

Wenn Mädchen Mütter werden

Herausforderung
Teenagerschwangerschaft

Wenn Mädchen Mütter werden

Herausforderung
Teenagerschwangerschaft



weltbevölkerungsbericht 2013

Kurzfassung

UNFPA

Delivering a world where
every pregnancy is wanted
every childbirth is safe and
every young person's
potential is fulfilled

Inhalt

Vorwort	Seite iv
Überblick	Seite vi
1 Eine globale Herausforderung	Seite 1
2 Gesundheit, Schulbildung und Produktivität von Mädchen	Seite 7
3 Druck von vielen Seiten	Seite 13
4 Maßnahmen ergreifen	Seite 23
5 Der Weg voran	Seite 33
Indikatoren	Seite 41
Impressum	Seite 54

Vorwort

Wenn ein Mädchen schwanger wird, verändert das seine Situation und seine Zukunftsaussichten radikal – und zwar selten zum Besseren. Es kann sein, dass es die Schulausbildung abbrechen muss, seine Berufsaussichten verschlechtern und Armut, Ausgrenzung und Abhängigkeit folgen.

Viele Länder haben sich zum Ziel gesetzt, die Zahl von Teenagerschwangerschaften zu reduzieren, jedoch oftmals durch Maßnahmen, die darauf angelegt sind, das Verhalten von Mädchen zu ändern. Dahinter verbirgt sich die Auffassung, dass die Mädchen selbst dafür verantwortlich sind, Schwangerschaften zu verhindern – und dass es ihre eigene Schuld ist, wenn sie doch schwanger werden. Solche Ansätze und Denkmuster sind verfehlt, weil sie weder die Umstände noch die gesellschaftlichen Zwänge berücksichtigen, denen heranwachsende Mädchen ausgesetzt sind. Wenn ein junges Mädchen beispielsweise zu einer Ehe gezwungen wird, kann es nur selten darüber mitbestimmen, wann oder wie oft es schwanger wird. Interventionen, die auf die Vermeidung von Schwangerschaften abzielen – ob durch Aufklärungskampagnen oder durch Programme zur Verteilung von Kondomen – sind irrelevant für Mädchen, die keine unabhängigen Entscheidungen treffen können.

Wir brauchen einen neuen Denkansatz im Umgang mit Teenagerschwangerschaften. Statt die Mädchen als das Problem und die Veränderung ihres Verhaltens als die Lösung zu betrachten, sollten Regierungen, Gemeinden, Familien und Schulen ihren Blick auf Armut, mangelnde Gleichberechtigung, Diskriminierung, den fehlenden Zugang zu Gesundheitsdiensten und auf negative Denkweisen über Mädchen und Frauen richten. Der richtige Weg, die Zahl von Teenagerschwangerschaften zu vermindern, ist das Streben

nach mehr sozialer Gerechtigkeit, einer gleichberechtigten Entwicklung und der Stärkung von Mädchen.

Üblicherweise richten sich Programme zur Vermeidung von Teenagerschwangerschaften an Mädchen von 15 bis 19 Jahren. Tatsächlich aber sind Mädchen im Alter von 14 Jahren oder jünger am verwundbarsten und dem größten Risiko ausgesetzt, infolge von Komplikationen während der Schwangerschaft oder bei der Geburt zu sterben. Diese Gruppe der sehr jungen Heranwachsenden wird von staatlichen Gesundheits-, Bildungs- und Entwicklungseinrichtungen häufig übersehen oder bleibt ihrem Zugriff entzogen. Das liegt oft daran, dass diese Mädchen in Zwangsehen leben und ihnen der Schulbesuch oder der Zugang zu Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit verweigert wird. Ihr Bedarf an solchen Angeboten ist immens. Deshalb müssen Regierungen, die Zivilgesellschaft, Kommunen und die internationale Gemeinschaft weitaus mehr tun, um die Mädchen zu schützen. Der Erfolg bezüglich der Vermeidung von Teenagerschwangerschaften ist daran zu bemessen, ob auf die Bedürfnisse dieser vernachlässigten Gruppe eingegangen wird.

Das Thema Teenagerschwangerschaften ist eng verknüpft mit den Menschenrechten. Jedem schwangeren Mädchen, das gezwungen wird oder sich gezwungen sieht, die Schule zu verlassen, wird sein Recht auf Bildung verweigert. Und jedem



▲ Dr. Osotimehin mit Jugendberatern in Südafrika
© UNFPA/Rayana Rassool

Mädchen, dem der Zugang zu Verhütung oder zu Aufklärung verwehrt wird, wird das Recht auf Gesundheit vorenthalten. Für Mädchen hingegen, die ihr Recht auf Bildung wahrnehmen und in der Schule bleiben können, ist die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft geringer als für Altersgenossinnen, die vorzeitig von der Schule abgehen.

Aus einer Menschenrechtsperspektive betrachtet ist ein Mädchen, das schwanger wird, ein Mensch, dessen Rechte untergraben werden – ganz unabhängig von den Umständen oder Gründen.

Investitionen in Mädchen sind unerlässlich, um diese Rechte zu schützen. Solche Investitionen helfen Mädchen nicht nur, ihr volles Potenzial zu realisieren, sie liegen auch in der Verantwortung von Regierungen. Die Regierungen sind dazu verpflichtet, Menschenrechtsverträge wie das Übereinkommen über die Rechte des Kindes einzuhalten und internationale Abkommen umzusetzen, zu denen auch das 1994 auf der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo beschlossene Aktionsprogramm zählt. An diesem Aktionsprogramm richtet UNFPA seine Arbeit bis heute aus.

Die internationale Gemeinschaft arbeitet an einer neuen Nachhaltigkeitsagenda als Fortführung der Millenniumserklärung und der damit verbundenen Millennium-Entwicklungsziele für die Zeit nach 2015. Länder, die die Zahl der Teenagerschwangerschaften vermindern wollen, sollten auch darauf hinarbeiten, dass die Bedürfnisse, Herausforderungen, Hoffnungen, Verwundbarkeiten und Rechte von Heranwachsenden und insbesondere von Mädchen in dieser neuen Entwicklungsagenda umfassend berücksichtigt werden.

Weltweit gibt es 580 Millionen Mädchen im Teenageralter. Vier von fünf dieser Mädchen leben in Entwicklungsländern. Wenn wir heute in sie investieren, setzen wir damit ihr volles Potenzial frei und ermöglichen es diesen Mädchen, die Zukunft der Menschheit mitzugestalten.

Dr. Babatunde Osotimehin
Untergeneralsekretär der Vereinten Nationen und
UNFPA-Exekutivdirektor

Überblick

Jeden Tag bekommen in Entwicklungsländern 20.000 Mädchen unter 18 Jahren ein Kind. Dass schon Mädchen Mütter werden, kommt auch in den Industrieländern vor, ist dort aber weitaus seltener der Fall. Überall auf der Welt werden arme, wenig gebildete und auf dem Land lebende Mädchen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit schwanger als wohlhabendere, in einer Stadt lebende und besser gebildete Altersgenossinnen. Das gilt auch für Mädchen, die einer ethnischen Minderheit oder marginalisierten Gruppe angehören, und für Mädchen, denen es im Leben an Wahlmöglichkeiten und Chancen mangelt. Wenn Mädchen nur begrenzten oder gar keinen Zugang zu Angeboten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit haben, werden sie ebenfalls mit höherer Wahrscheinlichkeit schwanger.

Der überwältigende Anteil der weltweiten Geburten im Teenageralter – 95 Prozent – entfällt auf Entwicklungsländer, und 90 Prozent solcher Geburten finden innerhalb von Ehen oder festen Beziehungen statt. Rund 19 Prozent der jungen Frauen in Entwicklungsländern geben an, dass

sie vor Vollendung ihres 18. Lebensjahres schwanger geworden sind. Insgesamt gibt es in Entwicklungsländern jährlich 7,3 Millionen Geburten bei Mädchen im Teenageralter, wovon rund zwei Millionen auf Mädchen unter 15 Jahren entfallen.

Herausforderung Teenagerschwangerschaft



- Jeden Tag bekommen 20.000 Mädchen in Entwicklungsländern ein Kind.
- Mädchen werden Bildungschancen und andere Möglichkeiten verwehrt.
- 70.000 Heranwachsende sterben jedes Jahr infolge von Komplikationen während der Schwangerschaft oder Geburt.
- Jährlich gibt es 3,2 Millionen unsichere Abtreibungen unter Heranwachsenden.
- Armut und Ausgrenzung verstärken sich.
- Grundlegende Menschenrechte werden verwehrt.
- Das Potenzial von Mädchen wird nicht genutzt.

Die Folgen für Gesundheit, Bildung und Produktivität

Eine Schwangerschaft kann sich direkt auf die Gesundheit, die Bildung und die späteren Einkommenschancen von Mädchen auswirken. Oftmals verändert dies ihr gesamtes Leben – inwieweit, hängt zum Teil vom Alter der Mädchen ab. In Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen sind Mädchen unter 15 Jahren einem doppelt so hohen Risiko ausgesetzt, während der Schwangerschaft oder bei der Geburt zu sterben, wie ältere Frauen. Zudem sind sie in weitaus höherem Maße von Geburtsfisteln betroffen.

Pro Jahr sterben in Entwicklungsländern rund 70.000 Mädchen im Alter von 15 bis 19 Jahren an Komplikationen infolge von Schwangerschaft oder Geburt. Schwangerschaft und Geburt zählen zu den Haupttodesursachen bei Mädchen dieser Altersgruppe in Entwicklungsländern. Schwangere Mädchen stammen überdurchschnittlich häufig aus armen Haushalten und leiden mit höherer Wahrscheinlichkeit unter Mangelernährung. Wenn Mädchen nach Einsetzen der Pubertät allzu schnell schwanger werden, drohen zahlreiche Gesundheitsprobleme.

Je länger Mädchen zur Schule gehen, umso geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie schwanger werden. Bildung eröffnet ihnen einen Zugang zum Arbeitsmarkt und zu

Möglichkeiten, für ihren eigenen Lebensunterhalt aufzukommen. Bildung stärkt ihr Selbstwertgefühl, ihren Status in ihren Haushalten und Gemeinden und verleiht ihnen mehr Mitspracherecht bei Entscheidungen, die ihr Leben betreffen. Bildung vermindert auch die Wahrscheinlichkeit von Kinderehen und schiebt den Zeitpunkt der ersten Geburt hinaus, was die mit Schwangerschaft und Geburt verbundenen Gesundheitsrisiken reduziert. Ein Schulabbruch – ob wegen einer Schwangerschaft oder aus anderen Gründen – kann die wirtschaftlichen Aussichten von Mädchen massiv beeinträchtigen und ihnen Zukunftschancen verbauen.

Vielschichtige Faktoren

Unzählige und vielschichtige Faktoren wirken sich auf die Fähigkeit von Mädchen aus, ihre Rechte wahrzunehmen und ihre eigene Zukunft zu gestalten. Die meisten dieser Faktoren wirken auf mehr als nur einer Ebene. So können zum Beispiel Gesetze den Zugang von Heranwachsenden zu sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdiensten einschließlich Verhütung begrenzen. Gleichzeitig kann die Gemeinschaft oder die Familie den Zugang von Mädchen zu einer umfassenden Sexualaufklärung oder anderen Informationen über die Vermeidung von Schwangerschaften unterbinden.

