oft nach den Vorstellungen der Geber und entsprachen dabei zuweilen nicht den Bedürfnissen der Frauen. Einige Geber wollten mehr Kliniken bauen, andere dagegen unterstützten lieber Verteilungssysteme außerhalb des staatlichen Gesundheitswesens und wieder andere finanzierten hauptsächlich Forschungsvorhaben und Vorzeigeprojekte.

Die Koordination war bei den ersten Bevölkerungsprogrammen eine besondere Herausforderung: Gesundheitsministerien befassten sich mit der Bereitstellung klinischer Dienstleistungen, zentrale Statistikbüros waren für Volkszählungen und Umfragen verantwortlich, Bildungsministerien kümmerten sich um Schul- und Ausbildungslehrpläne, Informationsministerien waren für öffentliche Aufklärungskampagnen zuständig, und die Geldmittel wurden von



© Brian Sokol/Panos Pictures

Planungs- oder Finanzministerien zugewiesen. Mancherorts gab es Stellen für Bevölkerungsplanung oder staatliche Bevölkerungskommissionen, die die vielfältigen Facetten der Bevölkerungspolitik zu koordinieren halfen, aber oft hatten sie kaum die nötigen Kapazitäten, um solche Initiativen zu steuern.

Eine weitere Schwierigkeit bei den ersten Familienplanungsprogrammen war, dass man sich bei der Formulierung von Programmen und beim Monitoring der Ergebnisse von Initiativen nur auf unzureichende Daten stützen konnte. In den 1970er-Jahren hat die US-Entwicklungsgesellschaft (USAID) geholfen, zahlreiche zentrale Statistikbehörden einzurichten. Seither sind Umfang und Qualität der epidemiologischen und verhaltensbezogenen Daten aus Entwicklungsländern im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit erheblich besser geworden.

Allmählicher Fortschritt

Die Reichweite von Familienplanungsprogrammen nahm in den 1970er-Jahren zunächst langsam und in den folgenden Jahrzehnten schneller zu. So wurden zum Beispiel 1970 in den Entwicklungsregionen schätzungsweise 40 Prozent des Familienplanungsbedarfs mit einer modernen Methode gedeckt. 1980 war dieser Prozentsatz auf 57 Prozent gestiegen, 1990 auf 69 Prozent; im Jahr 2000 waren es dann 75 Prozent und heute sind es etwa 77 Prozent. Dieser Fortschritt ist der Tatsache zu verdanken, dass die Regierungen den Aufwand für ihre Familienplanungsprogramme schrittweise steigerten.

Ab 1972 entwickelte die Wissenschaft Messmethoden, um den Aufwand für ein Programm zu quantifizieren. Diese werden seither in den meisten Entwicklungsländern regelmäßig angewendet. Der Aufwandsindex für Familienplanungsprogramme (Family

Planning Program Effort Index) basiert auf einem Fragebogen, mit dem 30 Messgrößen für den Aufwand abgefragt werden, eingeteilt in vier Kategorien: politische Initiativen, Dienstleistungen, Evaluation und Zugang zu Verhütungsmethoden. Als dieser Index 1972 erstmals für 23 staatliche Programme erhoben wurde, verteilten sich die Länder relativ gleichmäßig auf ein Spektrum von geringem bis hohem Aufwand. 1989 waren die Aufwendungen in vielen Ländern angestiegen. Länder mit geringem Aufwand begannen, sich solchen mit mittlerem und höherem Aufwand anzunähern.

Bevölkerungspolitik: über die Fertilitätsreduktion hinausgehen

Im Lauf der Zeit haben immer mehr Länder die Strategien ihrer staatlichen Bevölkerungspolitik erweitert. Lag der Fokus vorher zu meist darauf, mittels Maßnahmen der Familienplanung die Fertilität zu reduzieren, gingen sie nun dazu über, die neue globale Agenda für sexuelle und reproduktive Gesundheit mit einzubinden und Frauen zu stärken.

2015 hatten 76 Prozent der Regierungen in den vorangegangenen fünf Jahren mindestens eine politische Maßnahme ergriffen, um die Zahl der Todesfälle bei Neugeborenen oder Müttern zu verringern, und mehr als 70 Prozent der Regierungen hatten die

Reichweite der lebenswichtigen Versorgung von Neugeborenen und Müttern nach der Entbindung sowie die umfassende vorgeburtliche Betreuung oder die Geburtshilfe verbessert. Zudem hatten 62 Prozent der Regierungen auf der ganzen Welt politische Maßnahmen verabschiedet, um mehr qualifiziertes Geburtshilfepersonal zu rekrutieren und auszubilden, und 39 Prozent hatten den Zugang zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen verbessert – einschließlich einer anschließenden Betreuung.

Der steigende Nutzen von Partnerschaften

In den 1970er- und 1980er-Jahren wurden Partnerschaften im Bereich Bevölkerung und Entwicklung zahlreicher und vielfältiger; sie trieben die Bevölkerungs- und Entwicklungsziele voran und leisteten damit einen großen Beitrag zum Erfolg.

In den späten 1980er- und frühen 1990er-Jahren gab es eine Welle der Dezentralisierung. Das eröffnete Möglichkeiten für die Zivilgesellschaft, sich an der Planung vor Ort, an der Entscheidungsfindung sowie am Monitoring und der Evaluation von Dienstleistungen für sexuelle und reproduktive Gesundheit zu beteiligen. Aber mit der Dezentralisierung stellten sich auch neue Herausforderungen. So war oft unklar, welche Beziehungen zwischen den verschiedenen Institutionen und

zu den regionalen Gesundheitsbehörden bestanden. Probleme gab es außerdem im Zusammenhang mit Warenströmen und bei der Beschaffung und Ausgabe von Ausrüstung und Hilfsmitteln.

Auch die Privatwirtschaft wurde immer stärker an der Programmplanung und -umsetzung beteiligt. Das Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo rief Regierungen und Nichtregierungsorganisationen dazu auf, im Rahmen von Bevölkerungs- und Entwicklungsprogrammen verstärkt mit privaten Unternehmen zusammenzuarbeiten – insbesondere bei der Produktion und dem Vertrieb hochwertiger Verhütungsmittel und bei der Erbringung von Dienstleistungen, die von geeigneten Informationen und Aufklärungsmaßnahmen begleitet werden. Mittlerweile haben private Unternehmen in vielen Ländern damit begonnen, sich mit dem Betrieb von Kliniken und der Initiierung von Social-Marketing-Programmen aktiv einzubringen.

Den Finanzbedarf abschätzen und überwachen

Das Einschätzen und Überwachen von Finanzmitteln ist in der Bevölkerungspolitik von jeher eine Herausforderung. In den 1960er- und 1970er-Jahren verteilten sich die Geldmittel für sexuelle und reproduktive Gesundheit noch auf verschiedene Haushaltstitel. So



© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures

wurden etwa Kosten für die Gesundheitsversorgung von Müttern und Kindern und für die Behandlung sexuell übertragbarer Infektionskrankheiten oft aus dem allgemeinen Gesundheitshaushalt bestritten, während mit dem Budget für „Bevölkerung“ schwerpunktmäßig Dienstleistungen für Empfängnisverhütung finanziert wurden. Ein Teil davon war jedoch für die Erfassung und Analyse von Volkszählungsdaten reserviert.

Bemühungen zur Überwachung der Geldflüsse wurden in 1970er-Jahren in Angriff genommen. Sie gaben Aufschluss über Entwicklungslinien und insbesondere darüber, wie die Gebergemeinschaft ihre Unterstützung für gesundheits- und bevölkerungspolitische Maßnahmen ausgeweitet hatte. 1972 beliefen sich die Ausgaben der multilateralen und bilateralen

Agenturen für den Gesundheitssektor auf fast 900 Millionen US-Dollar. Bis 1980 stiegen sie auf 2,7 Milliarden und bis 1990 auf 3,9 Milliarden US-Dollar (inflationbereinigt; ausgedrückt in US-Dollar von 1990). Der Anteil, der für „bevölkerungspolitische Maßnahmen“ aufgewendet wurde, nahm in den 1970er- und 1980er-Jahren allmählich zu und stieg bis 1990 auf 936 Millionen US-Dollar, was fast 20 Prozent der gesamten internationalen Hilfe für den Gesundheitssektor ausmachte. 60 Prozent dieser Gelder kamen von bilateralen Gebern, 22 Prozent von Organisationen der Vereinten Nationen, 13 Prozent von den Entwicklungsbanken und fünf Prozent stammten aus privaten Quellen.

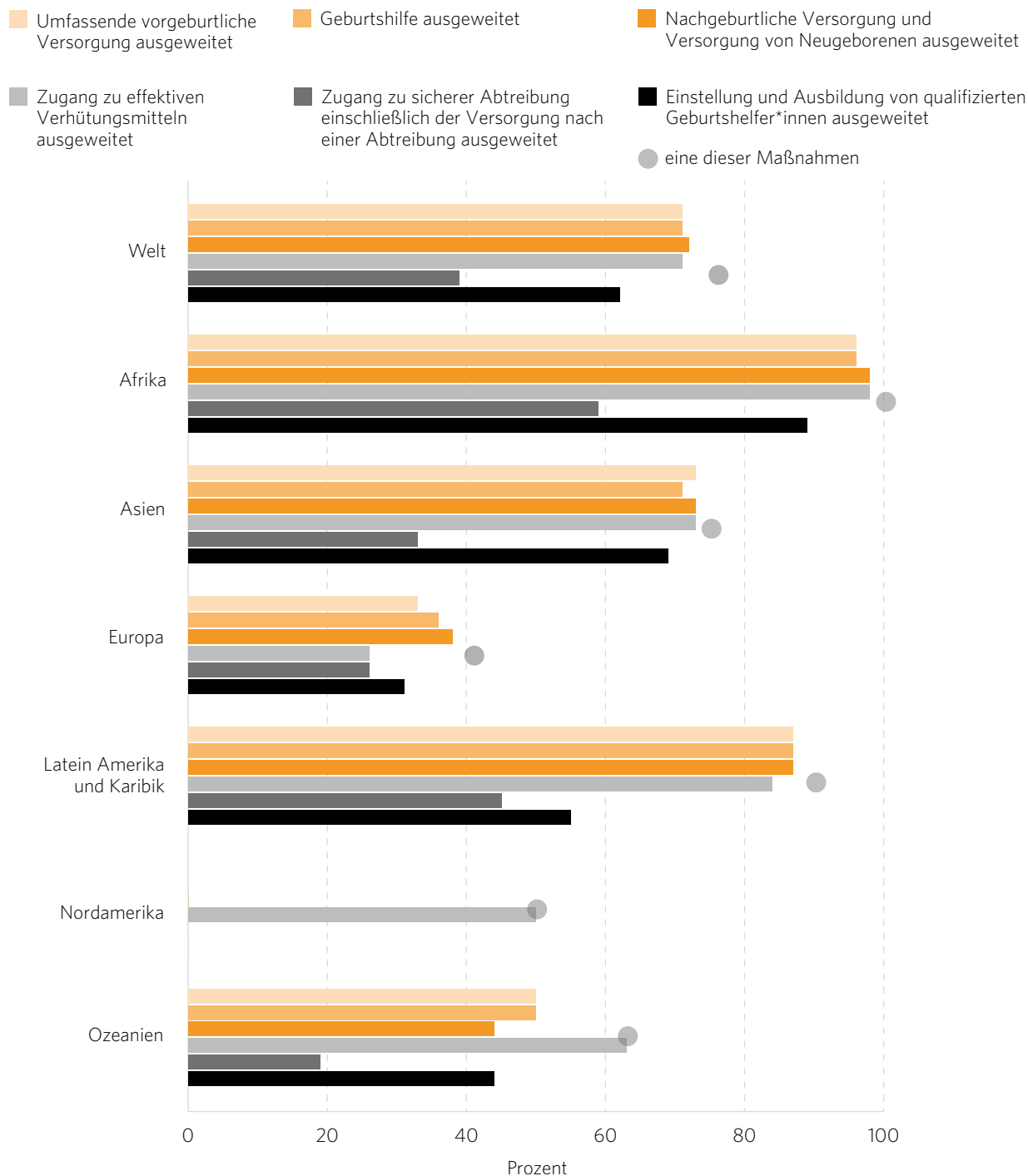
Bis zur Weltbevölkerungskonferenz von Kairo 1994 waren

die Systeme zur Abschätzung und Rückverfolgung des Finanzbedarfs für Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit deutlich anspruchsvoller geworden. Auch das Aktionsprogramm von Kairo enthielt eine Kostenschätzung für die Umsetzung der Kernempfehlungen: Man ging davon aus, dass im Jahr 2000 etwa 17 Milliarden US-Dollar, 2005 dann 18,5 Milliarden, 2010 schon 20,5 Milliarden und 2015 circa 21,7 Milliarden US-Dollar benötigt würden. Die Regierungen kamen überein, dass die Entwicklungsländer zwei Drittel und die internationale Gemeinschaft ein Drittel der erforderlichen Summen übernehmen müssen.

Wachsender Bedarf, wachsende Kosten

Doch im globalen Maßstab reichen die Finanzmittel nicht aus, um den Bedarf im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu decken, und die Geber gehen tendenziell in die falsche Richtung. Die Hilfgelder für sexuelle und reproduktive Gesundheit, die im Rahmen der staatlichen Entwicklungszusammenarbeit von den Industriestaaten an die Entwicklungsländer überwiesen wurden, stiegen in der Zeit nach der ICPD 1994 zwar stark an und erreichten 2011 mit etwas mehr als fünf US-Dollar pro Frau im reproduktionsfähigen Alter in den Entwicklungsländern ihren Höhepunkt.

GRAFIK 7.1 Anteil der Regierungen, die in den letzten fünf Jahren Maßnahmen ergriffen haben, um Neugeborenen- und Müttersterblichkeit zu senken, nach Region, 2015



Hinweis: beruht auf 190 Ländern mit verfügbaren Daten

Quelle: Vereinte Nationen, 2017, „Reproductive Health Policies 2017: Data Booklet.“ ST/ESA/SER.A/396. Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations



© UNFPA/Sanne De Wilde/NOOR

zu planen und zu budgetieren. Somit wird die Stabilität staatlicher Programme für sexuelle und reproduktive Gesundheit unter Umständen durch plötzliche Kürzungen gefährdet.

Darüber hinaus werden Privatpersonen in Entwicklungsländern aufgrund hoher Selbstbeteiligung für sexuelle und reproduktive Gesundheitsdienstleistungen belastet. Dies wirkt sich besonders nachteilig auf den Zugang der ärmsten und am stärksten marginalisierten Bevölkerungsgruppen aus. Wo beispielsweise der Mann über die Finanzen der Familie bestimmt, steigt auch die Hürde für Frauen, Geld für ihren persönlichen Bedarf im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit aufzubringen.

Mit innovativen Finanzierungsmodellen werden die Regierungen der Entwicklungsländer unterstützt und motiviert, vorrangig und langfristig in vernachlässigte Politikfelder wie Gesundheit und Ernährung zu investieren: Die Globale Finanzierungsfazilität (Global Financing Facility) wurde 2015 installiert und bestärkt die Regierungen, ihre Staatsausgaben im Einklang mit den gesundheits- und ernährungsbezogenen Zielen für nachhaltige Entwicklung (SDGs) zu erhöhen. Auch die Bill & Melinda Gates Foundation unterstützt Regierungen dabei, den ungedeckten Bedarf an Familienplanung bis zum Jahr 2020 zu reduzieren.

Bis 2016 jedoch sank diese Zahl um 60 Cent pro Frau auf 4,40 US-Dollar. Berücksichtigt man alle ausländischen Finanzierungsquellen einschließlich der staatlichen Entwicklungszusammenarbeit und der privaten Zuschüsse, dann belief sich die Hilfe für sexuelle und reproduktive Gesundheit im Jahr 2016 auf 6,22 US-Dollar pro Frau im reproduktionsfähigen Alter. Dies ist zwar ein deutlicher Anstieg, doch im Verhältnis zum Bedarf ist es noch immer wenig.

Die zentrale Bedeutung inländischer Finanzierung

Viele Regierungen der Entwicklungsländer sind ein gutes Stück damit vorangekommen, ihre eigenen Ziele und Haushaltsansätze mit den Zielen des Aktionsprogramms in Einklang bringen. Ihre Möglichkeiten, diese Dynamik aufrechtzuerhalten, könnten jedoch

durch die anhaltenden Finanzkrisen in Entwicklungs- und Schwellenländern beeinträchtigt werden. Darüber hinaus wird die Mobilisierung von Ressourcen in einigen Ländern dadurch behindert, dass bevölkerungspolitische Programme aus religiösen oder kulturellen Gründen abgelehnt werden.

Viele Länder – vor allem die ärmsten – sind nicht in der Lage, die nötigen Mittel aufzubringen, um den Bedarf ihrer Bevölkerung im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in vollem Umfang zu decken. Die meisten Entwicklungsländer sind zur Finanzierung und Aufrechterhaltung ihrer Bevölkerungsprogramme auf die Mittel aus der Entwicklungszusammenarbeit angewiesen. Da die von den Gebern bereitgestellten Gelder von Jahr zu Jahr variieren, ist nicht gewährleistet, dass diese Länder in der Lage sind, langfristig

Die allgemeine Gesundheitsversorgung voranbringen

Seit 2015 die Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDGs) verabschiedet wurden, richtet sich die Aufmerksamkeit zunehmend auf eine flächendeckende Gesundheitsversorgung, die im Mittelpunkt des SDG 3 steht. Das Konzept einer allgemeinen Gesundheitsversorgung stützt sich auf mehrere Prinzipien. Dazu gehören die Bereitstellung hochwertiger Dienstleistungen für eine bessere Gesundheit und den gleichen Zugang aller zu Gesundheitsdienstleistungen ohne das Risiko, dadurch finanziell in Bedrängnis zu geraten.

Der Leitgedanke der SDGs, „niemanden zurückzulassen“, ermutigt das Konzept der allgemeinen Gesundheitsversorgung zu einem „schrittweisen Vorgehen“. Gemeint ist die Idee, dass im Gesundheitswesen solche Reformen Vorrang haben sollten, mit denen die Ursachen von Ungleichheiten bekämpft werden. So können unterschiedliche Bevölkerungsschichten gleichermaßen von den Maßnahmen profitieren und jedes Land kann Fortschritte machen, unabhängig davon, wo es gerade steht.

Eine allgemeine Gesundheitsversorgung startet mit einem Dienstleistungspaket, das nach und nach erweitert wird. Die Kosten werden zu einem wachsenden Anteil mittels aggregierter Finanzierungs- oder Versicherungsmechanismen

gedeckt, sodass die Selbstbeteiligungen sinken. Auch die sexuelle und reproduktive Gesundheit hat sich aufgrund vielfältiger innovativer Finanzierungsmodelle verbessert. Dazu gehören unter anderem Gutscheiprogramme, zweckgebundene direkte Geldtransfers, Sozialversicherungsprogramme und leistungsbezogenes Monitoring.

Um diese Ziele zu unterstützen, haben sich multilaterale Institutionen zusammengetan und einen gemeinsamen Prozess eingeleitet, mit dem die SDGs schneller verwirklicht werden sollen. Dieser globale Aktionsplan für ein gesundes Leben und das Wohlergehen aller Menschen soll die

Fortschritte in den Ländern beschleunigen und zugleich die staatliche Entscheidungsfindung in den Entwicklungsländern stärken. Er soll rechtbasierte und ausgewogene Maßnahmen fördern, die dafür sorgen, dass niemand zurückgelassen wird und mehr Lernprozesse zwischen Ländern und Institutionen ermöglichen. In dieser von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) koordinierten Initiative arbeiten elf mit Gesundheit befasste, multilaterale Institutionen zusammen. Die Gruppe formuliert einen Aktionsplan aus, der der Generalversammlung der Vereinten Nationen im September 2019 vorgelegt wird.

© Mark Tuschman





RECHTE UND ENTSCHEIDUNGS- FREIHEIT **FÜR ALLE** **VERWIRKLICHEN: WANN, WENN NICHT JETZT?**

Eine Frau, die heute 60 Jahre alt ist, wurde geboren, als die sexuellen und reproduktiven Rechte und Entscheidungen stärker eingeschränkt waren. Es war für viele schwer, Verhütungsmittel zu bekommen, und es geschah relativ oft, dass Frauen bei der Geburt starben. Aber vor 50 Jahren hatte der Wandel begonnen und stetige Fortschritte folgten.

In den vergangenen 50 Jahren haben Regierungen, Zivilgesellschaft und internationale Organisationen viele bemerkenswerte Entwicklungen vorangetrieben, um sexuelle und reproduktive Rechte und Entscheidungsfreiheit zu fördern. Blickt man jedoch in die Zukunft, so sind manche alten Probleme noch nicht gelöst und neue sind entstanden.

Eine Vision für den Wandel

Will ein Land aus den erreichten Fortschritten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Rechte das Beste herausholen, Hindernisse überwinden und auf eine bessere Zukunft hinarbeiten, wie sie uns unter anderem in der Agenda 2030 vor Augen geführt wird, dann muss es immer damit beginnen, die Bekenntnisse der Weltbevölkerungskonferenz von

Kairo (ICPD) zu erfüllen. Das bedeutet, die Menschen, ihre sexuellen und reproduktiven Rechte und Entscheidungsfreiheit in den Mittelpunkt zu stellen und ebenso das Recht auf Entwicklung zu respektieren.

Die Menschen zuerst

Die staatlichen Gesetzgebungen sollten sich ausdrücklich zu diesen Rechten bekennen und bestehende diskriminierende Regelungen



© UNFPA/R. Anis

beseitigen. Dazu gehören etwa Barrieren beim Zugang zu Dienstleistungen und zu Verhütungsmitteln für junge Menschen, nicht verheiratete Personen, Menschen mit Migrationshintergrund – unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung oder Identität. Anhand staatlicher „Check-ups“ im Bereich der sexuellen und reproduktiven Rechte ließe sich überprüfen, ob Gesetze, Leitlinien, Haushaltspläne, Dienstleistungen, Sensibilisierungskampagnen und andere Maßnahmen mit diesen Rechten vereinbar sind. Angesichts der komplexen Wechselwirkungen zwischen nachhaltiger Entwicklung und Bevölkerungsdynamik sollte sich die Bevölkerungspolitik auch auf übergeordnete Entwicklungspläne und Investitionen erstrecken und im Rahmen der Agenda 2030 agieren. Bei bevölkerungspolitischen

Maßnahmen sollte das gesamte Spektrum der Faktoren berücksichtigt werden, die sich auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte auswirken wie unter anderem Bildung, Arbeit, Wohnen und Ernährungssicherheit.

Länder, die ein Problem mit dem Bevölkerungsrückgang haben, können dafür sorgen, dass lebenswichtige Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit für alle leicht zugänglich sind. Möglicherweise müssen sie auch mehr tun, um Familien besser zu fördern. Dies kann bezahlten Erziehungsurlaub für Männer und Frauen beinhalten, Steuererleichterungen für Familien, flexible Arbeitszeitregelungen oder auch, für erschwinglichen Wohnraum zu sorgen.

Rechte und Entscheidungsfreiheit im Lebenszyklus

Die signifikante Veränderung der Bevölkerungsstrukturen in den vergangenen Jahren, insbesondere die Umschichtung der Altersgruppen, hat bewirkt, dass lebenszyklusorientierte Ansätze in Planung und Politik eine höhere Wertschätzung erfahren. Diese werden für die nötige Gesundheit und Bildung der Kinder und jungen Menschen sorgen, damit aus ihnen leistungsfähige Erwachsene werden. Für die Erwachsenen wird es menschenwürdige Arbeitsplätze und Unterstützung bei der Familienplanung geben. Beides ist notwendig, um

produktiv zur Wirtschaft beizutragen, sich um abhängige Familienangehörige zu kümmern und für das Alter vorzusorgen.

Personen in jeder Lebensphase sollten Zugang zu Systemen sozialer Sicherung haben, die ein Mindestmaß an Sozialleistungen gewährleisten. Nur so können die Menschen – ihren Rechten entsprechend – Würde, Entscheidungsfreiheit und Wohlbefinden aufrechterhalten. Die Beschäftigungspolitik muss mit den raschen Veränderungen Schritt halten, die Stabilität und Qualität von Arbeitsplätzen beeinträchtigen, beispielsweise mit einer kontinuierlichen Grundversorgung in den Bereichen Gesundheit und soziale Sicherheit.

Eine unvollendete Agenda: Zugang zu hochwertigen Dienstleistungen

Der höchste ungedeckte Bedarf an Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit findet sich bei marginalisierten Bevölkerungsgruppen, unter anderem bei ethnischen Minderheiten, jungen Menschen, nicht verheirateten Personen, Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transgender und Intersexuellen (LGBTI), Menschen mit Behinderungen und armen Menschen sowohl im ländlichen Raum als auch in den Städten. In der Gruppe der ärmeren Frauen sind die Müttersterblichkeitsraten deutlich erhöht.

Ein Dienstleistungspaket für alle

In jedem Gesundheitssystem sollte ein Basispaket an universell verfügbaren, integrierten, hochwertigen Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowohl für die medizinische Grundversorgung als auch für den klinischen Bereich bereitgestellt werden. Die ICPD versteht darunter Dienstleistungen der Familienplanung, der Schwangerschaftsvorsorge, zur Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten und Unfruchtbarkeit sowie – soweit gesetzlich zulässig – für sichere Schwangerschaftsabbrüche und außerdem Überweisungen bei Krebserkrankungen der Fortpflanzungsorgane.

Schwache Programme zur Gesundheitsversorgung von Müttern und Kindern müssen verbessert werden und gleichzeitig begleitet durch passende Programme für Ernährung, Sicherung der Nahrungsmittelversorgung und zur Stärkung von Frauen. Außerdem gilt es, Tabus und falsche Informationen im Zusammenhang mit der Menstruation zu beseitigen sowie mehr Sanitäreinrichtungen und Dienstleistungen für die persönliche Menstruationshygiene zu schaffen. Denn diese Missstände haben Folgen, die vom Schulabbruch bis hin zu nicht behandelten Gesundheitsproblemen reichen.

Viele Länder können deutlich mehr tun, um Rechte und

Entscheidungsfreiheit für alle zu gewährleisten, indem sie dafür sorgen, dass Dienstleistungen und Informationen genauso für nicht heterosexuelle Menschen oder mit einer nicht binären Geschlechtsidentität zur Verfügung stehen. Sie könnten damit beginnen, die Beschäftigten im Gesundheitswesen zu schulen und zu sensibilisieren, damit sie Diskriminierungen vermeiden und speziellen Bedürfnissen entgegenkommen können.

Durch Vernetzung Gewalt bekämpfen

Es können Konzepte für integrierte Gesundheitsdienstleistungen eingeführt oder ausgebaut werden. Das würde Frauen, die Opfer von geschlechtsspezifischer Gewalt wurden, den Zugang zu gekoppelten Unterstützungsmaßnahmen aus den Bereichen Gesundheit, Justiz, psychosoziale Betreuung, Beschäftigung und anderen erleichtern, die sie benötigen, um sich in Sicherheit zu bringen und einen Neustart zu wagen.

Dienstleistungen der reproduktiven Gesundheit, Initiativen zur Prävention und zum Schutz vor geschlechtsspezifischer Gewalt sowie Programme zur wirtschaftlichen Stärkung von Frauen könnten besser miteinander vernetzt werden. Dabei kann es sich um so einfache Verknüpfungen handeln wie die zwischen Screenings und Überweisungen. So würden Frauen, die Dienstleistungen der

Familienplanung in Anspruch nehmen, auch nach sonstigen Bedürfnissen und Risiken gefragt und gegebenenfalls an andere Einrichtungen überwiesen werden.

Verantwortlichkeit beginnt bei denen, die Dienstleistungen in Anspruch nehmen

Durch bessere Informationsmanagementsysteme im Gesundheitswesen und die Identifizierung von Versorgungslücken mittels einer systematischen Erfassung und Analyse aller Todesfälle von Müttern könnten die Länder ihre Fortschritte im Auge behalten und sich vergewissern, dass die Menschen, die am häufigsten übersehen werden, als Erste von den Dienstleistungen profitieren. Eine erfreuliche Entwicklung ist die

© UNFPA/Live Images





© Thomas Imo/Photothek/Getty Images

Die Herausforderungen der Kinderlosigkeit annehmen

Weltweit sind etwa 180 Millionen Paare möglicherweise unfruchtbar. Viele von ihnen leiden infolgedessen unter psychischer Belastung, häuslicher Gewalt und sozialer Stigmatisierung. Wer über die nötigen Mittel verfügt, kann künstliche Befruchtungsmethoden wie eine In-vitro-Fertilisation in Anspruch nehmen. Da aber die reproduktiven Rechte und das Prinzip der allgemeinen Gesundheitsversorgung universell sind, müssen diese Möglichkeiten von der Zahlungsfähigkeit der Betroffenen abgekoppelt werden. Um den Zugang zu erleichtern, gilt es, geeignete ethische Richtlinien und medizinische Standards einzuführen, Kosten zu reduzieren und den Transfer von Technologien in unterschiedlichen Entwicklungsstadien zu erweitern.

Die Alterung berücksichtigen

Die ICPD hat darauf hingewiesen, dass die speziellen Probleme älterer Frauen und Männer im Bereich der reproduktiven und sexuellen Gesundheit oft nur unzureichend beachtet werden. Angesichts der wachsenden Zahl älterer Menschen in immer mehr Ländern müssen sich die Gesundheitssysteme mit Fragen der Sexualität, den Risiken durch HIV und sexuell übertragbare Infektionskrankheiten und mit dem Risiko von Krebserkrankungen der Fortpflanzungsorgane, das mit dem Alter zunimmt, auseinandersetzen.

Einführung von Mindeststandards und Beschwerdeverfahren. Wo das Gesundheitswesen privatisiert wird, sollten diese Standards in die einschlägigen staatlichen Vorschriften aufgenommen werden.

Erheblich verbessern ließe sich die Versorgungsqualität auch durch ein Mitspracherecht von Frauengruppen und anderen Interessenvertretungen der Dienstleistungsnutzer und -nutzerinnen bei politischen und dienstleistungsbezogenen Entscheidungen. In einem ersten Schritt könnten per Mobiltelefon einfache Folgebefragungen verschickt werden, mit denen die Nutzer und Nutzerinnen die Versorgungsqualität unmittelbar bewerten können.

Inklusion Heranwachsender

Trotz der Verpflichtung, Heranwachsenden Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit anzubieten, wird dieser Gruppe nach wie vor regelmäßig der Zugang verwehrt. Noch immer

stehen ihnen Rechtsnormen und veraltete Konventionen im Wege. Durch das Internet sind neue Probleme hinzugekommen, denn es liefert nicht nur eine Flut von Informationen, sondern birgt auch Gefahren wie Cybermobbing sowie Frauenhandel für die Zwangsprostitution.

Mit einer altersgerechten, umfassenden Sexualaufklärung, die in die Schullehrpläne integriert ist, allen Schülerinnen und Schülern zuteilwird und auch Mädchen und Jungen erreicht, die nicht zur Schule gehen, können Heranwachsende unterstützt werden. Solche Programme sollten nicht darauf beschränkt bleiben, Wissen zu vermitteln. Um die Dinge wirklich entscheidend zu verbessern, sollten sie außerdem das Selbstwertgefühl der Heranwachsenden stärken, ihr Verständnis von Menschenrechten und positiven Geschlechternormen vertiefen und ihre Entscheidungs- und Kommunikationsfähigkeiten weiterentwickeln.

Frauen stärken und gleich behandeln

Diskriminierende Geschlechternormen greifen in alle Lebensbereiche ein und sie gehören nach wie vor zu den größten Hürden für den Fortschritt der Frauen und Mädchen. Durch sie wird ihnen ein Status zweiter Klasse zugewiesen und ihre Rechte und Entscheidungsfreiheit werden eingeschränkt.

Gender-Normen in Frage stellen

Alle Frauen müssen von umfassenden und hochwertigen Informationen und Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit profitieren können. In der Praxis aber kann ihr Zugang dazu auch vom Einverständnis eines Ehemannes, den Botschaften von Massenmedien, den Einstellungen des sozialen Umfelds zu Sex und Fertilität oder den Geboten religiöser oder anderer Autoritäten abhängig sein.

Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sollten sich effizienter auf die jeweilige Wirklichkeit der Geschlechterrollen und Gender-Normen einstellen. Ein respektvoller Umgang auf der Basis gleichberechtigter Kommunikation ohne jede Verurteilung würde den Menschen helfen, ihre Ziele im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu überdenken, sie zu formulieren und herauszufinden, wie sie diese errei-

chen können. In ihrer Ausbildung sollten Dienstleister lernen, wie sie Normen und Verhaltensweisen vermeiden können, die Menschen aufgrund ihres Geschlechts diskriminieren.

Breit angelegte Kampagnen zur gesellschaftlichen Sensibilisierung und Verhaltensänderung können dazu beitragen, dass sich Normen in eine positive Richtung verändern. In Schulen sind weiterhin Maßnahmen erforderlich, um Geschlechterrollenklischees abzubauen. Es sollte auf die Medien eingewirkt werden, sich von den oft überhandnehmenden Geschlechterrollenklischees zu verabschieden. Sie sollten den Stimmen und Perspektiven von Frauen – die immer noch eher selten zu Wort kommen – mehr Gewicht verleihen. Positive Erfahrungen aus erfolgreichen Gesprächen mit religiösen Führungspersonlichkeiten sollten besser analysiert und wiederholt werden wo immer es Erfolg verspricht.

Schädliche Praktiken beenden

Einige der perfidesten Gender-Normen führen zu schädlichen Praktiken, wie Kinderehen, Zwangsverheiratungen, weiblicher Genitalverstümmelung und zu einer Präferenz für Söhne, die zu geschlechterspezifischen Abtreibungen und der Tötung von Kindern führen kann. Diese Praktiken müssen abgeschafft werden. Dazu braucht es als Erstes

klare und durch Umsetzungsmaßnahmen flankierte Rechtsnormen. Durch proaktives Eintreten für die Rechte und Potenziale von Mädchen lässt sich möglicherweise die Neigung verändern, in ihnen vor allem eine Belastung oder eine Dienstmagd für die Hausarbeit zu sehen. Mädchen, die – beispielsweise durch Maßnahmen wie gezielte Geldtransfers – eine Schullaufbahn abschließen können und danach einen menschenwürdigen Arbeitsplatz finden, wissen um ihre Rechte. Sie fangen an, ihre Fähigkeiten und Potenziale zu erkennen.

Männer einbinden

Männer und Jungen müssen besser eingebunden werden; zum einen, um sie für die Gleichberechtigung der Geschlechter zu gewinnen, zum anderen, um auf ihre Rechte und spezifischen Bedürfnisse einzugehen.

Notwendig sind mehr Beziehungsberatungen, um die Gesprächskultur zu verbessern und Konflikte zu lösen, sowie umfassende Sexualaufklärung, die besonders auf die Stärkung der Frauen und die Rollen und Pflichten der Männer abgestellt ist. Außerdem sollte mehr mit Männergruppen gearbeitet werden, um schädliche Geschlechternormen für Männer zu verändern und Verhaltensmuster aufzubrechen, die zu geschlechtsspezifischer Gewalt beitragen. Erziehungsurlaub für Männer und Frauen sollte breiter angeboten werden.

Programme zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit müssen in vielen Fällen gezielt auf Männer zugehen, unter anderem auch dort, wo es um Familienplanung und die Prävention sexuell übertragbarer Infektionskrankheiten geht. Investitionen in Verhütung für Männer und in Dienstleistungen zur Behandlung der Gesundheitsprobleme von Männern, wie etwa sexuelle Funktionsstörungen und Krebserkrankungen der Fortpflanzungsorgane, sollten erhöht werden. Wenn Männer davor zurückschrecken, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, dann müssen eventuell die Formen der Ansprache und der Beratung speziell auf sie zugeschnitten werden.

Nach oben angleichen

Neue Konzepte für inklusives Wachstum sollten geschlechtergerecht sein und sich an einer „Angleichung nach oben“ orientieren. Dazu gehören unter anderem die Beseitigung geschlechtsspezifischer Unterschiede im Bereich der Arbeitslosigkeit und die Schaffung neuer menschenwürdiger Arbeitsplätze schwerpunktmäßig für Frauen.

Mittels erschwinglichem Wohnraum, umweltfreundlicher Energie, sicheren öffentlichen Verkehrsmitteln, sauberem Wasser, sanitären Anlagen sowie durch Dienstleistungen für Gesundheit, Bildung und Kinderbetreuung lässt sich unbezahlte Arbeit von Frauen reduzieren. Als Grundlage für die

Festlegung von Investitionen in Dienstleistungen und Infrastruktureinrichtungen, die zur Gleichstellung der Geschlechter beitragen und diejenigen als Erste erreichen, die am weitesten zurückliegen, sind erheblich bessere Daten über den Zeitbedarf erforderlich. Durch Kostenkalkulationen ließe sich ermitteln, inwieweit Dienstleistungen und Infrastruktureinrichtungen den öffentlichen Haushalt belasten und ob sie sich auszahlen – etwa in Form von produktiver Beschäftigung und höheren Steuereinnahmen.