Zugrunde liegende Probleme

- Kinderehe
- Mangelnde Gleichberechtigung
- Barrieren hinsichtlich der Menschenrechte
- Armut
- Sexualisierte Gewalt und Nötigung
- Politiken, die den Zugang zu Verhütung und altersgerechter Sexualaufklärung behindern
- Mangelnder Zugang zu Bildung und reproduktiven Gesundheitsangeboten
- Zu geringe Investitionen in das Humankapital von heranwachsenden Mädchen

Schwangerschaft unter 18 Jahren



19%

Zirka 19 Prozent junger Frauen in Entwicklungsländern werden schwanger, bevor sie 18 sind.

Teenagerschwangerschaften ereignen sich nicht in einem leeren Raum. Sie sind vielmehr Folge einer Reihe miteinander verknüpfter Faktoren. Dazu zählen vor allem Armut, die gesellschaftliche Akzeptanz von Kinderehen und unzureichende Bemühungen, Mädchen in der Schule zu halten.

Kaum ein Mädchen unter 18 Jahren oder gar 15 Jahren entscheidet sich bewusst für eine Schwangerschaft. Im Gegenteil: Teenagerschwangerschaften sind in aller Regel eine Folge von fehlenden Wahlmöglichkeiten und von Umständen, die außerhalb der Kontrolle der Mädchen liegen. Frühe Schwangerschaften sind Ausdruck von Machtlosigkeit, Armut und äußeren Zwängen – ausgeübt von Partnern, Gleichaltrigen und Gemeinden. Und in allzu vielen Fällen resultieren sie aus sexualisierter Gewalt.

Schwangerschaften unter Heranwachsenden sind sowohl ein Grund für als auch eine Konsequenz aus missachteten Menschenrechten. Schwangerschaften hindern Mädchen daran, ihre Rechte auf Bildung, Gesundheit und Selbstbestimmung wahrzunehmen, wie sie in internationalen Abkommen wie der Kinderrechtskonvention festgelegt sind. Umgekehrt sind Mädchen, die nicht in der Lage sind, Grundrechte wie das Recht auf Bildung wahrzunehmen, einer höheren Gefahr ausgesetzt, schwanger zu werden. Und täglich endet für nahezu 200 Mädchen weltweit eine frühe Schwangerschaft mit dem Tod.

Ein auf den Menschenrechten basierender Ansatz im Umgang mit Teenagerschwangerschaften verlangt die Zusammenarbeit mit Regierungen, um die Hindernisse aus dem Weg zu räumen, die Mädchen bei der Wahrnehmung ihrer Rechte entgegenstehen. Er muss die zugrunde liegenden Ursachen in Angriff nehmen. Dazu zählen Kinderehen, sexualisierte Gewalt, unzureichender Zugang zu Bildung sowie zu sexueller und reproduktiver Gesundheit einschließlich Verhütung. Allerdings können Regierungen dies nicht allein leisten. Alle Beteiligten und Verantwortlichen – zum Beispiel Lehrer, Eltern und Gemeindeführer – spielen hier eine wichtige Rolle.

Die zugrunde liegenden Ursachen angehen

Um Teenagerschwangerschaften zu verhindern, bedarf es mehrdimensionaler Strategien, die auf die Stärkung von Mädchen abzielen und auf bestimmte Gruppen von Mädchen zugeschnitten sind, insbesondere auf diejenigen, die marginalisiert und am meisten gefährdet sind.

Heranwachsende auf einen gesunden, sicheren und selbstbestätigenden Lebensweg zu bringen, erfordert umfassende, strategische und zielgerichtete Investitionen, die die diversen Ursachen ihrer Gefährdung berücksichtigen. Diese variieren je nach Alter der Zielgruppen, ihren Fähigkeiten, Einkommen, Wohnorten und vielen anderen

Acht Wege zum Ziel

1 Mädchen zwischen zehn und 14 Jahren

Vorbeugende Maßnahmen für junge Heranwachsende treffen

2 Kinderehen

Heirat unter 18 Jahren unterbinden sowie sexualisierter Gewalt und Nötigung vorbeugen

3 Mehrdimensionale Ansätze

Das Potenzial von Mädchen ausbauen;
Mädchen ein gesundes und sicheres Leben ermöglichen

4 Menschenrechte

Das Recht auf Gesundheit, Bildung, Sicherheit und Freiheit für alle ermöglichen

5 Bildung

Mädchen einen dauerhaften Schulbesuch ermöglichen

6 Männer und Jungen

Sie darin unterstützen, Teil der Lösung zu werden

7 Sexuaufklärung und Gesundheitsdienste

Den Zugang zu altersgerechten Informationen erweitern und jugendgerechte Gesundheitsdienste anbieten

8 Gerechte Entwicklung

Neue Entwicklungsziele auf Prinzipien der Menschenrechte, Gleichberechtigung und Nachhaltigkeit aufbauen

Faktoren. Darüber hinaus ist es wichtig, die Mädchen zu identifizieren, die dem höchsten Risiko einer frühen Schwangerschaft und den größten Gefahren für ihre reproduktive Gesundheit ausgesetzt sind. Solche multisektoralen Programme sind notwendig, um Mädchen quer über alle Lebensbereiche hinweg zu fördern, aber auch, um Mädchen durch soziale Netzwerke zu stärken und ihre Stellung zu Hause, in der Gemeinschaft und in Beziehungen zu verbessern. Auch weniger komplexe, dafür aber strategisch angelegte Interventionen können viel bewegen. Dazu gehören etwa Barauszahlungen an Mädchen, die an bestimmte Bedingungen geknüpft werden, so genannte Conditional Cash Transfers, damit diese nicht gezwungen sind, die Schule abzubrechen.

Der Weg nach vorn

Viele Länder haben Maßnahmen zur Vermeidung von Teenagerschwangerschaften ergriffen – und in manchen Fällen auch zur Unterstützung von Mädchen, die schwanger sind. Allerdings ignorieren viele dieser Maßnahmen die zugrunde liegenden Ursachen für frühe Schwangerschaften. Die bisher eng fokussierten Interventionen müssen neu ausgerichtet werden. Nötig sind breiter basierte Ansätze, die das Humankapital von Mädchen fördern, ihre

Kompetenz stärken, eigene Entscheidungen zu treffen, und ihnen echte Alternativen eröffnen, so dass sie die Mutterschaft nicht mehr als ihre einzige Option sehen. Dieses neue Paradigma muss nicht nur auf die Umstände, Bedingungen, Normen, Werte und strukturellen Kräfte abzielen, die dafür verantwortlich sind, dass es immer noch so viele Teenagerschwangerschaften gibt, sondern auch auf diejenigen, die schwangere Mädchen marginalisieren. Mädchen brauchen nicht nur Zugang zu Informationen und Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, sie müssen auch von den wirtschaftlichen und sozialen Zwängen befreit werden, die allzu häufig in frühen Schwangerschaften resultieren.

Es müssen zusätzlich Anstrengungen unternommen werden, um Mädchen unter 15 Jahren zu erreichen, deren Bedürfnisse und Verwundbarkeit besonders groß sind. Bei Programmen, die auf ältere Mädchen abzielen, besteht die Gefahr, dass sie für sehr junge Heranwachsende nicht geeignet sind.

Schwangere Mädchen brauchen Unterstützung, keine Stigmatisierung. Regierungen, internationale Organisationen, die Zivilgesellschaft, Familien, religiöse Führer und Erwachsene generell spielen eine wichtige Rolle dabei, diesen Wandel zu bewirken.

Der Nutzen

GESUNDHEIT



Die Gesundheit von Müttern und Kindern wird verbessert.

BILDUNG



Mehr Mädchen schließen die Schule ab.

GLEICHBERECHTIGUNG



Mädchen haben gleiche Rechte und Chancen.

WIRTSCHAFT



Die wirtschaftliche Produktivität und Arbeitsfähigkeit steigen.

POTENZIAL



Das Potenzial von Mädchen wird voll genutzt.



1

Eine globale Herausforderung

Jedes Jahr bekommen 7,3 Millionen Mädchen unter 18 Jahren in Entwicklungsländern ein Kind. Die Zahl der Schwangerschaften ist sogar noch höher.

© Mark Tuschman/AMMD

Teenagerschwangerschaften kommen mit unterschiedlicher Häufigkeit in den verschiedensten Regionen und Ländern, Altersgruppen und Einkommensklassen vor. Eine Gemeinsamkeit ist jedoch, dass Mädchen, die arm sind, in ländlichen oder abgelegenen Gegenden leben, Analphabeten sind oder eine geringe Bildung haben, öfter schwanger werden als ihre reicheren, besser gebildeten Gleichaltrigen in der Stadt. Auch Mädchen aus ethnischen Minderheiten oder Randgruppen, denen es im Leben an Chancen und Möglichkeiten fehlt, die keinen oder nur eingeschränkten Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit – einschließlich Aufklärung und Verhütung – haben, werden mit größerer Wahrscheinlichkeit schwanger.

Weltweit besteht ein höheres Schwangerschaftsrisiko bei Heranwachsenden, die unter Bedingungen wie sozialer Ausgrenzung, Armut, Marginalisierung und mangelnder Gleichstellung der Geschlechter leben. Ihnen bleiben oft grundlegende Menschenrechte verwehrt, und ihr Zugang zu medizinischer Versorgung, Schulbildung, Informationen, Dienstleistungen und wirtschaftlichen Chancen ist eingeschränkt.

Weltweit entfallen die meisten Geburten im Teenageralter – 95 Prozent – auf Entwicklungsländer, und 90 Prozent dieser Geburten finden innerhalb von Ehen oder festen Beziehungen statt.

Geburten bei Mädchen unter 18 Jahren

Rund 19 Prozent der jungen Frauen in Entwicklungsländern geben an, dass sie vor Vollendung ihres 18. Lebensjahres schwanger geworden sind. Im Jahr 2010 gaben 36,4 Millionen Frauen zwischen 20 und 24 Jahren aus Entwicklungsländern an, im Alter von unter 18 Jahren ein Kind zur Welt gebracht zu haben. Davon leben 17,4 Millionen in Südasien. West- und Zentralafrika weisen den höchsten Prozentsatz (28 Prozent) von Frauen im Alter zwischen 20 und 24 Jahren auf, die nach eigener Aussage vor ihrem 18. Geburtstag entbunden haben.

Daten aus 54 Ländern, die zwischen 1990/2008 und 1997/2011 erhoben wurden, zeigen einen leichten

Rückgang von 23 auf 20 Prozent aller befragten Frauen zwischen 20 und 24 Jahren, die nach eigenen Angaben vor ihrem 18. Geburtstag ein Kind bekommen haben. Unter den 15 Ländern, die eine »hohe« Verbreitung von Teenagerschwangerschaften aufweisen (30 Prozent oder mehr), konnte jedoch nur die Hälfte eine rückläufige Tendenz verzeichnen. Die sechs Länder, in denen eine Zunahme registriert wurde, befinden sich ausschließlich in Afrika südlich der Sahara.

Gemäß UN-Kinderrechtskonvention wird jede Person unter 18 Jahren als Kind betrachtet. Schwangeren Mädchen unter 18 Jahren bleiben häufig ihre Rechte auf Ausbildung, Gesundheit und einen angemessenen Lebensstandard verwehrt. Millionen junger Frauen unter 18 Jahren werden während der Ehe oder einer Partnerschaft schwanger. Der Menschenrechtsausschuss und andere Menschenrechtsgremien empfehlen daher gesetzliche Reformen zur Beseitigung der Kinderehe.

Geburten bei Mädchen unter 15 Jahren

Von den 7,3 Millionen Mädchen unter 18 Jahren, die jedes Jahr in Entwicklungsländern ein Kind bekommen, sind zwei Millionen jünger als 15 Jahre. Drei Prozent der jungen Frauen in Entwicklungsländern geben an, vor ihrem 15. Geburtstag ein Kind zur Welt gebracht zu haben. West- und Zentralafrika weisen die höchsten Geburtenanteile bei unter 15-jährigen Mädchen auf (sechs Prozent), während die niedrigsten Prozentsätze in Osteuropa und Zentralasien zu verzeichnen sind (0,2 Prozent).