Die „Angleichung nach oben“ kann dem demografischen Wandel zusätzliche Schubkraft verleihen. Gut ausgebildete, gesunde Frauen, die ihre reproduktiven Rechte und ihre Entscheidungsfreiheit in Anspruch nehmen, können einen signifikanten Beitrag zu einer produktiven, florierenden Volkswirtschaft leisten.

Kontinuität in Krisenzeiten

Reproduktive Rechte und Entscheidungsfreiheit müssen integrale Bestandteile jeder internationalen Katastrophenhilfe werden. Alle humanitären Akteure sollten ihre Dienstleistungen an den bestehenden Mindeststandards ausrichten, um sexualisierte Gewalt zu unterbinden und zu sanktionieren, HIV-Übertragungen einzudämmen und Todesfälle und Erkrankungen von Müttern und Neugeborenen zu verhindern. Sobald es die

Umstände zulassen, sollten umfassende Dienstleistungen für sexuelle und reproduktive Gesundheit angeboten werden.

Chancen ergreifen

In einer Krisensituation können sich Chancen ergeben, Rechte und Entscheidungsfreiheit zu fördern. Diese Chancen könnten besser genutzt werden, beispielsweise durch Programme, die den Menschen vielleicht zum ersten Mal die Möglichkeit bieten, etwas über sexuelle und reproduktive Gesundheit zu erfahren, Gender-Normen in Frage zu stellen oder sich vor geschlechtsspezifischer Gewalt in Sicherheit zu bringen. Mitten im Chaos könnten Frauen und Mädchen etwas Neues ausprobieren, zum Beispiel durch eine Berufsausbildung. Es könnte mehr getan werden, um die Investitionen in psychosoziale Dienstleistungen und psychische Gesundheit zu erhöhen.

Vorbereitet sein

Vorbereitet sein bedeutet, Pläne zur Katastrophenbewältigung und Risikominderung aufzustellen. Wenn Hilfsmittel zur Bevorratung für den Katastrophenschutz beschafft werden, dann sollten dabei standardmäßig Verhütungsmittel, Equipment für sichere Entbindungen und andere lebensnotwendige Güter für die reproduktive Gesundheit nicht fehlen. Anhand integrierter Dienstleistungskonzepte lässt sich vorausplanen, welches

Personal und welche Maßnahmen notwendig sind, um Kontinuität zu wahren. Flankiert werden sollten all diese Anstrengungen durch die Erhöhung der Finanzmittel für den Katastrophenschutz, denn diese sind oft unzureichend.

Resilienz aufbauen

Wohl der beste Katastrophenschutz besteht darin, dass die Menschen über genügend Resilienz und Mittel verfügen, um sich selbst zu schützen. Leistungsfähige Gesundheitssysteme, die das gesamte Dienstleistungsspektrum der sexuellen und reproduktiven Gesundheit abdecken, können die Vulnerabilität vermindern und ermöglichen bessere Entscheidungen. Programme sozialer Sicherung, die allen zugänglich sind, können dafür sorgen, dass Gesundheit, Bildung und Einkommen nicht gänzlich wegbrechen.

Die ICPD-Agenda schneller umsetzen

Viele Länder stehen weiterhin vor der Aufgabe, die Menschen zu erreichen, die am stärksten marginalisiert werden, die Qualität von Dienstleistungen zu verbessern und auf Veränderungen in den Bereichen Demografie und Entwicklung zu reagieren. Sie benötigen eine strategische Planung, die auf korrekten wissenschaftlichen Befunden und geeigneten Investitionen basiert.



© Pep Bonet/NOOR

Die richtigen Institutionen schaffen

Rechte und Entscheidungsfreiheit lassen sich nicht durch die fallweise Bewältigung von Einzelproblemen verwirklichen. Die Gesundheitssysteme müssen insgesamt gestärkt werden, damit sie die gesamte Bandbreite lebensnotwendiger Dienstleistungen anbieten können, die Menschen im Lauf ihres Lebens benötigen. Die Kosten, die den meisten Ländern entstehen werden, sofern sie die Gesundheitsziele der Agenda 2030 erreichen wollen, belaufen sich – ausgehend von dem derzeitigen Niveau – schätzungsweise auf etwa drei Viertel an zusätzlichen Investitionen. Davon müsste beispielsweise das medizinische Personal aufgestockt und Gesundheitszentren auf- und ausgebaut werden. In vielen Entwicklungsländern bleibt noch

viel zu tun, um die Kapazitäten unterhalb der gesamtstaatlichen Ebene zu verbessern, eine angemessene Finanzierung sicherzustellen und unterschiedlichen Bedürfnissen der Menschen flexibel zu begegnen.

Zivilgesellschaftliche und nicht-staatliche Gruppen könnten mit größerem Nachdruck auf diejenigen Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit aufmerksam machen, die in den Zielen und Indikatoren der Agenda 2030 nicht enthalten sind. Anderweitig besteht die Gefahr, dass diese in der staatlichen Politik und bei Investitionsentscheidungen als nachrangig betrachtet werden.

In manchen Fällen kann es wichtig sein, sich besser zu vernetzen und Kapazitäten aufzubauen, um einen breiteren Querschnitt zivilgesellschaftlicher



Dreimal Null erreichen

KEIN ungedeckter Bedarf an Verhütungsmitteln

KEINE vermeidbare Todesfälle von Müttern

KEINE Gewalt oder schädliche Praktiken gegenüber Frauen und Mädchen

Dazu braucht es Ehrgeiz und Engagement.

© Filippo Monteforte/Getty Images

und nichtstaatlicher Gruppen aus kleineren Kommunen und marginalisierten Bevölkerungsgruppen mit einzubinden.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte könnten zielgerichtet in die Aufsichtsverantwortung nationaler Menschenrechtsinstitutionen einbezogen und

der parlamentarischen Kontrolle unterstellt werden. Justizsysteme könnten so weiterentwickelt werden, dass diskriminierende Praktiken in der Rechtsprechung abgebaut werden, die auch nach der Anpassung der Gesetze an die Menschenrechtsstandards noch weiterbestehen.

Geld auftreiben

Die Prioritäten der Finanzierung liegen im Bereich der öffentlich finanzierten Gesundheitsdienste im Allgemeinen bei der Gesundheitsversorgung von Müttern, Neugeborenen und Kindern, aber auch – wenngleich in geringerem Umfang – bei der Familienplanung.

In endemischen Gebieten haben Dienstleistungsanbieter beträchtliche Mittel zur Prävention und Behandlung von HIV/Aids erhalten. Weitaus weniger staatliche und internationale Finanzmittel werden für Schwangerschaftsabbrüche, sexuell übertragbare Infektionskrankheiten, sexualisierte Gewalt, sexuelle Funktionsstörungen, Unfruchtbarkeit und Krebserkrankungen der Fortpflanzungsorgane aufgewendet.

Um in den meisten Ländern alle gesundheitsbezogenen Zielvorgaben der SDGs zu erreichen, werden zunächst etwa 134 Milliarden US-Dollar pro Jahr benötigt, die bis 2030 auf bis zu 371 Milliarden US-Dollar pro Jahr ansteigen müssen. Damit ließe sich unter anderem die Müttersterblichkeit nahezu halbieren, 400 Millionen ungeplante Geburten könnten abgewendet und 10,8 Millionen Todesfälle durch Aids verhindert werden.

Länder mit mittlerem Einkommensniveau sind gut gerüstet, um die erforderlichen Investitionen selbst zu finanzieren und ihre Ambitionen sogar noch zu steigern. Einkommensschwache Länder werden mit einer Finanzierungslücke zu kämpfen haben und weiterhin finanzielle Unterstützung aus dem Ausland benötigen. Aber selbst die ärmsten Länder können ein gewisses Maß an flächendeckender Gesundheitsversorgung anstreben.

Ein rechthebasiertes Ansatz bei der

Aufstellung von Haushaltsplänen kann als Orientierungshilfe dienen und neue Schwerpunkte hervorbringen. Dazu gehört etwa eine Erhöhung der Mittel für den universellen Zugang der ärmsten Bevölkerungsgruppen zur gesamten Bandbreite an Verhütungsmitteln und die schrittweise Anpassung der Steuerpolitik, um Einnahmen zu generieren, die den Ausbau von Dienstleistungen ermöglichen.

Wegen der Kosten für medizinische Behandlungen rutschen derzeit pro Jahr 100 Millionen Menschen in die Armut ab. Gebündelte Finanzierungs- oder Versicherungssysteme können ein erster Schritt sein, um die direkten Kosten zu reduzieren. Durch Gutscheiprogramme, leistungsbezogene Finanzierungshilfen, Sozialversicherungsprogramme und zweckgebundene Geldtransfers für Familien konnte die sexuelle und reproduktive Gesundheit in vielen verschiedenen Konstellationen bereits verbessert werden.

Nicht nur von Seiten des Staates werden die Mittel für das Gesundheitswesen beschränkt. Auch externe Faktoren tragen zum Geldmangel bei und sollten beseitigt werden. Ein erster Schritt wäre die Erfüllung der Verpflichtungen zur Entwicklungszusammenarbeit und zu humanitärer Hilfe.

Die Lage erfassen

In vielen Ländern ist es immer noch unmöglich, genau zu verstehen, was

zum Beispiel in marginalisierten Bevölkerungsgruppen vor sich geht und darauf zu reagieren, oder die Unterschiede zwischen verschiedenen Regionen bzw. zwischen Städten, städtischen Randzonen und ländlichen Räumen einzuschätzen. Die Agenda 2030 legt daher großen Wert auf das Monitoring. Nur so wird es möglich, Lücken zu schließen. Die bevorstehenden Volkszählungen ab 2020 lassen sich nutzen, um Daten vor dem Hintergrund der Agenda 2030 zu aktualisieren und aufzuschlüsseln. Die Technologie bietet zunehmend mehr Möglichkeiten für eine verbesserte Datenerfassung.

Die drei Nullen erreichen

Es braucht Ehrgeiz und Engagement, um die „drei Nullen“ zu erreichen: kein ungedeckter Bedarf an Verhütungsmitteln, keine vermeidbaren Todesfälle von Müttern und keine Gewalt und schädliche Praktiken gegenüber Frauen und Mädchen. Es liegen viele Hindernisse auf dem Weg und er läuft weder geradlinig noch ist er unumstritten. Aber die Menschen, die ihre Rechte und Entscheidungsfreiheit geltend machen, haben schon große Fortschritte erzielt und werden diesen Weg weiter beschreiten.



MEHR ALS MEINE MUTTER, WENIGER ALS MEINE TOCHTER

Sie sind 35 Jahre alt. Sie alle hatten Kinder. Haben noch Kinder. Oder denken darüber nach, Kinder zu bekommen. Anders als viele von ihren Müttern sind sie meist nicht zu Hause geblieben, sondern gingen arbeiten. Ihre Geschichten erzählen, wie weit wir bis heute gekommen sind und wie viel Arbeit noch vor uns liegt.

Haiti: verpasste Bildungschancen

Fanie wurde in den Bergen geboren, weit weg von Port-au-Prince, der Hauptstadt Haitis. Sie war eines von 13 Kindern, die sich in einem Haus mit drei Zimmern zusammendrängten. Ihre Eltern besaßen einen üppigen Garten, der die Familie ernährte, und ihre Mutter hatte einen guten Ruf als Schlachterin.

Doch die Zwänge, die in einer kinderreichen Familie herrschen, führten dazu, dass Fanie im Alter von zehn Jahren von der Schule genommen wurde, damit sie bei einem Cousin in der Stadt im Haushalt arbeiten konnte.

Mit 20 verliebte sie sich und wurde schwanger. So war das nicht geplant, aber niemand hatte ihr je irgendetwas erklärt, außer dass es gefährlich sein könnte, einem Mann „zu nahe“ zu kommen. Als sie im sechsten Monat war, verließ ihr Freund sie wegen einer Anderen und Fanie brachte ihren Sohn allein zur Welt. Heute ist er 15 Jahre alt und geht zur Schule, aber Fanie hat ständig Stress damit, überhaupt über die Runden zu kommen.

„Ich habe Erfahrung und bin nicht dumm, aber ein Schulabschluss wäre eine Anerkennung für das, was ich kann“, sagt sie. „Ich hoffe, dass mein Sohn gut lernt, sodass etwas aus ihm wird und er ein besseres Leben hat als ich.“ Eigentlich hätte sie gern noch ein zweites Kind, aber sie hat Bedenken wegen

der Kosten und weil sie keine stabile Beziehung hat.

Bei der Empfängnisverhütung verlässt sie sich derzeit auf Kondome, aber die sind teuer geworden und die staatlichen Kliniken geben sie nicht mehr so großzügig ab wie früher.

„Ich habe Erfahrung und bin nicht dumm, aber ein Schulabschluss wäre eine Anerkennung für das, was ich kann.“

Fanie

© UNFPA/M. Bradley





*„Ich habe die Veränderungen,
über die die Leute sprechen,
nicht gesehen.“ Reda*

© UNFPA/R. Anis

Ägypten: ein Kampf um Geld und Gesundheit

Reda kam in einem Armenviertel von Kairo zur Welt und sagt einfach: „Die Veränderungen, von denen die Leute reden, habe ich nicht bemerkt.“ Armut beendete ihren Bildungsweg nach der Grundschule. Bis zu ihrer Heirat mit 27 Jahren schuftete sie in Gelegenheitsjobs und kratzte damit genügend Geld für die Aussteuer zusammen, die eine Braut erwartungsgemäß in eine neue Ehe einzubringen hat.

Zwei kurz aufeinander folgende Schwangerschaften endeten jeweils mit einer Frühgeburt und dem Tod der Kinder. Eine Operation in einem staatlichen Krankenhaus half ihr, das dritte Kind zu bekommen.

Ihr Sohn Ahmed ist heute sechs Jahre alt. Weil sie nur über ein mageres Einkommen verfügte, musste sie sich von vielen Familienangehörigen Geld leihen, um die zusätzlichen Kosten für ihre Schwangerschaftsbetreuung aufzubringen.

Ihr Mann möchte noch weitere Kinder haben und stellt sich gegen ihre Entscheidung, sich eine Spirale einsetzen zu lassen. Manchmal, wenn der Streit eskaliert, schlägt er sie. Sie weiß, dass sie die Notrufnummer anrufen kann, wenn sie Schutz vor ihm braucht, aber sie hat Angst, dass ihre Beziehung zu ihrem Sohn durch eine endgültige Trennung vom Vater beendet werden könnte.

Guinea-Bissau: auf der Suche nach einer stabilen Partnerschaft

Marta Paula Sanca hat einen Sekundarschulabschluss, obwohl ihr Bildungsweg unter einem Baum in einem Armenviertel der Hauptstadt Bissau begann. Sie und ihr Bruder haben die Kindheit als einzige von fünf Geschwistern überlebt.

Als sie 13 Jahre alt war, wurde sie von einem Mann angesprochen, der ihr Süßigkeiten kaufte. Als er sie vergewaltigte, verstand sie nicht, was da passierte – auch nicht, als sie schwanger wurde. Sie erinnert sich, dass sie vor der Geburt einige Zeit im Krankenhaus verbrachte, weil sie noch so jung war, dass die Ärzte fürchteten, sie könnte sterben. Sie hielten ihre Eltern davon ab, einem Schwangerschaftsabbruch zuzustimmen. Sie sagten, auch das sei eine Gefahr für ihr Leben. Sie meinten, dass das Kind überleben könnte, selbst wenn Marta Paula irgendwann im Lauf der Schwangerschaft sterben sollte.

Irgendwie schaffte sie es, ihr Kind großzuziehen. Sie arbeitete als Putzhilfe, als Straßenverkäuferin und absolvierte die Sekundarschule.

Als sie 19 war, beschlossen sie und ihr Partner, ein zweites Kind zu bekommen. Doch später verließ er sie wegen einer anderen Frau.

Sie findet es nicht gut, wie sich die Normen in ihrem Land verändern. Ihre Schwangerschaft mit 13 Jahren galt für die damalige Zeit als extrem ungewöhnlich. „Aber heute ist das gang und gäbe“, sagt sie.

„Ich würde allen Müttern in Guinea-Bissau raten, sich um Aufklärung und Verhütungsmittel zu kümmern, wenn ihre Töchter zwölf werden.“

Marta Paula

Auch die Armut spielt eine Rolle, weil sie manche Mädchen dazu zwingt, ihren Körper zu verkaufen.

Ausführliche Informationen über Familienplanung und Dienstleistungen der reproduktiven Gesundheit stehen weitestgehend zur Verfügung, aber irgendwie erreichen sie die Mädchen im Teenageralter nicht.

Bosnien und Herzegowina: kaum Auswahl an Verhütungsmitteln

Nach ihrer Hochzeit als Fünfzehnjährige wurde Mediha Besic mit 16 zum ersten Mal Mutter. Mit 35 ist sie Mutter von fünf Kindern, die zwischen vier und 19 Jahre alt sind. Sie und ihr Mann gehören zu einer marginalisierten Roma-Gemeinde in einer ländlichen Gegend von Bosnien/Herzegowina. Sie sind zu arm, um moderne Verhütungsmittel zu kaufen. „Ich wollte Verhütungsmittel anwenden, aber die waren unerschwinglich“, sagt Mediha.

Mediha arbeitet ausschließlich zu Hause. Ihr Mann findet nur gelegentlich Arbeit als Tagelöhner. Die Familie überlebt im Wesentlichen vom staatlichen Kindergeld in Höhe von etwa 50 US-Dollar pro Monat.

Mediha hat die Grundschule abgeschlossen und kann lesen und schreiben. Aber sie ist weit entfernt von dem, was sie sich als Kind gewünscht hat: Sie wollte Lehrerin oder Ärztin werden.

Einem Gynäkologen begegnete Mediha zum ersten Mal, als sie mit

© UNFPA/I. Barbosa





© UNFPA/I. Kapetanović

*„Ich wollte
Verhütungsmittel
nutzen, aber
wenn Du kein
Geld hast,
sind sie nicht
erschwinglich.“*

Mediha

ihrem ersten Kind im fünften Monat schwanger war. Die Ärzte sprachen mit ihr zumeist über das Baby und ihre bevorstehende Geburt, erklärten ihr aber kaum etwas über die Planung zukünftiger Schwangerschaften. Heute jedoch spricht sie mit ihren beiden ältesten Kindern ausdrücklich darüber, wie sie sich schützen können.