Daten aus 54 Ländern, die zwischen 1990/2008 und 1997/2011 erhoben wurden, zeigen einen Rückgang des Anteils der Frauen, die nach eigenen Angaben vor ihrem 15. Geburtstag ein Kind bekommen haben, von vier auf drei Prozent. Diese Abnahme ist hauptsächlich auf eine Verringerung der sehr früh arrangierten Ehen zurückzuführen. In Bangladesch, Guinea, Mali, Mosambik, Niger und Tschad, wo Kinderehen üblich sind, bekommt noch heute eins von zehn Mädchen ein Kind, bevor es 15 Jahre alt wird.

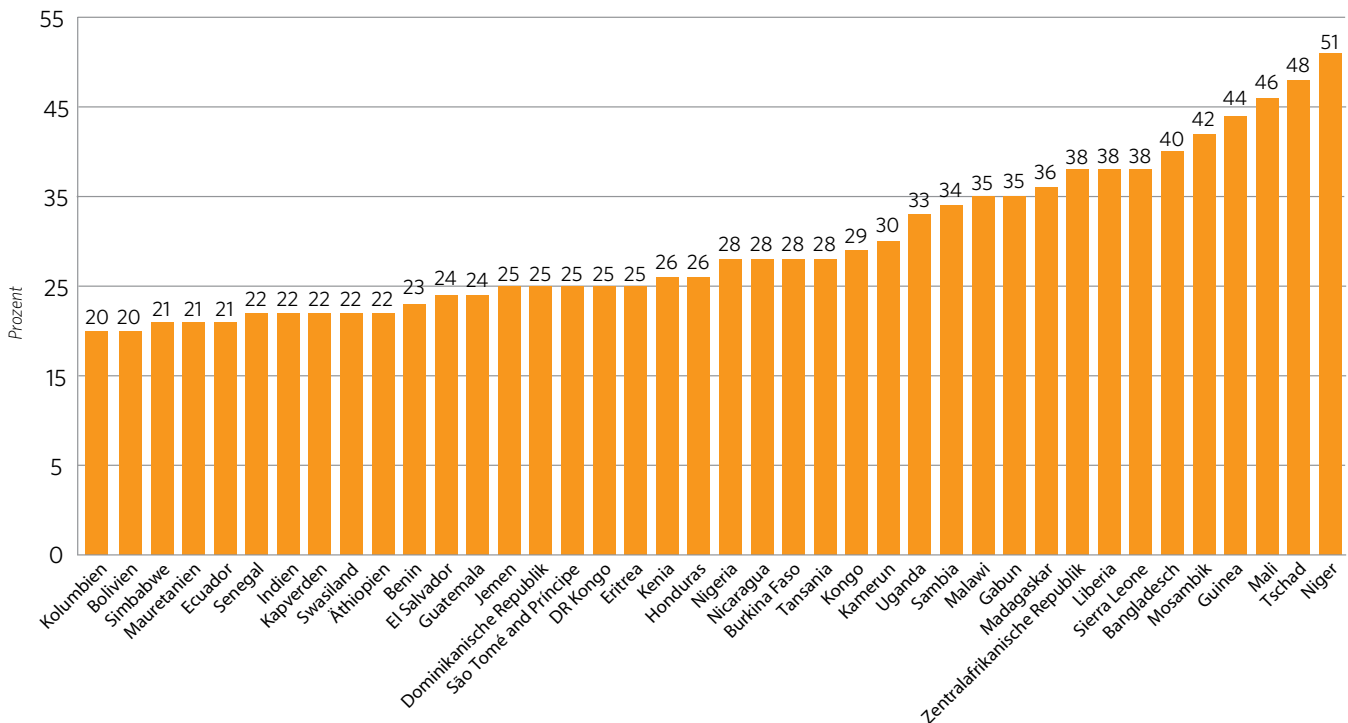
Lateinamerika und die Karibik ist eine Region, in der die Zahl der Geburten bei unter 15-Jährigen zunimmt. Dieser Anstieg wird Prognosen zufolge bis 2030 anhalten. Die Zahl der Geburten bei Mädchen unter 15 Jahren wird sich in Afrika südlich der Sahara in den nächsten 17 Jahren voraussichtlich verdoppeln.

Belastbare Daten über sehr junge Heranwachsende im Alter von zehn bis 14 Jahren sind in vielen Ländern spärlich, unvollständig oder fehlen ganz. Das bedeutet, dass die Mädchen und die Probleme, mit denen sie konfrontiert sind, für politische Entscheidungsträger unsichtbar bleiben. Der Hauptgrund für den Mangel an zuverlässigen und umfassenden Daten ist, dass 15-Jährige normalerweise die Jüngsten sind, die in den nationalen DHS (Demographic and Health Surveys) – der wichtigsten Informationsquelle

für Teenagerschwangerschaften – berücksichtigt werden. Datenerhebungen in dieser Gruppe sind mit ethischen Problemen verbunden, besonders im Zusammenhang mit den Themen Sexualität und Schwangerschaft. Deshalb stammen die meisten Daten hinsichtlich der unter 15-Jährigen von Frauen im Alter von 20 bis 24 Jahren, die rückblickende Angaben machen.

Manche Wissenschaftler fragen sich, ob sehr junge Heranwachsende überhaupt in der Lage sind, Fragen zu beantworten, die eine durchdachte Einschätzung der vor ihnen liegenden Hindernisse oder der möglichen Folgen künftiger Handlungen erfordern. Andere sind überzeugt, dass die voreheliche Sexualität mit einem zu schweren Stigma behaftet ist, als dass man von Mädchen zutreffende Informationen erhalten könne.

Länder, in denen mindestens 20 Prozent der Frauen zwischen 20 und 24 Jahren angaben, vor ihrem 18. Geburtstag entbunden zu haben



Quelle: www.devinfo.org/mdg5b

Unterschiedliche Geburtenraten innerhalb von Ländern

Die Geburtenraten bei Heranwachsenden sind innerhalb eines Landes oft unterschiedlich, da sie von vielen Variablen wie Armut und der örtlichen Verbreitung von Kinderehen abhängen. Niger hat zum Beispiel nach Tschad die weltweit zweithöchste Geburtenrate bei Teenagern und die höchste Rate bei Kinderehen. In der Region Zinder ist die Wahrscheinlichkeit, vor dem 18. Geburtstag Mutter zu werden, mehr als dreimal so hoch wie in der Hauptstadt Niamey. Zinder ist eine arme, vorwiegend ländliche Gegend, in der Unterernährung weit verbreitet und der Zugang zum Gesundheitswesen eingeschränkt ist.

Daten aus 79 Entwicklungsländern, die zwischen 1998 und 2011 erhoben wurden, zeigen, dass die Geburtenrate bei Heranwachsenden in ländlichen Gegenden wie auch unter Jugendlichen ohne Schulbildung und in den ärmsten 20 Prozent der Haushalte höher ist.

Unterschiede innerhalb eines Landes ergeben sich nicht nur aus den verschiedenen Einkommensverhältnissen,

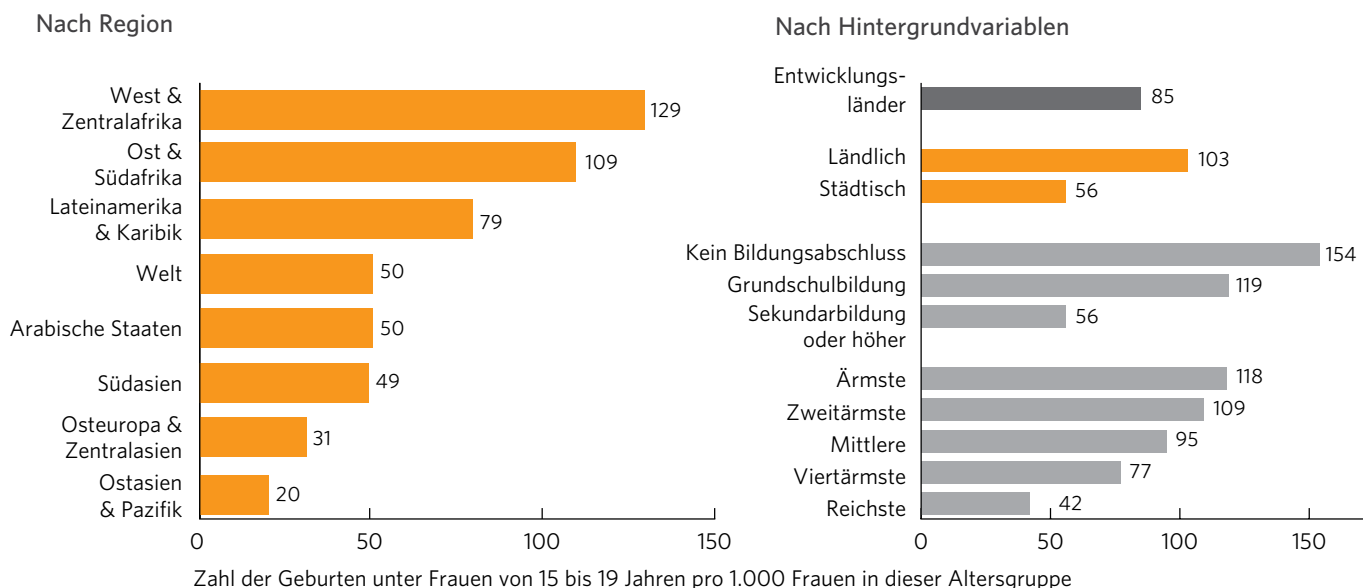
sondern auch aus dem ungleichen Zugang zur Schulbildung, zu sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdiensten einschließlich Verhütungsmitteln, aus der unterschiedlichen Verbreitung von Kinderehen, den ortsüblichen Sitten und gesellschaftlichen Zwängen sowie aus unzureichend durchgesetzten Gesetzen und Politiken.

Diese Unterschiede zu verstehen, kann politische Entscheidungsträger bei der Entwicklung von Maßnahmen unterstützen, die auf die verschiedenen Bedürfnisse der Gemeinschaften innerhalb eines Landes zugeschnitten sind.

Schwangerschaften und Geburten bei verheirateten Kindern

Ungeachtet des nahezu weltweiten Engagements zugunsten der Abschaffung von Kinderehen wird eines von drei Mädchen in Entwicklungsländern (ohne China) verheiratet, bevor es 18 Jahre alt wird. Viele dieser Mädchen sind gering gebildet und leben in ländlichen Gebieten. Im nächsten Jahrzehnt werden in Entwicklungsländern jährlich schätzungsweise 14 Millionen Kinderehen geschlossen.

Geburtenraten unter Heranwachsenden (Daten aus 79 Ländern)



Quelle: UNFPA. Adolescent Pregnancy. A review of the evidence. Population and Development Branch. Technical Division, 2013, i.E.

Die Geburtenraten unter Heranwachsenden sind dort am höchsten, wo die Kinderehe vorherrscht, und Kinderheirat ist im Allgemeinen dort am stärksten verbreitet, wo die größte Armut herrscht. Die Häufigkeit von Kinderheiraten ist von Land zu Land unterschiedlich und reicht von zwei Prozent in Algerien bis zu 75 Prozent in Niger, das weltweit das fünftniedrigste Bruttonationaleinkommen pro Kopf aufweist.

Obwohl die Zahl der Kinderheiraten bei Mädchen im Alter von unter 15 Jahren abnimmt, droht in diesem Jahrzehnt weltweit immer noch 50 Millionen Mädchen eine Verheiratung vor dem 15. Geburtstag. Gegenwärtig wird in Entwicklungsländern eines von neun Mädchen unter 15 Jahren zur Heirat gezwungen. In Bangladesch, Niger und Tschad wird mehr als eines von drei Mädchen verheiratet, bevor es 15 Jahre alt ist. In Äthiopien ist es eines von sechs.

Auch die Altersunterschiede in Ehen und festen Beziehungen beeinflussen die Quote von Teenagerschwangerschaften. Mit zunehmendem Altersunterschied steigt auch das Risiko einer Schwangerschaft vor Vollendung des 18. Lebensjahres. In Ländern, in denen eine frühe Heirat bei Frauen üblich ist, sind die Unterschiede zwischen dem durchschnittlichen Heiratsalter (Singulate Mean Age at Marriage – SMAM) des Mannes und der Frau im Allgemeinen groß. Die drei Länder mit den niedrigsten SMAMs der Frauen waren im Jahr 2008 Niger (17,6 Jahre), Mali (17,8 Jahre) und Tschad (18,3 Jahre). Im Durchschnitt wiesen dort alle SMAMs von Mann und Frau einen Altersabstand von mindestens sechs Jahren auf.

Teenagerschwangerschaften in entwickelten Ländern

Teenagerschwangerschaften gibt es sowohl in Entwicklungs- als auch in Industrieländern. Zahlenmäßig bestehen allerdings erhebliche Unterschiede, obwohl die auslösenden Faktoren vergleichbar sind. Von den weltweit 13,1 Millionen Geburten bei Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren entfallen 680.000 auf entwickelte Länder und hier besonders



▲ Die 16 Jahre alte Usha Yadab leitet eine Klasse für das »Choose Your Future-Programm«, in Nepal, das von UNFPA unterstützt wird. Im Rahmen des Programms werden Mädchen in Gesundheitsfragen unterrichtet und dabei unterstützt, Schlüsselqualifikationen zu entwickeln.

© William Ryan/UNFPA

Hohe Zahl Heranwachsender

Die Zahl Heranwachsender betrug weltweit im Jahr 2010 1,2 Milliarden – das ist die größte Kohorte im Alter zwischen zehn und 19 Jahren in der Menschheitsgeschichte. Heranwachsende machen ungefähr 18 Prozent der Weltbevölkerung aus. 88 Prozent aller Heranwachsenden leben in Entwicklungsländern. Ungefähr die Hälfte (49 Prozent) aller heranwachsenden Mädchen lebt in nur sechs Ländern: China, Indien, Indonesien, Nigeria, Pakistan und den Vereinigten Staaten.

Wenn der gegenwärtige Bevölkerungstrend anhält, wird im Jahr 2030 jedes vierte Mädchen in Afrika südlich der Sahara leben. Dort wird laut Prognosen die Zahl der Mütter unter 18 Jahren von 10,1 Millionen im Jahr 2010 auf 16,4 Millionen im Jahr 2030 steigen.

auf die USA. Dort wurden im Jahr 2011 329.772 Geburten unter 15- bis 19-Jährigen verzeichnet.

Unter den Mitgliedsstaaten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), die auch mehrere Länder mit mittlerem Einkommen umfasst, hat Mexiko die höchste Geburtenrate (64,2 pro 1.000 Geburten) unter Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren, während die Schweiz mit 4,3 die niedrigste Rate aufweist. Mit Ausnahme von Malta verzeichneten alle Mitglieder der OECD zwischen 1980 und 2008 einen Rückgang des Anteils von Teenagerschwangerschaften.



2

Gesundheit, Schulbildung und Produktivität von Mädchen

Die Schwanger- oder Mutterschaft eines Mädchens kann dessen Gesundheit, Schulbildung, Verdienstmöglichkeiten und seine gesamte Zukunft gefährden und lebenslange Armut, sozialen Ausschluss und Machtlosigkeit bedeuten.

◀ Eine 13-Jährige lässt sich in einem Zentrum für vesikovaginale Fisteln in Nigeria behandeln.

© UNFPA/Akintunde Akinleye

Die Auswirkungen einer Schwangerschaft für die junge Mutter übertragen sich oft auf das Kind, das sein Leben auf der Schattenseite beginnt und in einen generationenübergreifenden Kreislauf aus Ausgrenzung und Armut gerät.

Gesundheitliche Folgen

Rund 70.000 Mädchen in Entwicklungsländern sterben jährlich an Komplikationen infolge von Schwangerschaft oder Geburt. Schwangerschaft und Geburt zählen zu den Haupttodesursachen von älteren Heranwachsenden. Junge Frauen, die schwanger werden, stammen häufig aus einkommensschwachen Haushalten und sind oft mangelernährt. In Entwicklungsländern leidet fast jedes zweite Mädchen an ernährungsbedingter Anämie, die ein erhöhtes Risiko für Fehl-, Tot- oder Frühgeburten sowie Müttersterblichkeit bedeutet.

Müttersterblichkeit, Krankheit und Behinderung unter Heranwachsenden werden von mehreren Faktoren beeinflusst. Dazu gehören das Alter des Mädchens, seine fehlende körperliche Reife, Komplikationen nach einer unsicheren Abtreibung sowie der mangelnde Zugang zu grundlegender Geburtshilfe und Nothilfe durch ausgebildetes Personal. Weitere Faktoren sind Armut, Mangelernährung, mangelnde Bildung, Kinderehen und der geringe Status von Mädchen und Frauen. Gesundheitsprobleme sind wahrscheinlicher, wenn ein Mädchen bereits innerhalb von zwei Jahren nach der ersten Menstruation oder während des Wachstums von Becken und Geburtskanal schwanger wird.

Geburtsfisteln

Geburtsfisteln sind ein invalidisierendes Leiden, das zur Inkontinenz der Frau und in den meisten Fällen zu einer Totgeburt oder zum Tod des Kindes in der ersten Lebenswoche führt. In Entwicklungsländern sind schätzungsweise zwischen zwei und 3,5 Millionen Frauen und Mädchen betroffen. Oftmals werden unter Geburtsfisteln leidende Frauen und Mädchen aus der Familie oder Gemeinschaft ausgestoßen und so der Armut und Isolation ausgeliefert.

In den meisten Fällen können Geburtsfisteln operativ behoben werden, tatsächlich aber werden nur wenige betroffene Frauen operiert. Denn dieser medizinische Eingriff ist oft nicht verfügbar, nicht zugänglich oder für die meisten Patientinnen in Entwicklungsländern unerschwinglich – obwohl er nicht mehr als 400 US-Dollar kostet. Von den 50.000 bis 100.000 Fällen, die jedes Jahr neu hinzukommen, werden nur 14.000 operativ behandelt, so dass die Zahl der unter Geburtsfisteln leidenden Frauen ständig steigt.

Mädchen, die körperlich noch nicht voll entwickelt sind und zum ersten Mal ein Kind bekommen, sind einer besonderen Gefahr ausgesetzt, langwierige Wehen zu haben und als mögliche Folge Geburtsfisteln zu bekommen. Das ist vor allem dann der Fall, wenn ein Kaiserschnitt als Noteingriff nicht verfügbar ist. Auch wenn ein ausgebildeter Geburtshelfer und ein Kaiserschnitt einer jungen Mutter helfen können, die Entstehung von Geburtsfisteln zu vermeiden, ist der beste Schutz für Heranwachsende, die Schwangerschaft zu verschieben, bis sie älter sind und ihr Körper voll entwickelt ist.

Unsichere Abtreibungen

Fast die Hälfte aller Abtreibungen weltweit sind unsicher. Der Begriff „unsichere Abtreibung“ bezeichnet die Beendigung einer ungewollten Schwangerschaft durch ungeschulte Personen und/oder in einer Umgebung, die nicht die medizinischen Mindestanforderungen erfüllt. Fast alle unsicheren Abtreibungen (98 Prozent) werden in Entwicklungsländern durchgeführt, in denen dieser Eingriff meist illegal ist. Doch selbst dort, wo Abtreibungen legal sind, ist der Eingriff für Heranwachsende oft nur schwer zugänglich.

Es gibt kaum Daten über sichere und unsichere Abtreibungen von Mädchen zwischen zehn und 14 Jahren in Entwicklungsländern. In der Altersgruppe zwischen 15 und 19 Jahren geht man von zirka 3,2 Millionen unsicheren Abtreibungen pro Jahr aus. Allein auf Afrika südlich der Sahara entfallen 44 Prozent aller unsicheren Schwangerschaftsabbrüche in Entwicklungsländern (ohne

Ostasien) bei Frauen zwischen 15 und 19 Jahren. Auf Lateinamerika und die Karibik entfallen 23 Prozent. In Afrika südlich der Sahara sterben jedes Jahr schätzungsweise 36.000 Frauen und Mädchen infolge einer unsicheren Abtreibung, Millionen weitere tragen chronische Krankheiten oder lebenslange Behinderungen davon.

Im Vergleich zu erwachsenen Frauen führt eine unsichere Abtreibung bei Mädchen häufiger zu Komplikationen wie Blutungen, Sepsis, Verletzung innerer Organe, Wundstarrkrampf, Unfruchtbarkeit und sogar zum Tod.

Sexuell übertragbare Krankheiten

Weltweit treten jedes Jahr 340 Millionen neue Fälle sexuell übertragbarer Infektionen auf. Junge Menschen zwischen 15 und 24 Jahren sind von diesen Infektionen am häufigsten betroffen. Sexuell übertragbare Infektionen sind zwar keine Folge von Teenagerschwangerschaften, doch hängen sie mit demselben Sexualverhalten zusammen, das auch für frühe Schwangerschaften verantwortlich ist – mit dem Verzicht auf oder die unsachgemäße Anwendung von Kondomen. Unbehandelt können sexuell übertragbare Infektionen Unfruchtbarkeit, Unterleibsentzündungen, Bauchhöhlenschwangerschaften, Krebs und starke urogenitale Schmerzen bei Frauen und Mädchen hervorrufen. Als mögliche Konsequenzen können auch Untergewicht bei Neugeborenen, Frühgeburt und lebenslange körperliche und neurologische Beeinträchtigungen der Kinder auftreten.

In sieben von 35 Ländern gab mindestens eine von fünf sexuell aktiven Frauen im Alter von 15 bis 19 Jahren an, in den vergangenen zwölf Monaten an einer sexuell übertragbaren Infektion oder an den Symptomen einer solchen Infektion gelitten zu haben. Der Anteil der sexuell aktiven Frauen zwischen 15 und 19 Jahren, die nach eigenen Angaben in den letzten zwölf Monaten an einer sexuell übertragbaren Infektion oder deren Symptomen litten, ist generell höher als bei der entsprechenden männlichen sexuell aktiven Altersgruppe.