„Meine Mutter war ein begabtes Kind, aber sie kam nie über die Sekundarschule hinaus, und sie heiratete und bekam mit 20 Jahren ein Kind.“ *Shara*

Sri Lanka: ein unerwartetes Geschenk

Shara Ranasingh wuchs in Sri Lanka auf und zu Beginn ging es in ihrem Leben drunter und drüber: Ihre Eltern ließen sich scheiden und das Gericht verfügte, dass sie bei ihrem Vater leben sollte. Nachdem ihr

Vater erneut geheiratet hatte, litt Shara unter einer Stiefmutter, von der sie zuweilen geschlagen wurde. Später ging sie nach Malaysia, um dort zu studieren. An der Universität ging es ihr sehr gut, bis im letzten Jahr ihres Studiums eine Krebserkrankung bei ihr

© UNFPA/C. Learson



diagnostiziert wurde. Sie stellte es ihrem Freund frei, sie zu verlassen, doch er stand zu ihrer gemeinsamen Beziehung.

Als sie die Behandlungen hinter sich hatte, sagten die Ärzte, es sei so gut wie sicher, dass sie niemals Kinder bekommen könne. Irgendwann hatte man sie gefragt, ob sie sich Eizellen entnehmen und diese einfrieren lassen wolle, aber als das Thema aufkam, war ihr Vater dabei und in seiner Anwesenheit war es ihr unangenehm, darüber zu sprechen. Sie und ihr Freund beschlossen, trotzdem zu heiraten. Kurze Zeit später merkte sie, dass sie schwanger war. „Dass das Teststäbchen ein positives Ergebnis anzeigte, war das Beste, was mir je im Leben passiert ist“, erzählt sie.

Seither sind noch zwei Kinder dazugekommen und Shara zog nach Australien, um dort weiter zu studieren. Ihr Ziel ist eine Promotion im Bereich Kommunikation mit Krebspatientinnen und -patienten. Sie hat sich zwar immer viele Kinder gewünscht, aber für ihre fragile Gesundheit stellt jede Schwangerschaft ein gewisses Risiko dar. Auch finanziell fühlen sich drei Kinder richtig an.



© UNFPA/Lexicon

„Ich kann von Glück sagen, dass ich heute aufgrund der Unterstützung meiner Eltern mehr Möglichkeiten habe.“ Rasamee

Thailand: Kultur im Wandel

„Ich liebe meine Arbeit!“, ruft Rasamee und beschreibt ihre Rolle als Chefbeauftragte für nachhaltige Entwicklung im führenden Telekommunikationsunternehmen Thailands. Es ist ein stressiger Job mit langen Arbeitszeiten.

Rasamee hat als Akademikerin viele Jahre Karriere gemacht, ohne auch nur im Entferntesten ans Heiraten zu denken. Aber dann heiratete sie doch, kurz bevor sie ihr erstes Kind bekam. „Die Kultur hat sich verändert“, sagt sie. „Frauen können arbeiten gehen und für sich selbst sorgen. Sie sind nicht mehr von ihren Ehemännern abhängig.“

Diese Freiheit wird auch dadurch ermöglicht, dass überall über Familienplanung informiert wird, auch im normalen Schulunterricht. Verhütungsmittel gibt es praktisch in jedem Eckladen zu kaufen. „Unsere Regierung hat das sehr gefördert“, sagt Rasamee. „Niemandem ist es peinlich, darüber zu sprechen.“

Nach der Geburt wollte sie unbedingt wieder zurück in ihren Beruf. Sie möchte noch ein weiteres Kind, aber nicht drei oder vier, wie sie im traditionellen Denken als wünschenswert gelten. „Mein Mann arbeitet ebenfalls – wir hätten niemals genug Zeit für so viele Babys!“, sagt sie und lacht.

Indikatoren

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren	Seite 82
Demografische Indikatoren	Seite 94
Technische Hinweise: Quellen und Definitionen	Seite 100

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT UND REPRODUKTIVE RECHTE															
GLOBALE UND REGIONALE DATEN	Anteil der Frauen (15–49 J.) die Verhütungsmittel anwenden irgendeine Methode ^f	Anteil der Frauen (15–49 J.) die Verhütungsmittel anwenden moderne Methode ^f			Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 J.) ^f	Gedeckter Verhütungsbedarf bei Frauen (15–49 J.) ^f	Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methoden, bei Frauen (15–49 J.) ^f			Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^g		MMR- Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80%) untere obere Schwellenwerte		Betreute Geburten in %	Entscheidungsmacht über sexuelle + reproduktive Gesundheit + reproduktive Rechte, in %
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2015	2006–2017
WELT	63	24	52	58	12	84	42	72	78	369	216	207	249	79	57
Stärker entwickelte Regionen	68	35	57	61	10	88	46	72	79	22	12	11	14	–	–
Weniger entwickelte Regionen	62	20	51	57	12	84	40	72	77	409	238	228	274	–	–
Am wenigsten entwickelte Regionen	42	1	15	37	21	67	4	31	59	832	436	418	514	56 ^d	49
REGIONALE DATEN															
Arabische Staaten	54	11	33	48	15	78	26	54	69	285	162	138	212	76	–
Asien und Pazifik	67	22	58	62	10	87	45	78	81	316	127	114	151	84 ^b	–
Lateinamerika und Karibik	74	25	57	70	10	89	39	71	83	117	68	64	77	95 ^c	–
Osteuropa und Zentralasien	66	16	36	50	10	87	24	49	66	68	25	22	31	98	–
Ost- und Südliches Afrika	42	2	14	38	22	66	6	29	60	858	455	419	556	62	51
West- und Zentralafrika	22	0	6	18	24	47	1	17	39	1.040	676	586	862	52	38
LAND, TERRITORIUM ODER GEBIET															
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2006–2017	2007–2018
Afghanistan	27	1	6	24	24	52	5	17	48	1.300	396	253	620	51	–
Ägypten	61	17	46	60	12	84	36	67	82	88	33	26	39	92	–
Albanien	64	7	14	26	14	82	9	18	33	49	29	16	46	99	69
Algerien	64	13	46	57	10	87	30	67	77	196	140	82	244	97	–
Angola	17	0	3	16	36	33	1	8	30	1.180	477	221	988	50	62
Antigua und Barbuda	64	29	53	61	13	83	47	72	80	–	–	–	–	–	–
Äquatorialguinea	19	1	4	15	32	37	2	11	30	1.170	342	207	542	68	–
Argentinien	69	19	48	66	11	86	34	66	82	64	52	44	63	100	–
Armenien	59	15	26	31	13	82	26	35	44	50	25	21	31	100	66
Aruba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Aserbaidzhan	58	11	18	29	13	82	23	27	40	92	25	17	35	100	–
Äthiopien	41	0	3	40	21	66	0	8	64	1.130	353	247	567	28	45
Australien	66	62	66	64	11	86	80	85	83	8	6	5	7	100	–
Bahamas	67	40	61	65	12	85	60	79	83	47	80	53	124	–	–
Bahrain	67	17	33	48	10	87	30	46	63	22	15	12	19	100	–
Bangladesch	64	3	37	57	11	85	9	55	76	495	176	125	280	50	–
Barbados	62	35	54	59	15	80	54	72	76	56	27	19	37	99	–
Belarus	73	18	39	60	7	91	25	54	75	33	4	3	6	100	–
Belgien	72	22	69	71	7	91	27	88	90	9	7	5	10	–	–
Belize	55	20	42	52	19	74	35	60	70	55	28	20	36	97	–
Benin	21	0	3	15	30	41	1	7	30	541	405	279	633	77	38
Bhutan	63	3	22	62	12	84	10	44	83	690	148	101	241	89	–
Bolivien	66	5	18	49	15	81	9	25	59	401	206	140	351	90	–
Bosnien und Herzegowina	50	3	12	21	15	77	5	19	33	24	11	7	17	100	–

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

LAND, TERRITORIUM ODER GEBIET	SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT UND REPRODUKTIVE RECHTE														
	Anteil der Frauen (15–49 J.) die Verhütungsmittel anwenden irgendeine Methode ^f	Anteil der Frauen (15–49 J.) die Verhütungsmittel anwenden moderne Methode ^f			Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 J.) ^f	Gedeckter Verhütungsbedarf bei Frauen (15–49 J.) ^f	Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methoden, bei Frauen (15–49 J.) ^f			Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^a		MMR-Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80%) untere obere Schwellenwerte		Betreute Geburten in %	Entscheidungsmacht über sexuelle + reproduktive Gesundheit + reproduktive Rechte, in %
		2019	1969*	1994			2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015		
Botswana	60	3	38	58	14	82	6	60	79	230	129	102	172	100	–
Brasilien	80	35	68	77	7	92	49	79	88	88	44	36	54	99	–
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	34	23	15	30	100	–
Bulgarien	72	6	46	54	10	88	7	52	66	25	11	8	14	100	–
Burkina Faso	26	0	4	26	27	50	0	10	48	655	371	257	509	80	20
Burundi	33	0	4	28	27	55	0	11	47	1.250	712	471	1050	85	44
Cabo Verde	66	2	32	63	12	84	5	50	81	170	42	20	95	91	–
Chile	75	22	53	72	8	90	38	71	86	43	22	18	26	100	–
China	83	44	83	82	4	96	68	95	95	77	27	22	32	100	–
China, Hongkong	76	40	80	72	7	92	60	90	88	–	–	–	–	–	–
China, Macau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Costa Rica	79	44	68	77	7	92	60	81	89	43	25	20	29	99	–
Côte d'Ivoire	20	0	4	18	25	44	1	11	40	741	645	458	909	74	25
Curaçao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dänemark	70	55	66	67	10	88	70	82	84	11	6	5	9	94	–
Deutschland	63	40	65	62	11	85	50	83	83	9	6	5	8	99	–
Dominika	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dominikanische Republik	71	22	57	69	11	87	37	73	84	181	92	77	111	100	77
Dschibuti	29	0	3	27	28	50	0	8	48	459	229	111	482	87	–
Ecuador	79	14	47	71	7	92	27	62	83	147	64	57	71	97	–
El Salvador	72	15	50	68	10	88	31	69	82	135	54	40	69	100	–
Eritrea	15	0	4	14	30	34	1	10	31	1.210	501	332	750	34	–
Estland	66	35	49	61	11	85	46	64	79	57	9	6	14	100	–
Eswatini	66	2	25	65	14	83	6	40	81	538	389	251	627	88	49
Fidschi	49	31	39	45	19	72	50	59	66	54	30	23	41	100	–
Finnland	83	59	73	78	5	95	72	87	90	5	3	2	3	100	–
Frankreich	76	17	70	74	5	94	22	86	91	14	8	7	10	97	–
Französisch-Guayana	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Französisch-Polynesien	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabun	37	2	10	26	25	60	4	18	42	408	291	197	442	89	48
Gambia	14	1	9	12	26	35	3	23	32	994	706	484	1030	57	41
Georgien	55	9	20	41	15	79	20	35	58	34	36	28	47	100	–
Ghana	33	2	10	29	27	55	6	18	48	535	319	216	458	71	52
Grenada	66	18	52	62	12	84	34	71	80	38	27	19	42	–	–
Griechenland	70	19	32	50	9	89	23	40	64	4	3	2	4	–	–
Großbritannien	79	61	78	79	6	93	75	92	93	11	9	8	11	–	–
Guadeloupe	59	19	41	55	16	79	33	60	73	–	–	–	–	–	–
Guam	53	23	37	46	16	76	41	57	67	–	–	–	–	–	–
Guatemala	62	10	26	52	14	82	22	44	69	178	88	77	100	63	65

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

LAND, TERRITORIUM ODER GEBIET	SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT UND REPRODUKTIVE RECHTE														
	Anteil der Frauen (15–49 J.) die Verhütungsmittel anwenden irgendeine Methode ^f	Anteil der Frauen (15–49 J.) die Verhütungsmittel anwenden moderne Methode ^f			Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 J.) ^f	Gedeckter Verhütungsbedarf bei Frauen (15–49 J.) ^f	Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methoden, bei Frauen (15–49 J.) ^f			Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^a		MMR- Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80%) untere obere Schwellenwerte		Betreute Geburten in %	Entscheidungsmacht über sexuelle + reproduktive Gesundheit + reproduktive Rechte, in %
		2019	1969*	1994			2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015		
Guinea	10	0	2	9	25	29	0	6	25	967	679	504	927	63	23
Guinea-Bissau	20	0	3	18	21	49	1	12	45	799	549	273	1090	45	–
Guyana	42	19	36	41	27	61	31	53	59	190	229	184	301	86	71
Haiti	37	4	13	34	35	51	7	22	47	551	359	236	601	49	59
Honduras	73	13	39	65	10	88	25	55	78	186	129	99	166	83	70
Indien	57	9	39	51	12	82	22	62	74	488	174	139	217	86	–
Indonesien	61	5	52	59	13	83	15	74	80	347	126	93	179	93	–
Irak	58	10	22	44	12	83	25	42	63	92	50	35	69	70	–
Iran	78	16	52	65	5	94	32	66	78	87	25	21	31	99	–
Irland	68	44	61	63	11	87	56	76	81	9	8	6	11	100	–
Island	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6	3	2	6	98	–
Israel	72	27	51	57	8	90	43	65	71	9	5	4	6	–	–
Italien	69	15	38	54	9	88	20	50	69	7	4	3	5	100	–
Jamaika	72	33	57	69	10	88	51	74	84	80	89	70	115	99	–
Japan	44	53	54	40	21	68	75	74	62	11	5	4	7	100	–
Jemen	44	1	8	37	24	64	2	15	55	507	385	274	582	45	–
Jordanien	63	16	33	47	12	85	29	48	63	96	58	44	75	100	73
Jungferninseln (USA)	68	34	55	64	11	86	52	73	80	–	–	–	–	–	–
Kambodscha	61	0	8	46	12	84	1	18	63	789	161	117	213	89	76
Kamerun	37	0	5	25	20	65	1	14	44	749	596	440	881	65	38
Kanada	72	63	73	70	8	90	81	89	88	8	7	5	9	98	–
Kasachstan	57	27	47	55	15	80	44	63	77	86	12	10	15	99	–
Katar	47	15	32	41	17	74	32	54	65	29	13	9	19	100	–
Kenia	65	2	27	62	14	82	4	41	79	684	510	344	754	62	56
Kirgisistan	44	28	47	41	17	72	48	69	68	89	76	59	96	98	77
Kiribati	29	16	24	24	26	52	33	44	45	215	90	51	152	80	–
Kolumbien	80	12	59	75	7	92	20	71	86	109	64	56	81	99	–
Komoren	27	1	10	22	30	48	3	19	39	576	335	207	536	82	21
Kongo	42	2	8	26	20	68	4	16	43	627	442	300	638	91	27
Kongo, Dem. Rep.	25	2	4	12	27	49	4	8	23	904	693	509	1010	80	31
Korea	78	19	67	70	6	93	36	80	84	19	11	9	13	100	–
Korea, Dem. Volksrep.	75	29	56	71	8	90	47	72	86	65	82	37	190	100	–
Kroatien	65	7	27	48	11	86	10	35	63	12	8	6	11	100	–
Kuba	74	49	68	72	9	90	68	85	88	57	39	33	47	100	–
Kuwait	57	16	37	47	15	80	32	58	65	8	4	3	6	100	–
Laos	57	1	17	51	17	77	4	32	69	734	197	136	307	40	–
Lesotho	62	1	22	61	16	79	2	37	79	522	487	310	871	78	61
Lettland	69	39	56	62	11	87	50	69	78	61	18	13	26	100	–
Libanon	61	24	38	48	13	83	36	51	65	57	15	10	22	–	–
Liberia	31	1	8	31	28	53	4	18	52	1890	725	527	1030	61	67

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

LAND, TERRITORIUM ODER GEBIET	SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT UND REPRODUKTIVE RECHTE														
	Anteil der Frauen (15–49 J.) die Verhütungsmittel anwenden irgendeine Methode ^f	Anteil der Frauen (15–49 J.) die Verhütungsmittel anwenden moderne Methode ^f			Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 J.) ^f	Gedeckter Verhütungsbedarf bei Frauen (15–49 J.) ^f	Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methoden, bei Frauen (15–49 J.) ^f			Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^a		MMR- Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80%) untere obere Schwellenwerte		Betreute Geburten in %	Entscheidungsmacht über sexuelle + reproduktive Gesundheit + reproduktive Rechte, in %
		2019	1969*	1994			2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015		
Libyen	51	10	25	34	18	74	21	38	49	27	9	6	15	100	–
Litauen	66	28	37	56	11	85	39	51	73	31	10	7	14	–	–
Luxemburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	13	10	7	16	100	–
Madagaskar	47	0	7	41	18	72	1	15	63	676	353	256	484	44	74
Malawi	62	0	11	61	16	79	1	21	77	956	634	422	1080	90	47
Malaysia	53	13	34	39	17	76	27	48	56	67	40	32	53	99	–
Malediven	45	7	25	38	23	67	16	41	56	370	68	45	108	96	–
Mali	16	0	4	16	26	39	0	11	38	940	587	448	823	44	7
Malta	84	26	54	67	4	96	29	60	76	13	9	6	15	100	–
Marokko	70	8	41	62	9	89	21	61	79	264	121	93	142	74	–
Martinique	61	24	46	57	15	80	39	64	75	–	–	–	–	–	–
Mauretanien	21	0	2	19	30	41	0	6	37	827	602	399	984	69	–
Mauritius	67	17	46	44	10	87	27	57	57	68	53	38	77	100	–
Mexiko	71	17	57	68	11	87	29	71	82	86	38	34	42	98	–
Mikronesien	–	–	–	–	–	–	–	–	–	169	100	46	211	85	–
Moldawien	64	18	39	49	12	84	23	50	65	63	23	19	28	99	–
Mongolei	58	22	44	52	14	81	41	62	73	208	44	35	55	99	–
Montenegro	39	8	22	24	21	65	11	33	41	12	7	4	12	99	–
Mosambik	30	0	5	29	24	56	1	16	53	1.210	489	360	686	54	49
Myanmar	54	2	21	53	15	78	6	43	76	389	178	121	284	60	68
Namibia	60	3	31	59	16	79	8	55	78	323	265	172	423	88	71
Nepal	54	1	23	48	22	71	4	40	63	693	258	176	425	58	48
Neukaledonien	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Neuseeland	71	52	69	68	9	89	70	85	85	14	11	9	14	96	–
Nicaragua	80	11	50	77	6	93	21	66	90	199	150	115	196	88	–
Niederlande	72	49	73	69	8	91	64	89	86	13	7	5	9	–	–
Niger	21	0	3	19	19	52	1	13	48	836	553	411	752	40	7
Nigeria	19	0	8	15	23	45	1	23	36	1270	814	596	1180	43	51
Nordmazedonien	48	3	11	23	18	73	5	16	35	12	8	5	10	100	–
Norwegen	75	55	64	70	7	91	70	80	84	7	5	4	6	99	–
Oman	38	3	16	26	25	60	8	30	41	21	17	13	24	99	–
Österreich	67	28	50	64	10	88	39	71	84	7	4	3	5	98	–
Pakistan	42	3	14	33	19	68	9	30	54	375	178	111	283	52	–
Palästina ¹	60	12	30	47	12	83	26	48	65	101	45	21	99	100	–
Panama	60	37	53	57	16	79	53	71	75	85	94	77	121	95	–
Papua-Neuguinea	37	15	20	31	25	60	29	36	50	388	215	98	457	53	–
Paraguay	72	14	41	68	9	89	28	57	85	147	132	107	163	96	–
Peru	76	10	39	56	7	92	16	48	68	215	68	54	80	92	–
Philippinen	56	11	27	42	17	77	20	37	57	121	114	87	175	73	81
Polen	61	12	33	52	14	82	16	42	69	14	3	2	4	100	–

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

LAND, TERRITORIUM ODER GEBIET	SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT UND REPRODUKTIVE RECHTE														
	Anteil der Frauen (15–49 J.) die Verhütungsmittel anwenden irgendeine Methode ^f	Anteil der Frauen (15–49 J.) die Verhütungsmittel anwenden moderne Methode ^f			Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 J.) ^f	Gedeckter Verhütungsbedarf bei Frauen (15–49 J.) ^f	Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methoden, bei Frauen (15–49 J.) ^f			Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^g		MMR- Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80%) untere obere Schwellenwerte		Betreute Geburten in %	Entscheidungsmacht über sexuelle + reproduktive Gesundheit + reproduktive Rechte, in %
		2019	1969*	1994			2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015		
Portugal	70	21	55	63	9	89	26	67	80	15	10	9	13	99	–
Puerto Rico	78	52	67	70	6	93	69	81	84	25	14	10	18	–	–
Réunion	73	18	67	71	8	90	29	83	87	–	–	–	–	–	–
Ruanda	57	0	10	52	17	77	0	17	70	1.270	290	208	389	91	70
Rumänien	70	3	17	58	8	89	4	23	74	81	31	22	44	95	–
Russland	69	20	46	58	9	88	26	60	74	88	25	18	33	99	–
Salomonen	32	16	24	27	25	56	33	44	48	288	114	75	175	86	–
Sambia	55	1	12	51	18	75	2	24	70	597	224	162	306	63	47
Samoa	30	17	23	28	41	42	28	34	39	125	51	24	115	83	–
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
São Tomé and Príncipe	44	4	20	41	29	60	8	33	56	271	156	83	268	93	46
Saudi-Arabien	31	11	26	25	26	54	24	46	43	36	12	7	20	–	–
Schweden	69	53	60	63	10	87	66	76	80	7	4	3	5	–	–
Schweiz	73	48	73	69	7	91	61	87	86	8	5	4	7	–	–
Senegal	26	0	6	24	25	51	1	15	48	511	315	214	468	59	7
Serbien	58	4	22	28	13	82	6	30	40	16	17	12	24	98	–
Seychellen	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	20	0	3	19	26	44	1	9	42	2.900	1.360	999	1980	60	40
Simbabwe	67	5	43	66	10	87	11	64	86	427	443	363	563	78	60
Singapur	66	46	53	59	11	86	64	70	77	12	10	6	17	100	–
Sint Maarten	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slowakei	72	15	42	61	9	89	19	53	76	10	6	4	7	–	–
Slowenien	77	13	57	66	6	93	17	66	79	13	9	6	14	100	–
Somalia	31	0	6	30	27	53	1	15	52	1.200	732	361	1390	9	–
Spanien	69	9	55	67	11	87	12	67	85	6	5	4	6	–	–
Sri Lanka	65	17	49	54	8	90	32	64	74	69	30	26	38	99	–
St. Kitts and Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
St. Lucia	59	31	48	56	16	79	51	68	75	40	48	32	72	99	–
St. Vincent und die Grenadinen	66	34	57	63	12	84	52	76	81	74	45	34	63	–	–
Südafrika	57	16	52	57	14	80	29	74	79	69	138	124	154	97	–
Sudan	17	3	7	16	28	38	8	18	36	667	311	214	433	78	–
Südsudan	10	0	1	7	30	24	0	3	18	1.580	789	523	1150	19	–
Suriname	53	22	43	52	19	74	38	64	73	174	155	110	220	90	–
Syrien	60	12	30	45	14	81	25	46	61	94	68	48	97	96	–
Tadschikistan	36	15	28	33	21	63	33	50	58	140	32	19	51	87	33
Tansania	43	1	12	37	21	67	2	26	58	979	398	281	570	64	47
Thailand	78	18	72	76	6	93	38	89	90	25	20	14	32	99	–
Timor-Leste	29	7	20	26	25	54	22	54	49	958	215	150	300	57	40
Togo	23	0	6	21	33	42	1	9	38	566	368	255	518	45	30
Tonga	36	18	25	33	27	57	33	42	51	93	124	57	270	96	–

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

LAND, TERRITORIUM ODER GEBIET	SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT UND REPRODUKTIVE RECHTE														
	Anteil der Frauen (15–49 J.) die Verhütungsmittel anwenden irgendeine Methode ^f	Anteil der Frauen (15–49 J.) die Verhütungsmittel anwenden moderne Methode ^f			Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 J.) ^f	Gedeckter Verhütungsbedarf bei Frauen (15–49 J.) ^f	Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methoden, bei Frauen (15–49 J.) ^f			Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^a		MMR-Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80%) untere obere Schwellenwerte		Betreute Geburten in %	Entscheidungsmacht über sexuelle + reproduktive Gesundheit + reproduktive Rechte, in %
		2019	1969*	1994			2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015		
Trinidad und Tobago	48	36	41	44	21	70	55	61	64	80	63	49	80	97	–
Tschad	8	0	1	7	24	24	0	5	22	1.440	856	560	1350	20	27
Tschechien	80	18	47	71	6	93	23	58	83	11	4	3	6	100	–
Tunesien	67	16	49	57	9	88	33	69	76	114	62	42	92	74	–
Türkei	75	11	36	51	6	92	19	46	63	87	16	12	21	97	–
Turkmenistan	55	28	50	52	15	79	48	69	74	88	42	20	73	100	–
Turks- und Caicosinseln	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	93	–
Uganda	40	0	7	36	28	59	1	16	53	692	343	247	493	74	62
Ukraine	67	17	38	54	10	87	22	49	70	49	24	19	32	99	81
Ungarn	68	30	65	60	10	87	37	77	76	21	17	12	22	–	–
Uruguay	79	52	76	76	7	92	65	87	89	36	15	11	19	98	–
USA	74	53	70	67	7	91	71	86	83	12	14	12	16	99	–
Usbekistan	68	27	51	64	9	88	48	74	84	37	36	20	65	100	–
Vanuatu	46	17	31	40	23	67	33	50	59	192	78	36	169	89	–
Venezuela	73	29	56	68	11	87	42	70	82	93	95	77	124	96	–
Vereinigte Arabische Emirate	51	8	23	42	18	74	19	42	62	13	6	3	11	100	–
Vietnam	79	9	46	65	6	94	20	59	77	113	54	41	74	94	–
Westsahara	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zentralafrikanische Republik	26	1	3	21	23	53	2	10	42	1.320	882	508	1500	40	–
Zypern	–	–	–	–	–	–	–	–	–	17	7	4	12	97	–

Anmerkungen zu den ICPD-Indikatoren

– Keine Daten verfügbar

* Die Zahlen in dieser Spalte sind in den Jahren 1969 und 1994 aufgeführt, um den in diesem Bericht genannten Stichtagen zu entsprechen. 1969 bis 2019. 1969 sind Schätzungen von 1970 und 1994 sind Schätzungen von 1995.

^f 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 Einerstelle 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

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.

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

GLOBALE UND REGIONALE DATEN	HERANWACHSENDE UND JUGENDLICHE								
	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von Genitalverstümmelung betr. Mädchen (15–19 J.), in %	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, in %, 2017		Geschlechterparitätsindex, Primarstufe	Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe, in %, 2017		Geschlechterparitätsindex, Sekundarstufe
				männl.	weibl.		männl.	weibl.	
WELT	44	21	–	92	90	0,98	66	66	1,00
Stärker entwickelte Regionen	14	–	–	97	97	1,00	93	93	1,01
Weniger entwickelte Regionen	48	–	–	91	89	0,98	62	62	0,99
Am wenigsten entwickelte Regionen	91	40	–	83	80	0,96	38	36	0,95
REGIONALE DATEN									
Arabische Staaten	50	21	55	85	83	0,97	63	59	0,93
Asien und Pazifik	28 ^a	26	–	95	94	0,99	67	68	1,02
Lateinamerika und Karibik	62 ^b	26	–	95	96	1,01	75	79	1,05
Osteuropa und Zentralasien	26	11	–	96	95	1,00	88	87	0,99
Ost- und Südliches Afrika	93 ^c	35	–	86	83	0,97	35	33	0,93
West- und Zentralafrika	114	42	22	79	71	0,90	39	34	0,86
LAND, TERRITORIUM ODER GEBIET									
	2006–2017	2006–2017	2004–2017	2009–2018		2009–2018	2009–2018		2009–2018
				männl.	weibl.		männl.	weibl.	
Afghanistan	87	35	–	–	–	–	62	36	0,58
Ägypten	56	17	70	98	99	1,01	81	82	1,00
Albanien	20	10	–	98	96	0,99	88	87	0,99
Algerien	12	3	–	100	98	0,98	–	–	–
Angola	163	30	–	89	66	0,75	13	10	0,79
Antigua und Barbuda	–	–	–	82	81	0,99	73	76	1,04
Äquatorialguinea	176	30	–	44	45	1,02	–	–	–
Argentinien	65	–	–	100	99	0,99	87	92	1,05
Armenien	24	5	–	92	92	1,00	87	88	1,01
Aruba	35	–	–	99	99	1,00	73	81	1,10
Aserbaidschan	53	11	–	93	95	1,02	87	88	1,01
Äthiopien	80	40	47	89	83	0,93	31	30	0,97
Australien	12	–	–	96	97	1,01	93	94	1,01
Bahamas	32	–	–	85	92	1,08	79	86	1,09
Bahrain	14	–	–	99	99	1,00	92	94	1,02
Bangladesch	78	59	–	92	98	1,07	57	67	1,17
Barbados	50	11	–	90	91	1,00	93	99	1,07
Belarus	16	3	–	96	96	1,00	95	96	1,01
Belgien	7	–	–	99	99	1,00	94	94	1,00
Belize	69	26	–	100	99	0,99	68	73	1,07
Benin	94	26	2	100	90	0,90	53	40	0,75
Bhutan	28	26	–	81	83	1,02	61	71	1,17
Bolivien	71	19	–	93	92	0,99	78	78	1,00
Bosnien und Herzegowina	11	4	–	–	–	–	–	–	–
Botswana	39	–	–	89	90	1,01	–	–	–
Brasilien	62	26	–	96	98	1,02	80	84	1,05

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

LAND, TERRITORIUM ODER GEBIET	HERANWACHSENDE UND JUGENDLICHE								
	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von Genitalverstüm- melung betr. Mäd- chen (15–19 J.), in %	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, in %, 2009–2018		Geschlechter- paritätsindex, Primarstufe	Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe, in %, 2009–2018		Geschlechter- paritätsindex, Sekundarstufe
	2006–2017	2006–2017	2004–2017	männl.	weibl.	2009–2018	männl.	weibl.	2009–2018
Brunei Darussalam	11	–	–	97	96	1,00	82	85	1,03
Bulgarien	39	–	–	93	93	1,00	91	89	0,97
Burkina Faso	129	52	58	78	76	0,98	29	29	1,01
Burundi	58	20	–	96	98	1,02	26	32	1,21
Cabo Verde	80	–	–	87	86	0,98	61	68	1,11
Chile	41	–	–	93	93	1,00	86	89	1,04
China	9	–	–	–	–	–	–	–	–
China, Hongkong	3	–	–	–	–	–	93	93	1,00
China, Macau	3	–	–	99	99	1,00	84	87	1,05
Costa Rica	53	21	–	97	97	1,00	81	84	1,04
Côte d'Ivoire	129	27	27	93	85	0,91	45	33	0,75
Curaçao	35	–	–	–	–	–	–	–	–
Dänmark	3	–	–	99	99	1,01	88	92	1,04
Deutschland	8	–	–	–	–	–	–	–	–
Dominika	–	–	–	97	99	1,02	90	97	1,08
Dominikanische Republik	90	36	–	88	88	1,00	62	71	1,13
Dschibuti	21	5	90	62	56	0,89	38	32	0,83
Ecuador	111	–	–	97	99	1,02	87	89	1,02
El Salvador	69	26	–	81	82	1,01	60	61	1,02
Eritrea	76	41	69	39	36	0,91	27	25	0,92
Esland	13	–	–	93	94	1,01	93	95	1,02
Eswatini	87	5	–	76	75	0,98	32	41	1,29
Fidschi	40	–	–	98	98	1,01	79	88	1,11
Finnland	6	–	–	99	99	1,00	96	96	1,01
Frankreich	5	–	–	99	99	1,01	93	94	1,01
Französisch-Guayana	87	–	–	–	–	–	–	–	–
Französisch-Polynesien	40	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabun	91	22	–	–	–	–	–	–	–
Gambia	88	30	76	75	83	1,10	–	–	–
Georgien	44	14	–	98	98	0,99	97	99	1,02
Ghana	76	21	2	84	86	1,02	56	57	1,01
Grenada	–	–	–	96	97	1,01	80	72	0,91
Griechenland	8	–	–	93	93	1,00	91	89	0,99
Großbritannien	14	–	–	100	100	1,00	98	98	1,00
Guadeloupe	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guam	38	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	92	30	–	87	87	1,00	48	46	0,96
Guinea	146	51	95	86	71	0,83	40	26	0,66
Guinea-Bissau	106	24	42	74	70	0,95	–	–	–
Guyana	74	30	–	95	97	1,02	81	86	1,06
Haiti	55	18	–	–	–	–	–	–	–
Honduras	103	34	–	83	84	1,02	43	48	1,14

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

LAND, TERRITORIUM ODER GEBIET	HERANWACHSENDE UND JUGENDLICHE								
	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von Genitalverstümmelung betr. Mädchen (15–19 J.), in %	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, in %, 2009–2018		Geschlechterparitätsindex, Primarstufe	Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe, in %, 2009–2018		Geschlechterparitätsindex, Sekundarstufe
				männl.	weibl.		männl.	weibl.	
Indien	28	27	–	97	98	1,01	61	62	1,01
Indonesien	48	14	–	95	90	0,95	76	78	1,02
Irak	82	24	5	–	–	–	–	–	–
Iran	38	17	–	–	–	–	72	73	1,00
Irland	9	–	–	100	100	1,00	97	99	1,01
Island	8	–	–	100	99	1,00	89	91	1,03
Israel	10	–	–	97	98	1,01	98	100	1,02
Italien	5	–	–	99	98	1,00	96	96	1,00
Jamaika	46	8	–	–	–	–	71	77	1,09
Japan	4	–	–	98	98	1,00	99	100	1,01
Jemen	67	32	16	88	78	0,88	54	40	0,74
Jordanien	26	8	–	–	–	–	63	65	1,03
Jungferinseln (USA)	25	–	–	–	–	–	–	–	–
Kambodscha	57	19	–	91	90	1,00	–	–	–
Kamerun	119	31	0	99	91	0,92	50	44	0,88
Kanada	11	–	–	–	–	–	99	100	1,01
Kasachstan	31	7	–	98	100	1,02	100	100	1,00
Katar	10	4	–	99	98	0,99	68	85	1,25
Kenia	96	23	11	81	85	1,04	50	47	0,94
Kirgisistan	38	12	–	99	98	0,99	87	87	1,00
Kiribati	49	20	–	–	–	–	–	–	–
Kolumbien	75	23	–	93	94	1,01	76	82	1,07
Komoren	70	32	–	85	84	0,99	41	45	1,09
Kongo	147	27	–	84	91	1,09	–	–	–
Kongo, Dem. Rep.	138	37	–	–	–	–	–	–	–
Korea	1	–	–	96	97	1,00	97	98	1,00
Korea, Dem. Volksrep.	1	–	–	97	97	1,00	90	91	1,01
Kroatien	10	–	–	96	99	1,04	89	92	1,04
Kuba	50	26	–	97	97	1,00	84	89	1,06
Kuwait	6	–	–	93	93	1,00	84	89	1,07
Laos	76	35	–	94	93	0,99	61	60	0,98
Lesotho	94	17	–	81	83	1,03	29	45	1,53
Lettland	18	–	–	96	97	1,01	93	95	1,02
Libanon	–	6	–	91	86	0,94	65	65	1,00
Liberia	149	36	26 ^d	39	36	0,93	16	14	0,88
Libyen	11	–	–	–	–	–	–	–	–
Litauen	14	–	–	100	100	1,00	98	97	1,00
Luxemburg	6	–	–	99	99	1,00	83	86	1,04
Madagaskar	152	41	–	–	–	–	28	30	1,08
Malawi	136	42	–	95	99	1,04	32	31	0,96
Malaysia	12	–	–	98	99	1,00	72	78	1,08
Malediven	13	4	–	100	100	1,00	–	–	–