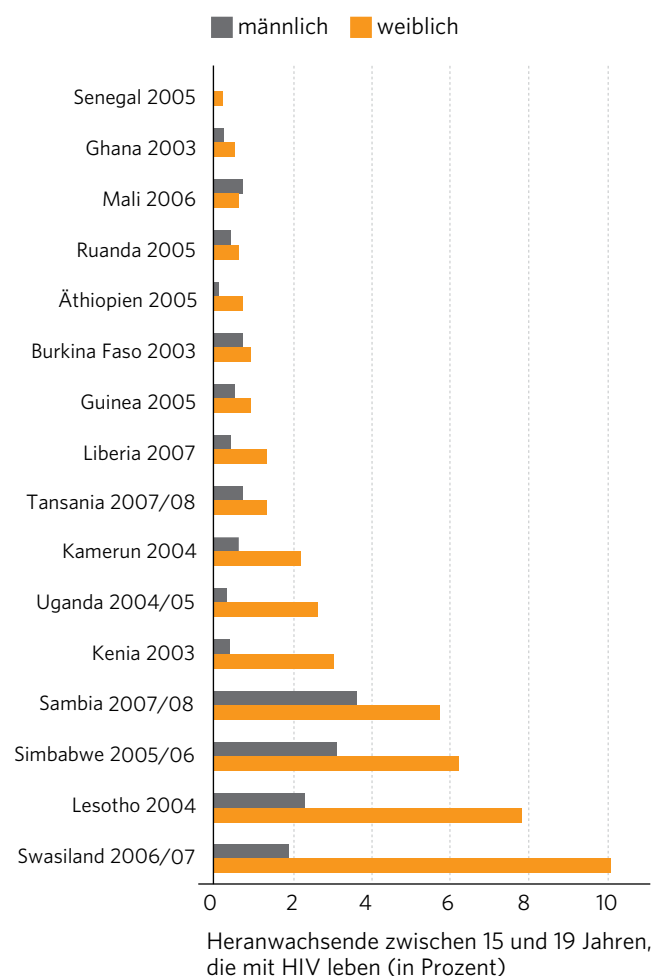
Heranwachsende Mädchen sind anfälliger für eine HIV-Infektion als junge Männer – aus biologischen

Gründen, weil sie ältere Sexualpartner haben, ihnen der Zugang zu Aufklärung und Gesundheitsdiensten fehlt und weil sie durch gesellschaftliche Normen und Werte daran gehindert werden, sich zu schützen.

Gesundheitsrisiken für Säuglinge und Kinder

Die gesundheitlichen Gefahren für Säuglinge und Kinder junger Mütter sind ausreichend belegt. Totgeburten und Neugeborenensterblichkeit liegen bei Säuglingen von

Verbreitung von HIV unter Heranwachsenden in einigen Ländern Afrikas südlich der Sahara



Quelle: Weltgesundheitsorganisation, *Women and Health: Today's Evidence, Tomorrow's Agenda*, 2009

heranwachsenden Müttern um 50 Prozent höher als im Vergleich zu Säuglingen von Müttern im Alter von 20 bis 29 Jahren. Rund eine Million Kinder von Teenagermüttern erleben ihren ersten Geburtstag nicht. Die überlebenden Säuglinge haben häufig ein geringeres Geburtsgewicht und kommen öfter als Frühgeburten zur Welt als die Kinder von Frauen über 20 Jahren.

Gesundheitsrisiken für Mütter unter 15

Mädchen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen haben ein doppelt so hohes Risiko, von Müttersterblichkeit und Geburtsfisteln betroffen zu sein, wie ältere Frauen (einschließlich älterer Teenager). Das Risiko ist in Afrika südlich der Sahara und in Südasien besonders hoch. Jüngere weibliche Heranwachsende sind stärker durch sexualisierte Gewalt, sexuell übertragbare Infektionen einschließlich HIV sowie durch ungewollte Schwangerschaften und Traumata gefährdet als ältere Heranwachsende. Bei Mädchen, die 15 Jahre oder jünger sind, treten auch Beschwerden wie Eklampsie, Anämie, postpartale Hämorrhagie und Gebärmutterentzündung im Wochenbett deutlich häufiger auf.

Bei Mädchen, die mit 14 Jahren oder vorher schwanger werden, besteht ein höheres Risiko für eine Frühgeburt, niedriges Geburtsgewicht, perinatale Sterblichkeit und Gesundheitsprobleme der Neugeborenen. Die Gefahren für die jungen Mütter und ihre Neugeborenen erhöhen sich, wenn die jungen Frauen unterernährt sind.

Mädchen unter 15 Jahren sind körperlich noch nicht für den Geschlechtsverkehr oder das Austragen eines Kindes bereit und noch nicht in der Lage, sichere, sachkundige und freie Entscheidungen zu treffen. In mehr als 30 Ländern sind dennoch zehn Prozent der Heranwachsenden im Alter von bis zu 15 Jahren sexuell aktiv, in Niger liegt dieser Anteil sogar bei 26 Prozent.

Schulbildung von Mädchen

Der Schulbesuch verschafft Mädchen bedeutende soziale und wirtschaftliche Vorteile. Entsprechend groß sind die

Nachteile, wenn sie frühzeitig die Schule verlassen – oder aufgrund einer Schwangerschaft dazu gezwungen sind. Der kausale Zusammenhang zwischen Teenagerschwangerschaften und frühzeitigem Abbruch des Schulbesuchs lässt sich jedoch nur schwer belegen. Die Mädchen könnten bereits vor der Schwangerschaft aus der Schule ausgeschieden sein oder die Schule gar nicht besucht haben.

In französischsprachigen Ländern Afrikas konnte nachgewiesen werden, dass nur fünf bis zehn Prozent der Schülerinnen aufgrund einer Schwangerschaft von der Schule abgehen bzw. vom Schulbesuch ausgeschlossen werden. Die wahrscheinlichere Ursache dafür ist die »Gründung einer Partnerschaft« – Ersttheirat oder Lebensgemeinschaft.

Trotzdem kommt die formale Bildung bei vielen Heranwachsenden, die ein Kind bekommen, entweder aufgrund persönlicher Umstände wie Kinderehe oder unter dem Druck der Gemeinschaft zu einem endgültigen Stillstand. Zum Teil verwehren auch Schulen den schwangeren Mädchen den Schulbesuch oder die Rückkehr nach der Geburt ihres Kindes. Sogar in Ländern, deren Gesetze die Rückkehr der jungen Mütter in die Schule erlauben, nehmen gegenwärtig nur wenige ihren Schulbesuch wieder auf.

Nicht nur in Entwicklungsländern brechen junge Mütter die Schule ab. Im Jahr 2011 wurden zum Beispiel in den Vereinigten Staaten 329.772 Kinder von 15- bis 19-Jährigen geboren. Nur die Hälfte dieser Mädchen, die als Teenager schwanger wurden, schloss ihre höhere Schulbildung vor Vollendung des 22. Lebensjahres ab. In der Vergleichsgruppe der nicht schwanger gewordenen Mädchen machten neun Zehntel ihren weiterführenden Abschluss vor ihrem 22. Geburtstag. Je länger die Mädchen der Schule fernbleiben, desto seltener kehren sie dorthin zurück.

Wirtschaftliche Folgen

Die lebenslangen Opportunitätskosten in Zusammenhang mit Teenagerschwangerschaften – gemessen am vorherigen Einkommen der Mutter, hochgerechnet auf deren gesamte Lebenszeit – schwanken von einem Prozent des jährlichen

Bruttoinlandsprodukts in China bis zu 30 Prozent in Uganda. Die Opportunitätskosten sind ein Richtmaß dessen, was hätte sein können, wenn nur die zusätzlichen Investitionen zugunsten der Mädchen getätigt worden wären.

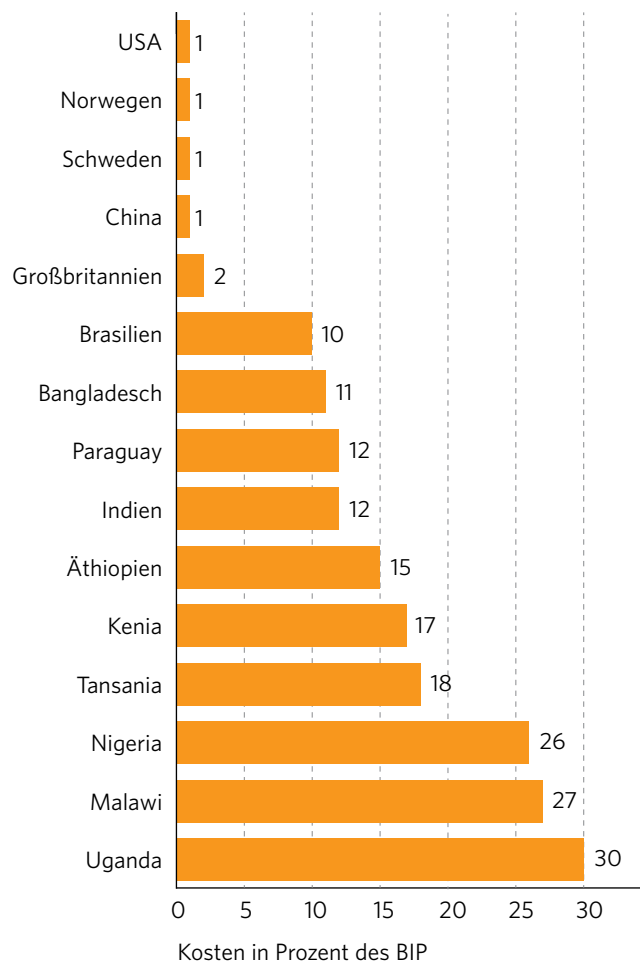
Wenn zum Beispiel in Kenia alle Mädchen – 1,6 Millionen – die höhere Schule abgeschlossen hätten und wenn die 220.098 heranwachsenden Mütter eine Arbeitsstelle hätten, statt schwanger geworden zu sein, hätte sich das Bruttojahreseinkommen Kenias um insgesamt 3,4 Milliarden US-Dollar erhöht. Diese Summe entspricht dem Ertrag der gesamten Bauwirtschaft Kenias. Entsprechend hätte Brasilien eine höhere Produktivität mit einem Zuwachs von mehr als 3,5 Milliarden US-Dollar erzielt, wenn die einheimischen Teenager ihre Schwangerschaften auf die Jahre nach ihrem 20. Geburtstag verschoben hätten, während Indiens Produktivität um 7,7 Milliarden US-Dollar gewachsen wäre.

Die meisten Mädchen werden schwanger, während sie eine weiterführende Schule besuchen. Der vorzeitige Abgang von der weiterführenden Schule verursacht deshalb volkswirtschaftlich höhere Kosten als der Abbruch des Grundschulbesuchs, weil der Anteil der betroffenen Mädchen in den weiterführenden Schulen im Vergleich zur Primarstufe viel höher und der Nutzen aus den Investitionen in eine höhere Schulbildung viel größer ist.

Die oben dargestellten Opportunitätskosten sind wirtschaftlicher Natur und sollten als Untergrenze der tatsächlichen sozialen Kosten betrachtet werden. Denn die realen Kosten schließen den schlechteren Gesundheitszustand der Kinder dieser Mädchen, die geringere Lebenserwartung, die unzureichende Qualifikation der arbeitslosen Mädchen usw. mit ein. Das erhöht die zu erwartenden Gesamtkosten um ein Vielfaches.

Weitere Kosten können infolge der vermehrten Nachfrage aufgrund der Behandlung von Komplikationen nach unsicheren Abtreibungen bei Heranwachsenden in den bereits überstrapazierten Gesundheitssystemen entstehen. Die Daten aus Krankenhäusern in vielen Entwicklungsländern legen nahe, dass zwischen 38 und 68 Prozent

Wirtschaftliche Kosten von Teenagerschwangerschaften unter den derzeit 15- bis 19-jährigen Mädchen in Prozent des jährlichen Bruttoinlandsprodukts (BIP)



Quelle: J. Chaaban und W. Cunningham. *Measuring the Economic Gain of Investing in Girls: The Girl Effect Dividend*, 2011

wegen solcher Komplikationen behandelten Frauen unter 20 Jahre alt sind. Die direkten Kosten für die Nachbehandlung von Abtreibungen zu Lasten des nationalen Gesundheitssystems in Äthiopien zum Beispiel liegen schätzungsweise zwischen 6,5 und 8,9 Millionen US-Dollar pro Jahr.



3

Druck von vielen Seiten

Teenagerschwangerschaften entstehen nicht im leeren Raum. Sie sind die Folge ineinandergreifender Faktoren, wie zum Beispiel weit verbreiteter Armut, der Befürwortung von Kinderehen durch Gemeinschaften und Familien und mangelnder Bemühungen, Mädchen in der Schule zu halten.

◀ *Faiz, 40, und Ghulam, 11, zu Hause vor ihrer Hochzeit, Afghanistan*

© Stephanie Sinclair/VII/Tooyoungtowed.org (2005)

Viele Maßnahmen zur Reduzierung von Teenagerschwangerschaften betrachten die Mädchen selbst als Problem und setzen sich zum Ziel, deren Verhalten zu ändern. Solche Maßnahmen tragen wenig dazu bei, die Zahl der Teenagerschwangerschaften zu reduzieren, weil sie die zugrunde liegenden wirtschaftlichen, sozialen und gesetzlichen Umstände sowie Strukturen, Systeme, Regeln und Menschenrechtsverletzungen vernachlässigen. Eng gefasste Ansätze versagen auch deshalb, weil sie die Rolle von Männern und Jungen für die Vermeidung von Teenagerschwangerschaften nicht berücksichtigen.

Einflüsse auf staatlicher Ebene

Verschiedene Faktoren auf staatlicher Ebene beeinflussen, ob ein Mädchen schwanger wird. Neben Gesetzen und politischer Maßnahmen zählen dazu das Engagement, mit dem Regierungen den Verpflichtungen aus Menschenrechtsabkommen und -instrumenten nachkommen, das Ausmaß von Armut und Not sowie die politische Stabilität. Aus verschiedenen Gründen – darunter Diskriminierung und Ausgrenzung, fehlender Zugang zu sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdiensten, Armut und Verbreitung von Kinderehen – treten Teenagerschwangerschaften häufiger bei indigenen Bevölkerungsgruppen oder ethnischen Minderheiten auf.

Kinderehen sind eine der Hauptursachen früher Schwangerschaften und können durch entsprechende Gesetze unterbunden werden. Die Gesetzgebung verwehrt in einigen Ländern Jugendlichen unter 18 Jahren jedoch ohne die Einwilligung der Eltern oder des Ehegatten den Zugang zu Verhütung. In vielen Ländern ist die »Pille danach« verboten oder ihre Abgabe an Heranwachsende nicht gestattet.

Der wichtigste Grund für Teenagerschwangerschaften sind mangelnde staatliche Investitionen in die Entwicklung des Humankapitals von Mädchen, insbesondere im Bereich der Schulbildung und Gesundheit einschließlich sexueller und reproduktiver Gesundheit. Weniger als zwei Cent pro

Dollar der internationalen Entwicklungsgelder sind für heranwachsende Mädchen bestimmt.

Armut und wirtschaftliche Stagnation sind weitere Faktoren, die Jugendlichen ihre Zukunftsschancen verbauen können. Geringe Aussichten auf Arbeit, Lebensunterhalt, Selbstständigkeit und einen menschenwürdigen Lebensstandard setzen Mädchen einer noch größeren Gefahr von früher Heirat und Schwangerschaft aus, weil sie selbst oder ihre Familie diese Option als einzig mögliche oder als Schicksal betrachten könnten. Dazu kommt, dass Heranwachsende aus armen Verhältnissen seltener die Schule abschließen und im schulischen Kontext deshalb seltener Zugang zu umfassender Sexualaufklärung und Verhütung bekommen.

In vielen Not-, Konflikt- und Krisensituationen werden Mädchen von ihren Familien getrennt und von schützenden Sozialstrukturen abgeschnitten. Sie sind deshalb noch stärker von Vergewaltigung, sexueller Ausbeutung und Missbrauch bedroht, die sie wiederum einer erhöhten Schwangerschaftsgefahr aussetzen. Um in Krisensituationen für sich selbst oder ihre Familien sorgen zu können, fühlen sich Mädchen oft gezwungen, als Prostituierte zu arbeiten, und werden so noch mehr mit Gewalt, sexuell übertragbaren Infektionen und Schwangerschaften konfrontiert.

Einflüsse auf Ebene der Gemeinschaft

Zugang zu sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdiensten

Denkweisen und Zugang zu Verhütung

Auf Gemeinschaftsebene kann der Zugang zu Verhütung durch Regeln, Sitten, Denkweisen und Überzeugungen beeinträchtigt werden, denen zufolge Heranwachsende nicht sexuell aktiv sein sollen. Diese Kluft zwischen den Ansichten von Erwachsenen und der Realität von Jugendlichen ist eine wichtige Ursache früher Schwangerschaften. Auch geschlechtsspezifische Normen können für den Zugang von Jugendlichen zu Verhütung entscheidend sein. In manchen Gesellschaften wird von Mädchen erwartet, dass sie jung heiraten oder dass sie ihre Fruchtbarkeit unter

Faktoren, die Teenagerschwangerschaften beeinflussen



- Gesetze, die den Zugang zu Verhütung begrenzen
- Fehlende Durchsetzung von Gesetzen gegen Kinderheirat
- Ökonomischer Abstieg, Armut
- Fehlende Investitionen in das Humankapital von Mädchen
- Politische Instabilität, humanitäre Krisen und Katastrophen



- Ablehnung der Unabhängigkeit von Mädchen
- Ablehnung sexueller Aktivität von Heranwachsenden und ihres Zugangs zu Verhütungsmitteln
- Begrenzte Verfügbarkeit von jugendfreundlichen Gesundheitsdiensten
- Fehlende prä- und postnatale Gesundheitsdienste für junge Mütter
- Klima sexualisierter Gewalt



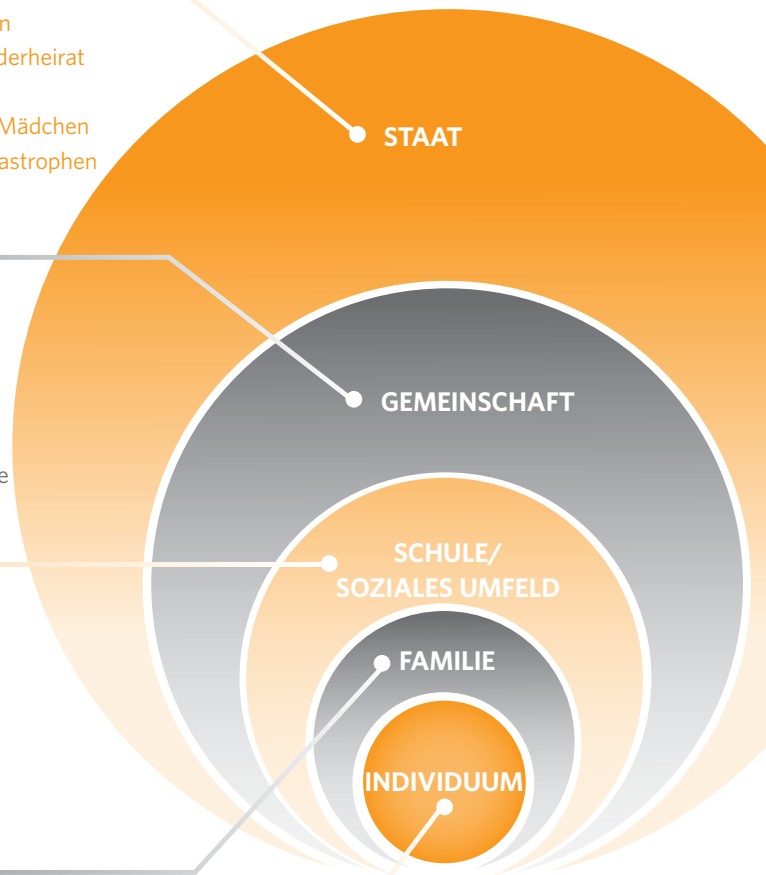
- Hindernisse für Mädchen, in die Schule zu gehen
- Fehlende Informationen oder fehlender Zugang zu umfassender Sexualaufklärung
- Druck von Gleichaltrigen
- Negative Gender-Einstellungen des Partners und riskantes Verhalten



- Negative Erwartungen gegenüber Töchtern
- Geringschätzung formaler Bildung besonders bei Mädchen
- Einstellung, die Kinderehen befürwortet



- Alter bei einsetzender Pubertät und bei der ersten sexuellen Erfahrung
- Sozialisation von Mädchen dahingehend, dass eine Mutterschaft ihre einzige Möglichkeit im Leben darstellt
- Verinnerlichte Vorstellungen von unterschiedlichem Wert der Geschlechter
- Fehlendes Wissen um die eigenen Fähigkeiten



Beweis stellen, bevor ihre Partnerschaft offiziell anerkannt wird. Von jungen Männern werden oft sowohl sexuelle Erfahrungen als auch ein Nachweis ihrer Zeugungsfähigkeit erwartet.

Der Einfluss des soziokulturellen Kontexts der Gemeinschaftsebene auf das reproduktive Verhalten junger Frauen sollte nicht unterschätzt werden. In manchen Gebieten in Afrika südlich der Sahara und in Südasien – wie auch in einkommensschwachen Gemeinden der Länder mit hohem Einkommen – wird eine Mutterschaft möglicherweise als etwas betrachtet, das den Mädchen »vorbestimmt« ist. Ihr gesellschaftlicher Wert wird oft von der Fähigkeit abhängig gemacht, Kinder zu bekommen.

Ungefähr eine von vier Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren in Entwicklungsländern war noch nie verheiratet. Diese Gruppe besteht hauptsächlich aus 15- bis 24-jährigen Frauen. Unter diesen unverheirateten Mädchen und Frauen zeichnet sich ein stetiger, langfristiger Trend zu zunehmenden sexuellen Aktivitäten ab. Wenn unverheiratete Mädchen und Frauen sexuell aktiv werden, stehen ihnen im Vergleich zu verheirateten Frauen beim Zugang zu Verhütung weit größere Hindernisse im Weg, was vor allem auf die Stigmatisierung vorehelicher Sexualität zurückzuführen ist.

Zugang und Bedarf unter verheirateten Jugendlichen

Mit Ausnahme von China ist in Entwicklungsländern etwa jedes dritte Mädchen unter 18 Jahren verheiratet oder lebt in einer Partnerschaft. In dieser Gruppe verwenden 23 Prozent moderne oder traditionelle Methoden der Empfängnisverhütung, weitere 23 Prozent haben einen ungedeckten Bedarf an Verhütung. 54 Prozent haben keinen Bedarf an Verhütung, weil sie laut eigener Angabe ein Kind bekommen möchten. 75 Prozent der Geburten unter Teenagern werden als »gewollt« eingestuft.

Im Vergleich zu anderen Altersgruppen verwenden verheiratete oder in einer Partnerschaft lebende Jugendliche am seltensten Verhütungsmittel und haben den höchsten ungedeckten Bedarf an Verhütung. Die Hauptgründe für

die unterbliebene oder unregelmäßige Anwendung von Verhütungsmitteln sind mangelnde Kenntnisse und die Angst vor Nebenwirkungen. In Ländern mit einem hohen Anteil an Kinderehen und einer starken Präferenz für Söhne wird von den Mädchen verlangt, dass sie auf Verhütung verzichten, bis sie einen Sohn zur Welt gebracht haben. Aus Südasien, Osteuropa und Zentralasien liegen Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen der Bevorzugung männlicher Nachkommen und der Fruchtbarkeitsrate vor.