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

LAND, TERRITORIUM ODER GEBIET	HERANWACHSENDE UND JUGENDLICHE								
	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von Genitalverstüm- melung betr. Mäd- chen (15–19 J.), in %	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, in %, 2009–2018		Geschlechter- paritätsindex, Primarstufe	Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe, in %, 2009–2018		Geschlechter- paritätsindex, Sekundarstufe
				männl.	weibl.		männl.	weibl.	
	2006–2017	2006–2017	2004–2017			2009–2018			2009–2018
Mali	174	52	83	71	63	0,89	32	26	0,80
Malta	11	–	–	97	100	1,03	87	92	1,05
Marokko	32	–	–	97	97	1,00	64	63	0,99
Martinique	20	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauretanien	71	37	63	75	78	1,05	26	25	0,97
Mauritius	24	–	–	95	97	1,02	82	88	1,08
Mexiko	63	26	–	98	100	1,02	76	79	1,04
Mikronesien	44	–	–	83	85	1,03	–	–	–
Moldawien	27	12	–	90	90	1,00	78	78	1,00
Mongolei	27	5	–	99	98	0,99	–	–	–
Montenegro	11	5	–	97	96	0,99	89	89	1,00
Mosambik	167	48	–	89	86	0,97	19	19	1,02
Myanmar	36	16	–	90	89	0,99	57	62	1,09
Namibia	82	7	–	96	100	1,04	–	–	–
Nepal	88	40	–	96	93	0,97	53	57	1,07
Neukaledonien	22	–	–	–	–	–	–	–	–
Neuseeland	16	–	–	98	99	1,01	95	97	1,02
Nicaragua	92	35	–	97	100	1,03	45	53	1,17
Niederlande	3	–	–	–	–	–	93	94	1,01
Niger	210	76	1	71	62	0,87	24	17	0,73
Nigeria	145	44	12	72	60	0,84	–	–	–
Nordmazedonien	16	7	–	92	92	1,00	–	–	–
Norwegen	5	–	–	100	100	1,00	95	96	1,01
Oman	14	–	–	99	99	1,00	91	91	0,99
Österreich	8	–	–	–	–	–	87	88	1,00
Pakistan	44	21	–	82	71	0,86	49	40	0,81
Palästina ¹	48	15	–	94	94	1,00	79	87	1,10
Panama	79	26	–	88	87	0,99	67	72	1,07
Papua-Neuguinea	–	21	–	80	75	0,93	36	30	0,82
Paraguay	62	22	–	79	79	1,00	63	67	1,07
Peru	65	22	–	99	100	1,01	80	81	1,02
Philippinen	47	15	–	95	96	1,01	60	72	1,19
Polen	12	–	–	96	96	1,00	92	93	1,01
Portugal	8	–	–	97	96	1,00	93	94	1,01
Puerto Rico	30	–	–	79	84	1,07	72	77	1,07
Réunion	44	–	–	–	–	–	–	–	–
Ruanda	45	7	–	94	94	1,01	25	30	1,18
Rumänien	35	–	–	90	90	1,00	81	81	1,00
Russland	24	–	–	97	98	1,01	94	95	1,01
Salomonen	78	21	–	69	70	1,01	–	–	–
Sambia	141	31	–	87	89	1,02	–	–	–
Samoa	39	11	–	96	97	1,01	74	81	1,10

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

LAND, TERRITORIUM ODER GEBIET	HERANWACHSENDE UND JUGENDLICHE								
	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von Genitalverstüm- melung betr. Mäd- chen (15–19 J.), in %	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, in %, 2009–2018		Geschlechter- paritätsindex, Primarstufe	Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe, in %, 2009–2018		Geschlechter- paritätsindex, Sekundarstufe
				männl.	weibl.		männl.	weibl.	
San Marino	0	–	–	93	93	1,00	–	–	–
São Tomé und Príncipe	92	35	–	97	97	0,99	61	68	1,11
Saudi-Arabien	7	–	–	99	100	1,00	86	84	0,97
Schweden	4	–	–	100	99	1,00	100	99	1,00
Schweiz	6	–	–	100	100	1,00	87	84	0,97
Senegal	80	31	21	71	79	1,12	35	39	1,10
Serbien	16	3	–	98	99	1,00	92	93	1,01
Seychellen	66	–	–	–	–	–	87	90	1,03
Sierra Leone	125	39	74	99	99	1,01	38	37	0,97
Simbabwe	110	32	–	84	86	1,02	44	44	1,01
Singapur	3	–	–	–	–	–	100	100	1,00
Sint Maarten	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slowakei	24	–	–	–	–	–	84	86	1,01
Slowenien	5	–	–	97	98	1,01	95	95	1,01
Somalia	64	45	97	–	–	–	–	–	–
Spanien	8	–	–	98	99	1,00	95	97	1,02
Sri Lanka	20	12	–	98	96	0,98	87	90	1,03
St. Kitts und Nevis	46	–	–	–	–	–	–	–	–
St. Lucia	–	8	–	–	–	–	79	81	1,03
St. Vincent und die Grenadinen	64	–	–	99	98	0,99	91	91	0,99
Südafrika	71	–	–	91	92	1,01	86	84	0,98
Sudan	87	34	82	57	63	1,10	–	–	–
Südsudan	155	52	–	36	28	0,76	6	4	0,70
Suriname	58	19	–	96	100	1,04	53	65	1,22
Syrien	54	13	–	68	67	0,98	46	45	0,99
Tadschikistan	54	12	–	99	98	0,99	87	78	0,90
Tansania	132	31	5	78	81	1,04	23	23	1,02
Thailand	43	23	–	98	98	1,00	77	77	1,01
Timor-Leste	50	19	–	79	82	1,04	55	64	1,16
Togo	85	22	2	95	89	0,94	48	33	0,69
Tonga	30	6	–	95	97	1,03	74	79	1,07
Trinidad und Tobago	38	11	–	99	98	0,99	–	–	–
Tschad	179	67	32	71	55	0,77	–	–	–
Tschechien	12	–	–	–	–	–	90	92	1,02
Tunesien	7	2	–	99	98	0,99	–	–	–
Türkei	27	15	–	95	94	0,99	86	85	0,99
Turkmenistan	28	6	–	–	–	–	–	–	–
Turks- und Caicosinseln	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	28	10	–	–	–	–	63	79	1,26
Uganda	140	40	1	90	92	1,03	–	–	–
Ukraine	26	9	–	92	94	1,02	86	87	1,01
Ungarn	23	–	–	97	97	1,00	89	89	1,00

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

LAND, TERRITORIUM ODER GEBIET	HERANWACHSENDE UND JUGENDLICHE								
	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Ehen von unter 18-Jährigen, in %	Von Genitalverstüm- melung betr. Mäd- chen (15–19 J.), in %	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, in %, 2009–2018		Geschlechter- paritätsindex, Primarstufe	Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe, in %, 2009–2018		Geschlechter- paritätsindex, Sekundarstufe
				männl.	weibl.		männl.	weibl.	
	2006–2017	2006–2017	2004–2017			2009–2018			2009–2018
Uruguay	51	25	–	98	98	1,00	80	86	1,08
USA	20	–	–	96	96	1,00	92	92	1,00
Usbekistan	30	7	–	99	98	0,98	91	90	0,99
Vanuatu	78	21	–	86	88	1,03	48	51	1,07
Venezuela	95	–	–	86	86	1,00	67	73	1,10
Vereinigte Arabische Emirate	34	–	–	98	96	0,98	89	86	0,96
Vietnam	30	11	–	–	–	–	–	–	–
Westsahara	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zentralafrikanische Republik	229	68	18	77	60	0,79	16	10	0,61
Zypern	5	–	–	98	98	1,01	94	95	1,01

Anmerkungen zu den ICPD-Indikatoren

- Keine Daten verfügbar
- a Aufgrund nicht verfügbarer Daten ohne Cookinseln, Marshallinseln, Nauru, Niue, Palau, Tokelau und Tuvalu
- b Aufgrund nicht verfügbarer Daten ohne Anguilla, Antigua und Barbuda, Bermudas, Britische Jungferninseln, Ecuador, Grenada, Kaimaninseln, Montserrat, Sint Maarten und St. Kitts und Nevis
- c Einschließlich der Seychellen
- d Prozentsatz der Mädchen im Alter von 15–19 Jahren, die Mitglieder der Sande-Gesellschaft sind. Die Mitgliedschaft in der Sande-Gesellschaft ist stellvertretend für FGM.
- 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

GLOBALE UND REGIONALE DATEN	BEVÖLKERUNG			FERTILITÄT			LEBENSERWARTUNG			BEVÖLKERUNGS-ENTWICKLUNG	ZUSAMMENSETZUNG DER BEVÖLKERUNG			
	Gesamtbevölkerung, in Mio.			Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau			Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren			Durchschnittl. jährl. Bevölkerungswachstum, in %	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter > 64 J., in %
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010–2019	2019	2019	2019	2019
WELT	3.626	5.670	7.715	4,8	2,9	2,5	56	65	72	1,1	26	24	65	9
Stärker entwickelte Regionen	1.001	1.167	1.266	2,3	1,6	1,7	71	74	80	0,3	16	17	65	19
Weniger entwickelte Regionen	2.625	4.503	6.448	5,9	3,2	2,6	53	63	71	1,3	27	25	65	7
Am wenigsten entwickelte Regionen	301	570	1.050	6,8	5,6	3,9	44	52	65	2,4	39	32	57	4

REGIONALE DATEN

Arabische Staaten	112	223	373	6,9	4,5	3,3	52	64	70	2,0	34	28	61	5
Asien und Pazifik	1.818	3.027	4.030	5,9	2,8	2,1 ^a	53	64	72 ^a	1,0	24 ^a	23 ^a	68 ^a	8 ^a
Lateinamerika und Karibik	278	474	653	5,4	3,0	2,0 ^b	59	69	76 ^b	1,1	24 ^b	25 ^b	67 ^b	9 ^b
Osteuropa und Zentralasien	154	211	247	3,6	2,4	2,0	61	67	73	0,9	23	21	67	10
Ost- und Südliches Afrika	154	312	613	6,8	5,9	4,3	46	49	64	2,7	41	32	55	3
West- und Zentralafrika	118	229	447	6,6	6,3	5,1	41	49	58	2,7	43	32	54	3

LAND, TERRITORIUM ODER GEBIET

	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010–2019	2019	2019	2019	2019
Afghanistan	10,9	16,2	37,2	7,5	7,6	4,2	36	53	65	2,8	42	35	55	3
Ägypten	34,2	62,5	101,2	6,3	3,9	3,1	52	66	72	2,1	33	26	62	5
Albanien	2,1	3,1	2,9	5,1	2,7	1,7	67	72	79	0,0	17	21	69	14
Algerien	14,1	28,4	42,7	7,7	3,7	2,6	50	68	77	1,9	30	22	64	7
Angola	6,6	13,8	31,8	7,6	7,0	5,5	37	43	62	3,4	46	33	51	3
Antigua und Barbuda	0,1	0,1	0,1	3,8	2,2	2,0	66	72	77	1,1	23	24	69	7
Äquatorialguinea	0,3	0,5	1,4	5,8	6,0	4,4	39	50	59	4,0	37	29	60	3
Argentinien	23,6	34,6	45,1	3,1	2,8	2,2	66	72	77	1,0	24	24	64	11
Armenien	2,5	3,3	2,9	3,3	2,2	1,6	70	69	75	0,2	20	19	68	12
Aruba	0,1	0,1	0,1	3,1	2,1	1,8	69	74	76	0,5	17	21	68	14
Aserbaidshan ¹	5,1	7,7	10,0	5,2	2,7	2,0	63	65	72	1,1	23	21	70	6
Äthiopien	27,7	55,4	110,1	6,9	7,0	3,9	43	49	67	2,5	39	34	57	4
Australien ²	12,6	17,9	25,1	2,8	1,8	1,8	71	78	83	1,4	19	19	65	16
Bahamas	0,2	0,3	0,4	3,6	2,6	1,7	66	71	76	1,2	20	21	70	10
Bahrain	0,2	0,5	1,6	6,7	3,2	2,0	63	73	77	3,1	19	18	79	3
Bangladesch	63,4	116,2	168,1	6,9	3,8	2,0	48	61	73	1,1	27	28	68	5
Barbados	0,2	0,3	0,3	3,3	1,7	1,8	65	72	76	0,3	19	19	65	16
Belarus	8,9	10,2	9,4	2,3	1,5	1,7	71	69	73	0,0	17	15	67	15
Belgien	9,6	10,2	11,6	2,3	1,6	1,8	71	77	82	0,6	17	17	64	19
Belize	0,1	0,2	0,4	6,3	4,2	2,4	65	70	71	2,1	30	30	66	4
Benin	2,9	5,7	11,8	6,7	6,4	4,8	42	55	62	2,8	42	32	55	3
Bhutan	0,3	0,5	0,8	6,7	4,8	2,0	39	56	71	1,4	26	27	69	5
Bolivien	4,4	7,4	11,4	6,3	4,6	2,8	45	57	70	1,5	31	29	62	7
Bosnien und Herzegowina	3,7	3,9	3,5	3,0	1,7	1,4	66	71	77	-0,7	14	17	68	17
Botswana	0,7	1,5	2,4	6,7	4,1	2,6	54	57	69	1,8	31	28	65	4
Brasilien	92,9	159,7	212,4	5,2	2,6	1,7	59	67	76	0,8	21	23	70	9

LAND, TERRITORIUM ODER GEBIET	BEVÖLKERUNG			FERTILITÄT			LEBENSERWARTUNG			BEVÖLKERUNGS- ENTWICKLUNG	ZUSAMMENSETZUNG DER BEVÖLKERUNG			
	Gesamtbevölkerung, in Mio.			Gesamfruchtbarkeits- rate pro Frau			Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren			Durchschnittl. jährl. Bevölkerungs- wachstum, in %	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter >64 J., in %
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010–2019	2019	2019	2019	2019
Brunei Darussalam	0,1	0,3	0,4	5,8	2,9	1,8	67	74	78	1,4	22	23	72	5
Bulgarien	8,5	8,5	7,0	2,1	1,4	1,6	71	71	75	-0,6	15	14	64	21
Burkina Faso	5,5	9,8	20,3	6,6	6,9	5,1	39	49	62	2,9	45	33	53	2
Burundi	3,4	5,9	11,6	7,3	7,3	5,5	44	48	59	3,1	45	31	52	3
Cabo Verde	0,3	0,4	0,6	7,0	4,7	2,2	53	66	73	1,2	29	30	66	5
Chile	9,4	14,1	18,3	4,2	2,4	1,8	62	75	80	0,8	20	21	68	12
China ³	803,6	1.229,0	1.420,1	5,9	1,7	1,6	58	70	77	0,5	18	17	71	12
China, Hongkong ⁴	3,8	6,1	7,5	3,4	1,2	1,4	71	79	84	0,7	12	13	70	17
China, Macau ⁵	0,2	0,4	0,6	2,4	1,3	1,4	69	79	84	2,0	14	13	75	11
Costa Rica	1,8	3,4	5,0	4,9	2,9	1,7	66	76	80	1,1	21	23	69	10
Côte d'Ivoire	5,0	14,1	25,5	7,9	6,3	4,7	43	50	55	2,5	42	32	55	3
Curaçao	0,1	0,1	0,2	3,5	2,2	2,0	69	75	79	1,1	18	18	64	17
Dänemark	4,9	5,2	5,8	2,2	1,8	1,8	73	75	81	0,4	16	18	64	20
Deutschland	78,3	80,9	82,4	2,2	1,3	1,5	71	76	82	0,2	13	14	65	22
Dominika	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	0,5	–	–	–	–
Dominikanische Republik	4,4	7,8	11,0	6,4	3,2	2,3	58	69	74	1,2	29	27	64	7
Dschibuti	0,1	0,6	1,0	6,8	5,5	2,7	48	57	63	1,6	30	30	66	4
Ecuador	5,9	11,2	17,1	6,3	3,4	2,4	57	71	77	1,5	28	26	65	8
El Salvador	3,6	5,5	6,4	6,3	3,7	2,0	55	67	74	0,5	27	28	65	9
Eritrea	1,8	3,1	5,3	6,7	6,0	3,9	43	52	66	2,1	41	32	55	4
Estland	1,3	1,5	1,3	2,1	1,5	1,7	70	69	78	-0,2	17	15	63	20
Eswatini	0,4	0,9	1,4	6,9	5,0	2,9	47	58	59	1,8	37	32	60	3
Fidschi	0,5	0,8	0,9	4,7	3,3	2,4	59	66	71	0,7	28	26	65	7
Finnland ⁶	4,6	5,1	5,6	2,0	1,8	1,8	70	76	82	0,4	17	17	62	22
Frankreich	50,5	58,0	65,5	2,6	1,7	2,0	72	78	83	0,4	18	18	62	20
Französisch-Guayana	0,0	0,1	0,3	4,8	4,0	3,2	65	73	81	2,6	32	28	62	6
Französisch-Polynesien	0,1	0,2	0,3	5,1	2,9	2,0	60	70	77	0,8	23	24	69	8
Gabun	0,6	1,1	2,1	5,0	5,1	3,6	46	61	67	2,8	36	28	60	4
Gambia	0,4	1,0	2,2	6,0	6,1	5,2	37	53	62	3,1	45	33	53	2
Georgien ⁷	4,7	5,1	3,9	2,7	1,9	2,0	67	70	74	-0,9	20	18	65	15
Ghana	8,4	16,3	30,1	7,0	5,2	3,8	49	58	64	2,3	38	31	58	3
Grenada	0,1	0,1	0,1	4,7	3,3	2,0	64	69	74	0,4	26	25	66	8
Griechenland	8,6	10,7	11,1	2,6	1,4	1,3	71	78	82	-0,3	14	15	65	21
Großbritannien	55,4	57,8	67,0	2,4	1,8	1,9	72	77	82	0,6	18	17	63	19
Guadeloupe ⁸	0,3	0,4	0,4	5,0	2,1	1,9	64	75	82	0,0	18	21	64	19
Guam	0,1	0,1	0,2	4,5	2,9	2,3	65	73	80	0,5	24	25	66	10
Guatemala	5,5	10,2	17,6	6,7	5,2	2,8	52	65	74	2,0	34	32	61	5
Guinea	4,2	7,5	13,4	6,2	6,4	4,6	36	52	62	2,4	42	32	55	3
Guinea-Bissau	0,7	1,1	2,0	6,0	6,4	4,4	41	51	59	2,5	41	31	56	3
Guyana	0,7	0,8	0,8	5,5	3,1	2,4	62	64	67	0,6	28	29	66	6
Haiti	4,6	7,7	11,2	5,8	5,0	2,8	47	56	64	1,3	32	30	63	5
Honduras	2,6	5,6	9,6	7,3	4,7	2,4	52	68	74	1,7	30	31	65	5

Demografische Indikatoren

LAND, TERRITORIUM ODER GEBIET	BEVÖLKERUNG			FERTILITÄT			LEBENSERWARTUNG			BEVÖLKERUNGS- ENTWICKLUNG	ZUSAMMENSETZUNG DER BEVÖLKERUNG			
	Gesamtbevölkerung, in Mio.			Gesamfruchtbarkeits- rate pro Frau			Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren			Durchschnittl. jährl. Bevölkerungs- wachstum, in %	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter >64 J., in %
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010–2019	2019	2019	2019	2019
Indien	541,5	942,2	1.368,7	5,6	3,7	2,3	47	60	69	1,2	27	27	67	6
Indonesien	111,8	193,9	269,5	5,5	2,8	2,3	54	65	70	1,2	27	26	68	6
Irak	9,6	19,6	40,4	7,4	5,5	4,2	58	68	70	3,0	40	31	57	3
Iran	27,8	59,7	82,8	6,5	3,5	1,6	50	68	77	1,2	24	21	70	6
Irland	2,9	3,6	4,8	3,8	1,9	2,0	71	75	82	0,5	21	19	64	15
Israel	2,8	5,2	8,6	3,8	2,9	2,9	72	78	83	1,6	28	23	60	12
Island	0,2	0,3	0,3	3,1	2,2	1,9	74	79	83	0,7	20	20	65	15
Italien	53,2	57,3	59,2	2,5	1,2	1,5	71	78	84	-0,1	13	14	63	24
Jamaika	1,8	2,5	2,9	5,6	2,8	2,0	68	72	76	0,3	23	25	67	10
Japan	103,5	126,1	126,9	2,1	1,4	1,5	72	80	84	-0,1	13	14	59	28
Jemen	6,1	14,7	29,6	7,8	7,8	3,7	40	59	66	2,5	39	33	58	3
Jordanien	1,6	4,4	10,1	8,0	4,8	3,2	59	71	75	3,8	35	30	61	4
Jungferneinseln (USA)	0,1	0,1	0,1	5,3	2,6	2,2	69	75	80	-0,1	20	20	60	20
Kambodscha	6,9	10,3	16,5	6,6	4,9	2,5	42	55	70	1,6	31	28	64	5
Kamerun	6,4	13,1	25,3	6,2	6,1	4,5	46	50	60	2,6	42	32	55	3
Kanada	21,1	29,0	37,3	2,4	1,7	1,6	72	78	83	1,0	16	17	66	18
Kasachstan	12,9	16,2	18,6	3,6	2,4	2,5	62	64	70	1,4	29	20	64	7
Katar	0,1	0,5	2,7	6,9	3,6	1,8	68	76	79	4,8	14	18	84	2
Kenia	10,9	26,5	52,2	8,1	5,5	3,7	52	55	68	2,6	40	33	58	3
Kirgisistan	2,9	4,5	6,2	5,2	3,4	2,9	60	66	71	1,5	32	25	63	5
Kiribati	0,1	0,1	0,1	5,7	4,4	3,5	54	62	67	1,8	36	29	60	4
Kolumbien	21,5	36,8	49,8	5,8	2,7	1,8	61	69	75	0,9	23	24	69	8
Komoren	0,2	0,5	0,9	7,1	5,9	4,1	45	58	64	2,3	39	31	58	3
Kongo	1,3	2,7	5,5	6,3	5,2	4,5	53	54	66	2,6	42	31	55	3
Kongo, Dem. Rep.	19,5	40,3	86,7	6,2	6,8	5,8	44	49	61	3,3	46	32	51	3
Korea	31,6	44,8	51,3	4,5	1,6	1,3	60	73	83	0,4	13	16	72	15
Korea, Dem. Volksrep.	14,0	21,6	25,7	4,4	2,2	1,9	59	68	72	0,5	20	22	71	9
Kroatien	4,4	4,7	4,1	2,0	1,6	1,4	68	73	78	-0,5	15	16	65	21
Kuba	8,6	10,9	11,5	4,2	1,6	1,7	69	75	80	0,2	16	17	69	16
Kuwait	0,7	1,7	4,2	7,3	2,7	1,9	66	73	75	3,9	21	19	76	3
Laos	2,6	4,7	7,1	6,0	5,6	2,5	46	56	68	1,4	32	30	64	4
Lesotho	1,0	1,7	2,3	5,8	4,6	2,9	49	58	55	1,3	35	32	60	5
Lettland	2,4	2,5	1,9	1,9	1,5	1,6	70	68	75	-1,1	16	14	64	20
Libanon	2,3	3,0	6,1	5,1	2,7	1,7	66	72	80	3,7	22	25	69	9
Liberia	1,4	2,0	5,0	6,7	6,2	4,4	39	49	64	2,6	41	32	56	3
Libyen	2,0	4,9	6,6	8,1	3,9	2,2	55	70	72	0,7	28	25	68	5
Litauen	3,1	3,6	2,9	2,3	1,7	1,7	71	70	75	-1,0	15	16	65	19
Luxemburg	0,3	0,4	0,6	2,1	1,7	1,6	70	76	82	1,8	16	18	69	15
Madagaskar	6,4	13,1	27,0	7,3	6,0	4,0	44	54	67	2,7	40	33	57	3
Malawi	4,5	9,8	19,7	7,3	6,5	4,4	40	47	64	2,9	43	34	54	3
Malaysia ⁹	10,5	20,0	32,5	5,2	3,4	2,0	64	72	76	1,6	24	25	69	7
Malediven	0,1	0,2	0,5	7,2	4,6	2,0	43	65	78	2,4	23	21	72	4
Mali	5,9	9,4	19,7	7,1	7,1	5,8	32	47	59	3,0	47	33	50	2

LAND, TERRITORIUM ODER GEBIET	BEVÖLKERUNG			FERTILITÄT			LEBENSERWARTUNG			BEVÖLKERUNGS- ENTWICKLUNG	ZUSAMMENSETZUNG DER BEVÖLKERUNG			
	Gesamtbevölkerung, in Mio.			Gesamfruchtbarkeits- rate pro Frau			Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren			Durchschnittl. jährl. Bevölkerungs- wachstum, in %	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter >64 J., in %
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010–2019	2019	2019	2019	2019
Malta	0,3	0,4	0,4	2,0	2,0	1,5	71	77	81	0,4	15	15	65	20
Marokko	15,7	26,7	36,6	6,7	3,4	2,4	52	67	77	1,4	27	24	66	7
Martinique	0,3	0,4	0,4	4,8	1,9	1,9	65	76	83	-0,3	17	19	63	20
Mauretanien	1,1	2,3	4,7	6,8	5,8	4,5	49	59	64	2,8	39	31	57	3
Mauritius ¹⁰	0,8	1,1	1,3	4,2	2,2	1,4	63	70	75	0,2	17	22	71	12
Mexiko	50,4	92,3	132,3	6,8	3,1	2,1	61	72	78	1,3	26	26	67	7
Mikronesien	0,1	0,1	0,1	6,9	4,7	3,0	61	67	70	0,4	32	33	62	5
Moldawien ¹¹	3,5	4,4	4,0	2,6	2,0	1,2	65	67	72	-0,1	16	17	72	12
Mongolei	1,2	2,3	3,2	7,6	2,9	2,6	55	61	70	1,7	30	22	66	4
Montenegro	0,5	0,6	0,6	2,8	2,0	1,6	69	74	78	0,1	18	19	66	16
Mosambik	9,0	15,2	31,4	6,8	6,0	5,1	39	45	60	2,9	44	33	53	3
Myanmar	25,7	42,7	54,3	6,0	3,1	2,1	50	60	67	0,9	26	27	68	6
Namibia	0,8	1,6	2,6	6,4	4,7	3,2	52	61	66	2,2	36	31	60	4
Nepal	11,8	20,9	29,9	5,9	4,8	2,0	40	58	71	1,1	29	32	64	6
Neukaledonien	0,1	0,2	0,3	5,3	2,8	2,1	62	72	78	1,3	22	22	68	10
Neuseeland	2,8	3,6	4,8	3,2	2,0	2,0	71	77	82	1,0	20	20	64	16
Nicaragua	2,3	4,5	6,4	6,9	3,9	2,1	53	67	76	1,1	28	28	66	6
Niederlande	12,9	15,4	17,1	2,6	1,6	1,8	74	77	82	0,3	16	18	64	20
Niger	4,4	9,2	23,2	7,6	7,7	7,1	36	46	61	3,8	50	33	47	3
Nigeria	54,7	105,4	201,0	6,4	6,3	5,3	41	46	55	2,6	44	32	54	3
Nordmazedonien	1,7	2,0	2,1	3,3	2,0	1,6	66	72	76	0,1	16	18	69	14
Norwegen ¹²	3,8	4,3	5,4	2,7	1,9	1,8	74	78	83	1,1	18	18	65	17
Oman	0,7	2,1	5,0	7,3	5,7	2,5	50	69	78	5,5	21	19	76	2
Österreich	7,5	7,9	8,8	2,4	1,5	1,5	70	77	82	0,5	14	15	66	20
Pakistan	56,5	119,8	204,6	6,6	5,5	3,3	52	61	67	2,0	35	29	61	5
Palästina ¹³	1,1	2,5	5,2	7,9	6,4	3,8	55	69	74	2,7	39	32	58	3
Panama	1,5	2,7	4,2	5,3	2,9	2,4	65	74	79	1,6	27	25	65	8
Papua-Neuguinea	2,5	4,8	8,6	6,2	4,7	3,5	48	60	66	2,1	35	31	61	4
Paraguay	2,4	4,7	7,0	5,9	4,2	2,4	65	69	73	1,3	29	28	64	7
Peru	13,0	23,6	32,9	6,5	3,4	2,3	53	68	76	1,3	27	26	66	8
Philippinen	34,8	68,2	108,1	6,4	4,1	2,8	61	66	70	1,6	31	29	64	5
Polen	32,4	38,4	38,0	2,3	1,8	1,3	70	72	78	-0,1	15	15	67	18
Portugal	8,7	10,1	10,3	3,0	1,5	1,2	67	75	82	-0,4	13	15	65	22
Puerto Rico	2,7	3,7	3,7	3,2	2,1	1,5	71	74	81	-0,2	17	21	67	16
Réunion	0,5	0,7	0,9	5,1	2,4	2,2	62	74	81	0,8	23	23	65	12
Ruanda	3,6	6,0	12,8	8,2	6,3	3,7	44	29	68	2,5	39	32	57	3
Rumänien	20,3	23,1	19,5	2,8	1,4	1,6	68	70	76	-0,5	15	16	66	19
Russland	129,5	148,4	143,9	2,0	1,4	1,8	69	66	71	0,1	18	15	67	15
Salomonen	0,2	0,3	0,6	6,8	5,3	3,7	54	59	72	2,1	38	32	58	4
Sambia	4,0	8,9	18,1	7,3	6,2	4,8	49	43	63	3,0	44	34	53	2
Samoa	0,1	0,2	0,2	7,3	4,8	3,8	54	67	76	0,7	36	32	58	6
San Marino	0,0	0,0	0,0	–	–	–	–	–	–	0,9	–	–	–	–

Demografische Indikatoren

LAND, TERRITORIUM ODER GEBIET	BEVÖLKERUNG			FERTILITÄT			LEBENSERWARTUNG			BEVÖLKERUNGS- ENTWICKLUNG	ZUSAMMENSETZUNG DER BEVÖLKERUNG			
	Gesamtbevölkerung, in Mio.			Gesamfruchtbarkeits- rate pro Frau			Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren			Durchschnittl. jährl. Bevölkerungs- wachstum, in %	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter >64 J., in %
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010–2019	2019	2019	2019	2019
São Tomé und Príncipe	0,1	0,1	0,2	6,4	5,6	4,3	55	62	67	2,2	42	33	55	3
Saudi-Arabien	5,6	18,3	34,1	7,3	5,2	2,4	52	71	75	2,4	25	21	72	4
Schweden	8,0	8,8	10,1	2,1	1,9	1,9	74	79	83	0,8	18	17	62	20
Schweiz	6,1	7,0	8,6	2,2	1,5	1,6	73	78	84	1,1	15	15	66	19
Senegal	4,1	8,5	16,7	7,3	6,1	4,6	39	57	68	2,9	43	32	54	3
Serbien ¹⁴	8,1	9,9	8,7	2,4	1,9	1,6	67	72	76	-0,4	16	18	65	18
Seychellen	0,1	0,1	0,1	5,9	2,4	2,2	65	71	74	0,5	22	19	68	9
Sierra Leone	2,6	4,3	7,9	6,5	6,6	4,2	34	36	53	2,2	41	33	56	3
Simbabwe	5,0	11,1	17,3	7,4	4,6	3,5	55	52	62	2,3	41	32	56	3
Singapur	2,0	3,4	5,9	3,4	1,7	1,3	68	77	84	1,6	15	17	71	14
Sint Maarten	0,0	0,0	0,0	–	–	–	–	–	–	2,4	–	–	–	–
Slowakei	4,5	5,4	5,5	2,5	1,7	1,5	70	72	77	0,1	16	16	68	16
Slowenien	1,7	2,0	2,1	2,2	1,3	1,7	69	74	81	0,2	15	14	65	20
Somalia	3,4	7,6	15,6	7,2	7,6	6,0	41	46	58	2,9	46	33	51	3
Spanien ¹⁵	33,6	39,8	46,4	2,9	1,2	1,4	72	78	84	-0,1	14	15	66	20
Sri Lanka	12,2	18,1	21,0	4,5	2,3	2,0	64	69	76	0,4	23	23	66	11
St. Kitts und Nevis	0,0	0,0	0,1	–	–	–	–	–	–	1,0	–	–	–	–
St. Lucia	0,1	0,1	0,2	6,2	3,0	1,4	62	71	76	0,5	18	23	72	10
St. Vincent und die Grenadinen	0,1	0,1	0,1	6,2	2,8	1,9	65	71	74	0,1	23	25	69	8
Südafrika	22,2	41,2	58,1	5,7	3,2	2,4	55	62	64	1,3	29	27	66	6
Sudan	10,0	23,3	42,5	6,9	5,9	4,3	52	56	65	2,4	40	33	56	4
Südsudan	3,6	5,4	13,3	6,9	6,6	4,6	35	46	58	3,1	41	32	55	3
Suriname	0,4	0,4	0,6	5,8	3,1	2,3	63	68	72	1,0	26	26	67	7
Syrien	6,1	13,9	18,5	7,6	4,6	2,8	58	72	73	-1,4	35	35	60	5
Tadschikistan	2,8	5,7	9,3	7,0	4,7	3,2	60	63	72	2,2	35	28	61	4
Tansania ¹⁶	13,2	29,1	60,9	6,8	5,9	4,8	46	49	67	3,1	44	32	52	3
Thailand	35,8	58,9	69,3	5,8	1,9	1,4	59	70	76	0,3	17	19	71	12
Timor-Leste	0,6	0,9	1,4	6,0	6,1	5,2	39	52	70	2,2	43	35	53	4
Togo	2,0	4,2	8,2	7,0	5,9	4,3	46	55	61	2,6	41	32	56	3
Tonga	0,1	0,1	0,1	6,2	4,5	3,5	65	70	73	0,6	35	33	59	6
Trinidad und Tobago	0,9	1,3	1,4	3,7	2,0	1,7	65	68	71	0,4	20	19	69	11
Tschad	3,6	6,8	15,8	6,5	7,4	5,6	41	47	54	3,2	47	34	51	3
Tschechien	9,8	10,4	10,6	2,0	1,5	1,6	70	73	79	0,1	16	14	64	20
Tunesien	5,0	9,0	11,8	6,8	2,7	2,1	50	71	76	1,1	24	21	67	9
Türkei	34,1	57,6	83,0	5,7	2,8	2,0	52	66	77	1,5	24	24	67	9
Turkmenistan	2,1	4,1	5,9	6,5	3,7	2,7	58	63	68	1,7	31	25	65	5
Turks- und Caicosinseln	0,0	0,0	0,0	–	–	–	–	–	–	1,8	–	–	–	–
Tuvalu	0,0	0,0	0,0	–	–	–	–	–	–	0,9	–	–	–	–
Uganda	9,2	19,9	45,7	7,1	7,0	5,3	49	44	61	3,3	47	34	51	2
Ukraine ¹⁷	46,7	51,1	43,8	2,0	1,5	1,6	71	68	72	-0,5	16	15	67	17
Ungarn	10,3	10,4	9,7	2,0	1,6	1,4	69	70	76	-0,3	14	16	66	20
Uruguay	2,8	3,2	3,5	2,9	2,4	2,0	69	73	78	0,3	21	22	64	15

LAND, TERRITORIUM ODER GEBIET	BEVÖLKERUNG			FERTILITÄT			LEBENSERWARTUNG			BEVÖLKERUNGS- ENTWICKLUNG	ZUSAMMENSETZUNG DER BEVÖLKERUNG			
	Gesamtbevölkerung, in Mio.			Gesamfruchtbarkeits- rate pro Frau			Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren			Durchschnittl. jährl. Bevölkerungs- wachstum, in %	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter >64 J., in %
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010–2019	2019	2019	2019	2019
USA	207,7	262,7	329,1	2,4	2,0	1,9	71	76	80	0,7	19	20	65	16
Usbekistan	11,7	22,4	32,8	6,4	3,7	2,2	62	66	72	1,5	28	25	67	5
Vanuatu	0,1	0,2	0,3	6,3	4,8	3,2	52	65	73	2,2	36	29	60	5
Venezuela	11,2	21,7	32,8	5,6	3,1	2,2	64	71	75	1,4	27	26	66	7
Vereinigte Arabische Emirate	0,2	2,3	9,7	6,7	3,6	1,7	61	73	78	1,8	14	16	85	1
Vietnam	42,3	73,9	97,4	6,5	2,9	1,9	60	72	77	1,1	23	21	69	8
Westsahara	0,1	0,2	0,6	6,6	3,8	2,4	42	60	70	2,1	27	25	69	3
Zentralafrikanische Republik	1,8	3,3	4,8	6,0	5,7	4,6	41	47	54	0,9	42	34	54	4
Zypern ¹⁸	0,6	0,8	1,2	2,7	2,2	1,3	72	77	81	0,8	17	20	69	14

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 2019 enthalten Indikatoren, die aufzeigen, welche Fortschritte in Bezug auf die Ziele des Aktionsrahmens zur Weiterverfolgung des Aktionsprogramms der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung (ICPD) und die Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDGs) in den Bereichen Müttergesundheit, Bildungszugang sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit erreicht wurden. Darüber hinaus enthalten die Tabellen eine Vielzahl demografischer Indikatoren. Die statistischen Tabellen untermauern die Fokussierung von UNFPA auf Fortschritte und Ergebnisse bei der Verwirklichung einer Welt, in der jede Schwangerschaft erwünscht ist, jede Geburt unter sicheren Bedingungen stattfindet und jeder junge Mensch sein persönliches Potenzial voll entfalten kann.