Geschlechtsspezifische Denk- und Verhaltensweisen

Starre Idealvorstellungen hinsichtlich der Denkweise und dem Verhalten von Mädchen, Jungen, Frauen und Männern sind erlernte und gesellschaftlich konstruierte Normen. Diese sozialen und geschlechtsspezifischen Normen werden auf mehreren Ebenen von Individuen innerhalb der Bezugsgruppen und Familien sowie durch die Ansichten und Sitten der Gemeinschaft umgesetzt und verstärkt. In vielen Ländern finden Jungen und Männer kulturelle Anerkennung, wenn sie viele Sexualpartner haben und beim Geschlechtsverkehr keine Kondome benutzen. Viele Mädchen und junge Frauen geben an, dass sie keine Verhütungsmittel verwenden – auch wenn diese zur Verfügung stehen und sie ein Recht darauf haben –, weil ihre männlichen Partner dagegen sind oder sie Verhütung generell negativ sehen. Die Missachtung dieser männlichen Ablehnung kann besonders für Mädchen, die verheiratet sind oder in einer Partnerschaft leben, schwerwiegende Folgen haben. Wenn verheiratete Mädchen heimlich Verhütungsmittel benutzen, riskieren sie Gewalt, eine Scheidung oder andere Formen der Bestrafung. Dort, wo männliche Denkweisen vorherrschen, kommt es oft vor, dass Mädchen diese verinnerlichen und ebenfalls eine ablehnende Haltung gegenüber Verhütung einnehmen.

Jugendfreundliche Angebote

Als jugendfreundlich können Dienste für sexuelle und reproduktive Gesundheit bezeichnet werden, die gut

erreichbar sind, deren Öffnungszeiten dem Tagesablauf der Jugendlichen angepasst sind, die eine ansprechende, ungezwungene Atmosphäre bieten und die sich zur Verschwiegenheit verpflichten. Fehlende Diskretion oder der Eindruck mangelnder Vertraulichkeit bilden ein Haupthindernis für den Zugang von Mädchen zu Verhütung. Der Erfolg von eigenständigen oder ergänzend arbeitenden jugendfreundlichen Diensten bei der Verringerung von Teenagerschwangerschaften ist bislang jedoch noch nicht vollständig evaluiert worden.

Angebote für schwangere Mädchen

Im Gegensatz zu älteren Müttern erkennen junge Erstmütter Komplikationen oft mit Verspätung und suchen erst dann Hilfe in einer geeigneten Gesundheitseinrichtung. Die prä- und postnatale Versorgung ist nicht nur für die Gesundheit von Mädchen und einen guten Verlauf von Schwangerschaften wichtig, sie bietet darüber hinaus eine Gelegenheit für die Weitergabe von Informationen und Verhütungsmitteln, die jungen Frauen helfen, die nächste Schwangerschaft zu vermeiden oder hinauszuschieben.

Sexualisierte Gewalt und sexuelle Nötigung

Unter sexualisierter Gewalt versteht die Weltgesundheitsorganisation Geschlechtsakte, Versuche, Geschlechtsakte herbeizuführen, sowie alle unerwünschten sexuellen Äußerungen oder Annäherungsversuche oder Handlungen unter Gewaltanwendung, die auf den Missbrauch oder in anderer Weise auf die Sexualität einer Person ausgerichtet sind, und zwar durch eine beliebige Person, ungeachtet ihrer Beziehung zum Opfer. Allein im Jahr 2002 wurden zirka 150 Millionen heranwachsende Mädchen Opfer sexualisierter Gewalt.

Untersuchungen aus 14 Ländern ergaben, dass der Anteil der Mädchen im Alter von 14 bis 24 Jahren, die ihren ersten Geschlechtsverkehr – während oder vor der Ehe – gegen ihren Willen hatten, zwischen zwei Prozent in Aserbaidschan und 64 Prozent in der Demokratischen Republik Kongo lag.

Eine andere Studie erfasste in zehn Ländern Frauen, die zu ihrem ersten Geschlechtsverkehr gezwungen worden waren. Ihre Anteile lagen zwischen einem Prozent in Japan und Serbien und 30 Prozent in Bangladesch.

Zu sexualisierter Gewalt kommt es häufig auch in der Ehe. Eine Analyse aus 27 Ländern ergab, dass in der Altersgruppe von 15 bis 24 Jahren ein Prozent der nigerianischen Frauen und 33 Prozent der Frauen in der Demokratischen Republik Kongo von sexualisierter Gewalt durch ihre Ehemänner betroffen waren.

Sexualisierte Gewalt wird im Allgemeinen von Jungen und Männern ausgeübt, die ihre jungen Opfer persönlich kennen: Ehemänner, Intimpartner, Bekannte oder Autoritätspersonen – ein Umstand, der in allen Teilen der Welt verbreitet ist. Schätzungsweise eines von fünf heranwachsenden Mädchen erleidet Missbrauch während der Schwangerschaft. 21 Prozent aller Heranwachsenden werden innerhalb der ersten drei Monate nach der Entbindung Opfer von Gewalt seitens der Intimpartner. Körperlicher Missbrauch und Gewalt während der Schwangerschaft werden inzwischen als bedeutende Risikofaktoren sowohl für Mütter als auch für Kinder anerkannt. Bei Heranwachsenden, deren Sexualpartner beträchtlich älter sind, besteht ein höheres Risiko für sexuelle Nötigung, für sexuell übertragbare Infektionen einschließlich HIV sowie für eine Schwangerschaft. Wenn ein großer Altersunterschied besteht, wirkt sich das Machtgefälle besonders ungünstig auf Mädchen aus. Die Verwendung von Verhütungsmitteln – vor allem von Kondomen – als Schutz gegen Schwangerschaften und sexuell übertragbare Infektionen durchzusetzen, ist dann für sie noch schwieriger.

Unverheiratete Mädchen werden mit einer zusätzlichen Form der sexuellen Nötigung konfrontiert: Ausbeutung durch so genannten Transactional Sex. Dabei wird der Sex mit den jungen Frauen im Austausch gegen Geld oder Geschenke ausgehandelt, wobei diese »Geschenke« Ausdruck eines Machtgefälles sind und die Mädchen, denen sie angeboten werden, kaum in der Lage sind, »Nein« zu sagen.

Einflüsse auf Ebene der Schule und Partner Schule

Je länger Mädchen zur Schule gehen, desto eher verwenden sie Verhütungsmittel und vermeiden Schwangerschaften und desto seltener heiraten sie jung. Obwohl die Korrelation zwischen Bildungsstand und Schwangerschaftsrisiko bei Heranwachsenden hinreichend belegt ist, ist die Richtung des Zusammenhangs nach wie vor Gegenstand von Diskussionen. In vielen Ländern werden Teenagerschwangerschaften als Grund für einen vorzeitigen Abgang von der Schule gesehen. Tatsächlich jedoch erscheint es wahrscheinlicher, dass frühe Schwangerschaften und Ehen Folgen eines frühen Schulabbruchs sind und nicht dessen Ursachen. Haben betroffene Mädchen erst einmal die Schule verlassen, folgen Schwangerschaft und/oder Heirat meist auf dem Fuß. Maßnahmen, die zum Schulbesuch ermutigen, sind daher sehr wirksame Mittel zur Verringerung der Fruchtbarkeitsrate bei Jugendlichen.

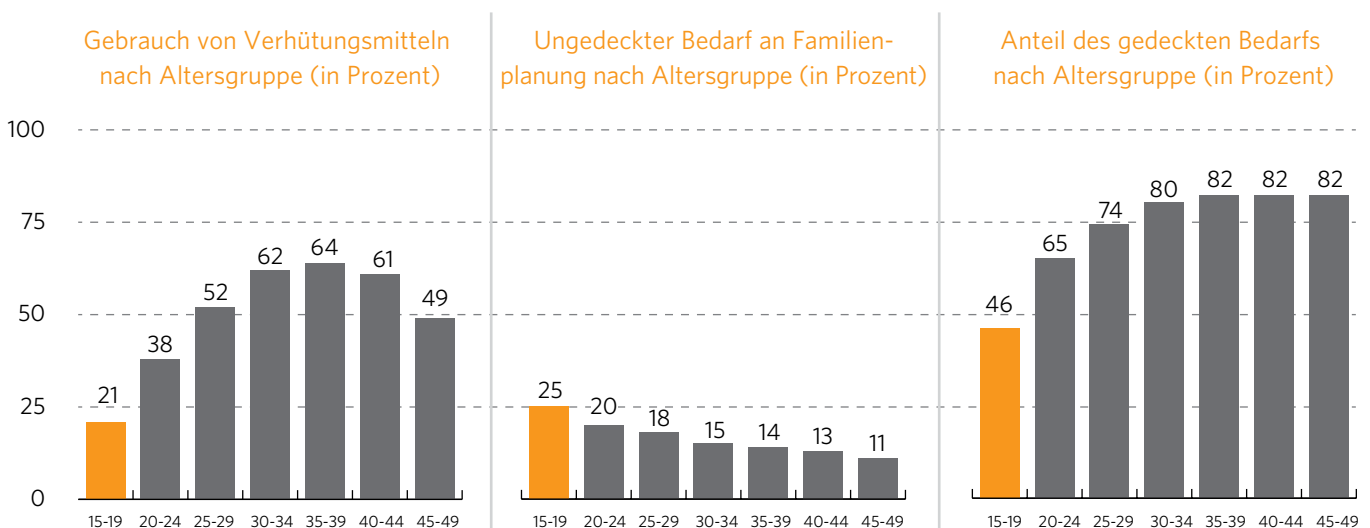
Um heranwachsende Frauen darin zu bestärken, die Schule zu besuchen und dort zu bleiben, müssen Hinder-

nisse aus dem Weg geräumt werden – zum Beispiel indem Mädchen aus ärmeren Haushalten die Schulgebühren erlassen werden. Auch müssen Gefahren, denen Mädchen in der Schule sowie auf dem Hin- und Rückweg ausgesetzt sind, abgewendet werden, indem ein angemessener Schutz vor sexuellem Missbrauch bereitgestellt und eine sensibilisierte schulische Umgebung geschaffen wird.

Altersgerechte, umfassende Sexuaufklärung

Nur wenige Jugendliche werden angemessen auf ihr sexuelles und reproduktives Leben vorbereitet. Das setzt sie einem höheren Risiko des Missbrauchs und der Ausbeutung, der ungewollten Schwangerschaft und der Ansteckung mit sexuell übertragbaren Krankheiten einschließlich HIV aus. Viele junge Menschen werden auf dem Weg zum Erwachsenwerden mit widersprüchlichen und zum Teil falschen Informationen und Ansichten über Sexualität konfrontiert. Die Situation wird oft durch Verlegenheit, Schweigen und der Missbilligung offener Diskussionen über sexuelle Themen seitens der Erwachsenen verschärft,

Gebrauch und Bedarf von Verhütungsmitteln in sieben Altersgruppen



Quelle: UNFPA. Adolescent Pregnancy. A review of the evidence. Population and Development Branch. Technical Division, 2013, i.E.

und zwar gerade dann, wenn solche Gespräche für die jungen Menschen am nötigsten wären. In vielen Fällen bekommen die Heranwachsenden falsche oder unvollständige Informationen über Sexualität, Fortpflanzung und Verhütung. In einer Studie in Uganda wurde etwa festgestellt, dass jeder dritte Junge und jedes zweite Mädchen nicht wusste, dass Kondome nur einmal benutzt werden dürfen.

Schulen kommen mit Jugendlichen schon während der frühesten Pubertät in Kontakt und können jungen Menschen daher die Informationen vermitteln, die sie benötigen, um in ihrem späteren sexuellen Leben verantwortliche Entscheidungen treffen zu können. Umfassende schulische Programme zur Sexuaufklärung bieten Pädagogen die Möglichkeit, Jugendliche zu einer Verzögerung der sexuellen Aktivitäten und zu einem verantwortlichen Verhalten zu ermutigen. Im Interesse einer wirksamen Vermeidung von Schwangerschaften und sexuell übertragbaren Infektionen sollten Sexuaufklärung und Dienste der reproduktiven Gesundheit einschließlich Verhütung ineinandergreifen.