Bei der Erhebung, Extrapolation und Analyse von Daten verwenden staatliche Behörden und internationale Organisationen zum Teil unterschiedliche Methoden. Um die internationale Vergleichbarkeit der Daten zu verbessern, setzt UNFPA die von den wichtigsten Datenquellen verwendeten Standardmethoden ein. Aus diesem Grund weichen die in diesen Tabellen aufgeführten Daten in einigen Fällen von denen der staatlichen Behörden ab. Aufgrund geänderter regionaler Klassifizierungen, aktualisierter Methoden und Revisionen von Zeitreihen sind die Daten in den Tabellen nicht mit den Daten aus vorherigen Weltbevölkerungsberichten vergleichbar.

Die statistischen Tabellen beruhen auf repräsentativen Haushaltsbefragungen, die für die jeweiligen Länder repräsentativ sind, wie zum Beispiel auf Demographic and Health Surveys (DHS) und Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), auf Schätzungen der Vereinten Nationen und auf interinstitutionellen Schätzungen. Sie berücksichtigen außerdem die neuesten Bevölkerungsschätzungen aus World Population Prospects: The 2017 Revision und der Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2018 (Hauptabteilung Wirtschaftliche und Soziale Angelegenheiten der Vereinten Nationen, Abteilung Bevölkerungsfragen). Die Daten werden durch Definitionen, Quellen und Anmerkungen ergänzt. Im Allgemeinen spiegeln die statistischen Tabellen des Weltbevölkerungsberichts 2019 den Kenntnisstand vom Januar 2019 wider.

Überwachung der ICPD-Ziele

Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte Anteil der Frauen (15–49 Jahre), die Verhütungsmittel anwenden, irgendeine Methode, 2019

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen. Modellbasierte Schätzungen basieren auf Daten, die aus Stichprobenuntersuchungen abgeleitet wurden. Die Untersuchungsdaten beziffern den Anteil der verheirateten Frauen (einschließlich der Frauen in nichtehelichen Lebensgemeinschaften), die zum gegenwärtigen Zeitpunkt irgendeine bzw. eine moderne Methode der Empfängnisverhütung anwenden. Zu den modernen und klinischen Methoden zählen die Sterilisation des Mannes und/oder der Frau, die Spirale, die Antibabypille, Injektionsmittel, Hormonimplantate, Kondome und von der Frau benutzte Barrieremethoden.

Anteil der Frauen (15–49 Jahre), die Verhütungsmittel anwenden, moderne Methode, 1969, 1994, 2019

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

Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 Jahre), 2019

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen. Prozentualer Anteil der verheirateten oder in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft lebenden Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren, die eine Schwangerschaft hinauszögern wollen, aber keine Verhütungsmethode anwenden.

Gedeckter Verhütungsbedarfs bei Frauen (15–49 Jahre), 2019

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen. Anteil des gedeckten Bedarfs am Gesamtbedarf an Familienplanung bei verheirateten oder in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft lebenden Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren. Kontrazeptive Prävalenz für eine beliebige Methode bzw. kontrazeptive Prävalenz für eine moderne Methode geteilt durch den Gesamtbedarf an Familienplanung. Der Gesamtbedarf an Familienplanung ist die Summe aus der kontrazeptiven Prävalenz und dem ungedeckten Bedarf an Familienplanung.

Gedeckter Verhütungsbedarfs, moderne Methode bei Frauen (15–49 Jahre), 1969, 1994, 2019

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen. Anteil des gedeckten Bedarfs an modernen Verhütungsmethoden am Gesamtbedarf an Familienplanung bei verheirateten oder in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft liierten Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren. Kontrazeptive Prävalenz für eine beliebige Methode bzw. kontrazeptive Prävalenz für eine moderne Methode geteilt durch den Gesamtbedarf an Familienplanung. Der Gesamtbedarf an Familienplanung ist die Summe aus der kontrazeptiven Prävalenz und dem ungedeckten Bedarf an Familienplanung.

Müttersterblichkeitsrate (MMR), Todesfälle pro 100.000 Lebendgeburten, 1994 und 2015 und MMR-Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80 %), untere und obere Schwellenwerte, 2015

Quelle: United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency 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 werden von der Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group (MMEIG) unter Verwendung von Daten aus dem Einwohnermeldewesen, Haushaltsbefragungen und Volkszählungen vorgenommen. 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 wissenschaftlichen Einrichtungen überprüft und, wo nötig, im Rahmen des laufenden Prozesses zur Verbesserung der Datenlage im Bereich der Müttersterblichkeit überarbeitet. Die Schätzungen sind daher nicht mit früheren Schätzungen der Inter-Agency Group vergleichbar.

Betreute Geburten, in %, 2006–2017

Quelle: Gemeinsame globale Datenbank zu betreuten Geburten 2017, Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) und Weltgesundheitsorganisation (WHO). Regional aggregierte Daten wurden von UNFPA auf Grundlage der gemeinsamen globalen Datenbank berechnet. Prozentsatz an Geburten, die von geschultem medizinischem Personal (Ärztinnen und Ärzten, Krankenpfleger*innen oder Hebammen) durchgeführt werden; dieses Personal muss dafür ausgebildet sein, lebensrettende Geburtshilfe einschließlich der notwendigen Überwachung, Betreuung, Pflege und Beratung von Frauen im Verlauf von Schwangerschaft, Wehen und Wochenbett durchzuführen, selbstständig Geburten anzuleiten und die Neugeborenen zu versorgen. Traditionelle Geburtshelfer*innen sind darin nicht erfasst, selbst dann nicht, wenn sie eine kurze Schulung erhalten haben.

Die Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen erstellt über einen Zeitraum von 60 Jahren eine systematische und umfassende Sammlung von jährlichen, modellbasierten Schätzungen und Prognosen hinsichtlich einer Reihe von Indikatoren zur Familienplanung. Zu diesen Indikatoren zählen der Einsatz von Verhütungsmitteln (kontrazeptive Prävalenz), der ungedeckte Bedarf an Familienplanung, der Gesamtbedarf an Familienplanung und der prozentuale Anteil des gedeckten Bedarfs an Familienplanung bei verheirateten oder in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft liierten Frauen für den Zeitraum von 1970 bis 2030. Die Schätzungen, Projektionen und Unsicherheitsbewertungen wurden mithilfe eines Bayesschen hierarchischen Modells in Kombination mit länderspezifischen Entwicklungstrends generiert. Das Modell ist eine Weiterentwicklung früherer Modelle und berücksichtigt Unterschiede bei Datenquellen, Bevölkerungsstichproben und Verhütungsmethoden, die in den Prävalenzwerten enthalten sind. Weitere Informationen über modellbasierte Schätzungen zur Familienplanung, Methodik und Aktualisierung werden (in englischer Sprache) unter http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.shtml zur Verfügung gestellt. Die Schätzungen beruhen auf den länderspezifischen Daten aus World Contraceptive Use 2018.

Entscheidungsmacht über sexuelle und reproduktive Gesundheit und reproduktive Rechte, in %, 2007–2018

Quelle: UNFPA. Prozentsatz der 15- bis 49-jährigen Frauen, die verheiratet oder in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft liiert sind und in den folgenden drei Bereichen ihre eigenen Entscheidungen treffen: Geschlechtsverkehr mit ihrem Partner, Anwendung von Verhütungsmethoden und eigene Gesundheitsversorgung.

Überwachung der ICPD-Ziele

Heranwachsende und Jugendliche

Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre, 2018

Quelle: Globale SDG-Datenbank.

Die Geburtenrate der Heranwachsenden beziffert das Risiko heranwachsender Frauen zwischen 15 und 19 Jahren, Mutter zu werden. Aufgrund der Meldedaten können die Geburtenraten insoweit fehlerbehaftet sein, als sie von der Vollständigkeit der Eintragung im Geburtsregister, dem Verfahren bei Neugeborenen, die zwar lebend geboren wurden, aber innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt verstorben sind, der Zuverlässigkeit der Altersangabe der Mutter und der Berücksichtigung von Geburten aus früheren Zeiträumen abhängig sind. Die bevölkerungsbezogenen Schätzungen können durch falsche Altersangaben und eingeschränkte Reichweite verfälscht sein. Bei Umfrage- und Volkszählungsdaten stammen Zähler und Nenner aus derselben Bevölkerung. Abweichungen sind hauptsächlich falschen Altersangaben, nicht berücksichtigten Geburten, falschen Angaben zum Geburtsdatum des Kindes und – im Fall von Befragungen – unterschiedlichen Stichproben geschuldet.

Ehen von unter 18-Jährigen, in %, 2017

Quelle: Globale SDG-Datenbank.

Regional aggregierte Daten wurden von UNFPA auf Grundlage der globalen SDG-Datenbank berechnet. Anteil der 20- bis 24-jährigen Frauen, die bereits vor dem 18. Lebensjahr verheiratet oder in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft liiert waren.

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

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

Netto-Einschulungsrate (m./w.) in der Primarstufe, in %, 2017

Quelle: UNESCO Statistikkbüro (UIS).

Anteil der Kinder im offiziellen Grundschulalter, die an einer Grund- oder Sekundarschule angemeldet sind.

Geschlechterparitätsindex in der Primarstufe, 2017

Quelle: UNESCO Statistikkbüro (UIS).

Verhältnis zwischen Mädchen und Jungen bei der gewichteten Netto-Einschulungsrate auf der Primarstufe.

Netto-Einschulungsrate in der Sekundarstufe, in %, 2017

Quelle: UNESCO Statistikkbüro (UIS).

Anteil der Kinder im offiziellen Sekundarschulalter, die an einer Sekundarschule angemeldet sind.

Geschlechterparitätsindex in der Sekundarstufe, 2017

Quelle: UNESCO Statistikkbüro (UIS).

Verhältnis zwischen Mädchen und Jungen bei der gewichteten Netto-Einschulungsrate auf der Sekundarstufe.

Demografische Indikatoren

Bevölkerung

Gesamtbevölkerung, in Mio., 1969, 1994, 2019

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Regional aggregierte Daten wurden von UNFPA auf Grundlage von Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen berechnet. Geschätzte Bevölkerung der jeweiligen Länder zur Jahresmitte.

Fertilität

Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau, 1969, 1994, 2019

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Regional aggregierte Daten wurden von UNFPA auf Grundlage von Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen berechnet. Durchschnittliche Anzahl der Kinder, die eine Frau im Lauf ihres Lebens bekäme, wenn sie das Ende ihrer Reproduktionsfähigkeit erleben würde und in jedem Alter so viele Kinder bekäme, wie es den bestehenden altersspezifischen Fertilitätsraten entspricht.

Lebenserwartung

Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren, 1969, 1994, 2019

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Regional aggregierte Daten wurden von UNFPA auf Grundlage von Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen berechnet. Durchschnittlich zu erwartendes Lebensalter in Jahren, das Neugeborene erreichen würden, wenn die zum Zeitpunkt ihrer Geburt im Bevölkerungsquerschnitt bestehenden Mortalitätsrisiken konstant blieben.

Bevölkerungswachstum

Durchschnittliches jährliches Bevölkerungswachstum, in %, 2010–2019

Quelle: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Durchschnittliche prozentuale Wachstumsrate der Bevölkerung in einem definierten Zeitraum auf der Grundlage einer gemittelten Wachstumsprognose.

Zusammensetzung der Bevölkerung

Bevölkerung im Alter 0–14 Jahre, in %, 2019

Quelle: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Anteil der Altersgruppe der 0- bis 14-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.

Bevölkerung im Alter 10–24 Jahre, in %, 2019

Quelle: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Anteil der Altersgruppe der 10- bis 24-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.

Bevölkerung im Alter 15–64 Jahre, in %, 2019

Quelle: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Anteil der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.

Bevölkerung im Alter >64 Jahre, in %, 2019

Quelle: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen.

Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.

Regionale Eingruppierung

Die Durchschnittswerte von UNFPA, die am Ende der statistischen Tabellen angegeben sind, wurden anhand der Daten von Ländern und Hoheitsgebieten errechnet, die den folgenden Kategorien zugeordnet 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, Fidschi, Indien, Indonesien, Iran (Islamische Republik), Kambodscha, Kiribati, Korea (Demokratische Volksrepublik), Laos (Demokratische Volksrepublik), Malaysia, Malediven, Marshallinseln, Mikronesien (Föderierte Staaten von), Mongolei, Myanmar, Nauru, Nepal, Niue, Pakistan, Palau, Papua-Neuguinea, Philippinen, Samoa, Salomon-Inseln, Sri Lanka, Thailand, Timor-Leste (Demokratische Republik), Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vietnam.

Osteuropa und Zentralasien

Albanien, Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Bosnien und Herzegowina, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Moldawien, Nordmazedonien (Republik), Serbien, Tadschikistan, Türkei, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan.

Ost- und Südliches Afrika

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

Lateinamerika und Karibik

Anguilla, Antigua und Barbuda, Argentinien, Aruba, Bahamas, Barbados, Belize, Bermuda, Bolivien (Plurinationaler Staat), 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, St. Kitts und Nevis, St. Lucia, St. Vincent und die Grenadinen, Sint Maarten, Surinam, Trinidad und Tobago, Turks- und Caicosinseln, Uruguay, Venezuela (Bolivarische Republik).

West- und Zentralafrika

Äquatorialguinea, Benin, Burkina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Gabun, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kamerun (Republik), Kongo (Republik), Liberia, Mali, Mauretanien, Niger, Nigeria, São Tomé und Príncipe, Senegal, Sierra Leone, Tschad, Togo, Zentralafrikanische Republik.

Stärker entwickelte Regionen (Industriestaaten) sind gemäß Definition der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen Europa, Nordamerika, Australien/Neuseeland und Japan.

Weniger entwickelte Regionen (Länder des globalen Südens) sind gemäß Definition der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen Afrika, Asien (außer Japan), Südamerika und die Karibik mit Melanesien, Mikronesien und Polynesien.

Am wenigsten entwickelte Länder

Zur Gruppe der ärmsten Entwicklungsländer zählen gemäß Definition der Generalversammlung der Vereinten Nationen in ihren Resolutionen (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 und 68/18), Stand März 2018, 47 Staaten: 33 in Afrika, 9 in Asien, 4 in Ozeanien und eines in der Region Südamerika und Karibik: Afghanistan, Angola, Äthiopien, Bangladesch, Benin, Bhutan, Burkina Faso, Burundi, Demokratische Republik Kongo, Dschibuti, Eritrea, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haiti, Jemen, Kambodscha, Kiribati, Komoren, Laos (Demokratische Volksrepublik), Lesotho, Liberia, Madagaskar, Malawi, Mali, Mauretanien, Mosambik, Myanmar, Nepal, Niger, Ruanda, Sambia, São Tomé und Príncipe, Senegal, Sierra Leone, Salomon-Inseln, Somalia, Südsudan, Sudan, Timor-Leste, Togo, Tschad, Tuvalu, Vereinigte Republik Tansania, Uganda, Vanuatu und Zentralafrikanische Republik. Diese Länder zählen auch zur Gruppe der geringer entwickelten Regionen.


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, Mareike Döring und Dr. Martina Adam (DSW, V.i.S.d.P.)
Gestaltung/Satz:	grafik.design, Simone Schmidt (Hannover)
Herausgeber des Berichts:	© UNFPA, Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen — 10. April 2019
	Dieser Bericht entstand unter Federführung der Abteilung für Kommunikation und strategische Partnerschaften bei UNFPA
Chefredaktion:	Arthur Erken, Leiter der Abteilung für Kommunikation und strategische Partnerschaften
Redaktionsteam:	Redaktionsleitung: Richard Kollodge Redaktionsassistentin: Katie Madonia Redaktion der digitalen Ausgabe: Katie Madonia Beratung für die digitale Ausgabe: Hanno Ranck, Katheline Ruiz Produktion und Webdesign: Prographics, Inc.
Technische Beratung UNFPA:	Elizabeth Benomar, Daniel Schensul
Text und Recherche:	Beratung: Stan Bernstein Leitung: Kathleen Mogelgaard Team (Kapitel): Jeffrey Edmeades, Gretchen Luchsinger, William A. Ryan, Ann M. Starrs Team (Sonderbeiträge): Janet Jensen, Gretchen Luchsinger
Danksagung:	UNFPA bedankt sich bei den folgenden Frauen, die für diesen Bericht Einblicke in ihr Leben gegeben haben: Tefta Shakaj (Albanien), Mediha Besic (Bosnien und Herzegowina), Tsitsina Xavante (Brasilien), Say Yang (Kambodscha), Dahab Elsayed und Um Ahmed (Ägypten), Alma Odette Chacón (Guatemala), Marta Paula Sanca (Guinea-Bissau), Fanie Derismé (Haiti), Rajeshwari Mahalingam (Indien), Shara Ranasingh (Sri Lanka), Rasamee (Thailand), Josephine Kasya (Uganda). Das Redaktionsteam bedankt sich bei William McGreevey für die Recherche über institutionelle Hindernisse und Finanzierungsprobleme im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie bei Christopher Hook für weitere Recherchehilfe. Die Abteilung für Bevölkerung und Entwicklung bei UNFPA aggregierte regionale Daten für den Abschnitt zu Indikatoren in diesem Bericht. Quelldaten für die Indikatoren in diesem Bericht wurden von der Abteilung Bevölkerungsfragen der Hauptabteilung Wirtschaftliche und Soziale Angelegenheiten der Vereinten Nationen, der Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft und Kultur und der Weltgesundheitsorganisation zur Verfügung gestellt. Auch Rachel Snow, Sara Reis und Marielle Sander-Lindstrom von UNFPA haben zur Gestaltung des diesjährigen Berichts beigetragen. Die Entwürfe wurden von Erin Anastasi, Emilie Filmer-Wilson, Anneli Knutsson und Leyla Sharafi redigiert und kommentiert.
Karten und Bezeichnungen:	Die Bezeichnungen und die Darstellung des Materials geben nicht die Meinung von UNFPA bezüglich des rechtlichen Status von Ländern, Hoheitsgebieten, Städten, Regionen, ihrer Behörden oder ihrer Grenzverläufe wider. Die Demarkationslinie zwischen Jammu und Kaschmir, auf die sich Indien und Pakistan geeinigt haben, wird näherungsweise durch eine gepunktete Linie dargestellt. Die Parteien haben sich bislang nicht über den endgültigen Status von Jammu und Kaschmir geeinigt.
Fotos:	Titelbild: © Steve McCurry/Magnum Photos Zeitleiste: © Alamy Stock Photos, Getty Images, Jangbu Sherpa, Warren K. Leffler, NASA, UN/UNFPA



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

Rechte und Entscheidungsfreiheit für alle seit 1969