Einige Eltern und Lehrer befürchten, dass Sexuaufklärung Jugendliche zum Geschlechtsverkehr ermutigt. Doch Forschungsarbeiten zeigen: Sexuaufklärung beschleunigt weder die sexuelle Ersterfahrung, noch führt sie zu vermehrten sexuellen Aktivitäten. Eine Studie zu vier afrikanischen Ländern aus dem Jahr 2010 zeigt, dass die Jugendlichen im Allgemeinen den Sexualunterricht in der Schule begrüßen. Die Mehrheit der befragten Schülerinnen und Schüler gab an, dass die Sexuaufklärung in der Schule sie nicht zum Sex ermutigt habe.

Sollen Mädchen und Jungen vom Sexualunterricht in der Schule profitieren, müssen sie in der Schule sein. In manchen Ländern gehen zwei Drittel der zwölf bis 14 Jahre alten Mädchen nicht in die Schule. Damit erreicht die schulische Sexuaufklärung die Mehrheit dieser Altersklasse gar nicht erst. Das unterstreicht die Notwendigkeit, gezielt auch auf diejenigen zuzugehen, die nicht in der Schule sind. In Ländern, in denen viele Jugendliche nicht auf weiterführende Schulen gehen, können Programme

zur Sexuaufklärung und solche zur Bekämpfung von sexuell übertragbaren Infektionen auch in Kliniken, durch Radiosendungen und in von jungen Menschen frequentierten Gemeindevorrichtungen durchgeführt werden.

Dabei ist die Verfügbarkeit einer umfassenden Sexuaufklärung noch keine Garantie für einen Erfolg. Qualität, Tonart, Inhalt und Art und Weise der Vermittlung spielen ebenfalls eine ausschlaggebende Rolle: Lehrer, denen das Thema peinlich ist oder die Sexualität unter Heranwachsenden verurteilen, vermitteln möglicherweise falsche, verwirrende oder unvollständige Informationen. Und wenn ein umfassender Sexualunterricht Jungen und Mädchen im gleichen Klassenzimmer erteilt wird, kann das zur Folge haben, dass nur wenige Mädchen daran teilnehmen.

Die Rolle von Männern und Jungen

Ungesunde Auffassungen von Sexualität, in denen die Frau als Sexobjekt betrachtet und Sex mit Leistungsfähigkeit gleichgesetzt wird, sowie der Einsatz von sexualisierter Gewalt bilden sich im Jugendalter aus und können bei Erwachsenen fortbestehen. Das Konzept der Maskulinität unter jungen Männern und heranwachsenden Jungen ist der auslösende Faktor für ein männliches Risikoverhalten, das auch unsichere Sexualpraktiken umfasst.

Verbesserte Möglichkeiten für Jungen und junge Männer, die Chancengleichheit der Geschlechter zu unterstützen, haben nicht nur positive Auswirkungen auf Frauen und Mädchen, sondern auch auf das Leben der Männer selbst.

In der internationalen Gemeinschaft setzt sich die Erkenntnis durch, dass der Kampf gegen mangelnde Gleichberechtigung im Gesundheitsbereich, die Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte und die Verhütung von HIV und sexualisierter Gewalt auf allen Ebenen der Gesellschaft nur unter Einbeziehung von Männern und Jungen als Partner möglich ist.

Einflüsse auf familiärer Ebene

Zu den familiären Einflüssen auf Teenagerschwangerschaften zählen die Stabilität und der Zusammenhalt in

einer Familie, das Ausmaß von Konflikten oder Gewalt zu Hause, das Ausmaß der Armut, das Vorhandensein von Rollenmodellen sowie die Reproduktionsgeschichte der Eltern – insbesondere, ob diese selbst als Kinder verheiratet wurden und ob die Mutter bereits als Heranwachsende schwanger wurde. Weitere familiäre Faktoren betreffen das Bildungsniveau der Erwachsenen und ihre Erwartungen an die Kinder. Eine Rolle spielt auch die Qualität der Kommunikation innerhalb der Familie, die Intensität kultureller und religiöser Werte und die Einstellungen der familiären Entscheidungsträger in Bezug auf Geschlechterrollen und Kinderehen.

Kinderehen

Laut Definition gilt eine Verbindung als Kinderehe, wenn zumindest einer der Partner das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Weltweit heiraten jeden Tag 39.000 Mädchen. Sobald ein Mädchen heiratet, wird für gewöhnlich von ihm erwartet, dass es ein Kind bekommt. Ungefähr 90 Prozent der Schwangerschaften Heranwachsender in Entwicklungsländern betreffen verheiratete Mädchen. Etwa 16 Prozent der Mädchen in Entwicklungsländern (außer China) heiraten, bevor sie 18 Jahre alt sind, der Anteil der gleichaltrigen Jungen beträgt dagegen nur drei Prozent. Jedes neunte Mädchen heiratet, bevor es 15 ist. Die Geburtenraten heranwachsender Mütter sind dort am höchsten, wo die Kinderehe am häufigsten praktiziert wird. Mädchen im untersten Einkommensfünftel bekommen weltweit häufiger im Teenageralter ein Kind als ihre Altersgenossinnen aus höheren Einkommensklassen.

Mädchen, die die Schule abbrechen, sind besonders gefährdet. Je höher hingegen die Schulbildung eines Mädchens und je besser seine Familie finanziell gestellt ist, desto eher verzögert sich die Eheschließung. Ausschlaggebend für den Zeitpunkt von Heirat und Schwangerschaft ist, ob Mädchen Wahlmöglichkeiten haben. Verheiratete Mädchen stehen oft unter Druck, weil von ihnen erwartet wird, dass sie sofort oder bald nach der Heirat schwanger werden, obwohl sie selbst noch Kinder sind und wenig über Sexualität

und Fortpflanzung wissen. Eine Schwangerschaft, die eintritt, bevor der Körper eines Mädchens voll ausgebildet ist, stellt eine Gefahr für Mutter und Kind dar.

In 146 Staaten erlaubt das Landes- oder Gewohnheitsrecht Mädchen unter 18 Jahren, mit Zustimmung der Eltern oder anderer Instanzen zu heiraten. In 52 Ländern können sogar Mädchen unter 15 Jahren mit elterlicher Erlaubnis heiraten. Jungen hingegen dürfen in 180 Ländern erst mit 18 Jahren heiraten. Die fehlende Gleichstellung von Frauen und Männern hinsichtlich des Mindestalters für eine Heirat schreibt die gesellschaftliche Norm fort, nach der bei Mädchen eine frühere Heirat eher als bei Jungen vertretbar ist. Auch landesübliche Erfordernisse wie Mitgift und Brautpreis spielen bei den Überlegungen der Familien oft eine Rolle. Das gilt besonders in Regionen, in denen für jüngere Bräute weniger Mitgift als für ältere Bräute gezahlt werden muss.

Die Familien haben, besonders wenn sie arm sind, oft den Wunsch, die Zukunft ihrer Töchter abzusichern, da Mädchen kaum Hoffnung auf ein wirtschaftlich produktives Leben haben. Manche Familien möchten durch Kinderehen Bündnisse schließen oder festigen, Schulden begleichen oder Streitigkeiten beilegen. Einige hoffen, dass ihre Kinder genug eigene Kinder haben werden, damit sie im Alter versorgt sind. Andere möchten sich von der Bürde befreien, dass sie eine Tochter bekommen haben. In extremen Fällen wollen sie mit dem Verkauf des Mädchens Geld verdienen.

Kinderbräute bedürfen aufgrund ihrer hohen Gefährdung besonderer Aufmerksamkeit und Unterstützung. Im Vergleich zu älteren Frauen sind Kinderbräute aufgrund der ungleichen Machtverteilung, die sich oft allein aus dem Altersunterschied ergibt, im Allgemeinen eher häuslicher Gewalt, sexuell übertragbaren Infektionen und ungewollten Schwangerschaften ausgesetzt.

Eltern

Die Eltern spielen sowohl direkt als auch indirekt eine wichtige Rolle bei der Zukunftsplanung ihrer heranwachsenden Töchter. Als Identifikationsfiguren können Eltern

die Ungleichbehandlung der Geschlechter bestätigen und aufrechterhalten – oder vermitteln, dass Jungen und Mädchen im Leben dieselben Rechte und Chancen haben sollten. Sie können ihren Kindern Informationen über Sexualität und Empfängnisverhütung geben – oder sie ihnen vorenthalten. Sie können der Erziehung ihrer Töchter und Söhne großen Stellenwert einräumen – oder ihren Töchtern vermitteln, dass Heirat und Mutterschaft ihr einzig mögliches Schicksal ist. Sie können ihren Töchtern helfen, Schlüsselqualifikationen zu entwickeln und sie zur Selbständigkeit erziehen – oder sie in eine frühe Ehe und damit in lebenslange Abhängigkeit zwingen.

Einflüsse auf individueller Ebene

Manche junge Mädchen wünschen sich eine Schwangerschaft. In einer Studie gaben 67 Prozent der verheirateten Heranwachsenden in Afrika südlich der Sahara an, schwanger werden zu wollen oder bewusst schwanger geworden zu sein. In Kulturen, in denen die Mutterschaft idealisiert wird, sehen Mädchen eine Schwangerschaft oft als Statussymbol oder eine Stufe auf der Treppe zum Erwachsensein. Eine Schwangerschaft kann von Mädchen auch als Fluchtmöglichkeit aus einer gewalttätigen Familie genutzt werden. Insofern sehen einige Mädchen gewisse Vorteile in einer Schwangerschaft. Der Schlüssel zur Reduzierung der Schwangerschaften bei Teenagern liegt darin, den Mädchen (und den Gemeinschaften, in denen sie leben) zu einem neuen Frauenbild zu verhelfen, damit sie sich selbst nicht nur als potentielle Mütter sehen.

Die meisten Teenager jedoch betrachteten den Eintritt einer Schwangerschaft als negatives Ereignis mit Folgen wie Arbeitslosigkeit, Verlust des Partners, Vorwürfe von Freunden und Familienmitgliedern, Schuldgefühlen, Problemen in der Schule, Komplikationen während der Schwangerschaft oder der Geburt, HIV-Infektion oder Unfruchtbarkeit im Fall einer Abtreibung und fehlender Vorbereitung auf die Mutterschaft.

Mädchen zwischen zehn und 14 Jahren, die nicht bei ihren Eltern leben

In Afrika südlich der Sahara leben bis zu 41 Prozent der zehn- bis 14-jährigen Mädchen nicht bei ihren Eltern (teilweise jedoch bei anderen Verwandten). Wenn Kinder dieser Altersgruppe weder bei ihren Eltern leben noch die Schule besuchen, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sie keinerlei Unterstützung von ihren Familien oder Gleichaltrigen bekommen, um ihre Probleme zu bewältigen. Sie bekommen keine angemessene Chance, sich zu leistungsfähigen Mitgliedern der Gesellschaft zu entwickeln. In einigen Regionen sind viele weibliche Jugendliche Hausangestellte, Zuwanderinnen aus ländlichen Gemeinden auf der Suche nach Arbeit und Bildung oder auf der Flucht vor einer Zwangsheirat. Andere sind vielleicht schon Kinderbräute und leben mit ihrem Ehegatten und möglicherweise mit dessen Familie zusammen. Bei diesen Mädchen ist die Wahrscheinlichkeit am geringsten, dass sie nach Hilfe fragen und diese erhalten. Deshalb ist eine Reihe vorausschauender Maßnahmen erforderlich, um die Gefahr ihrer Ausbeutung auf ein Minimum zu reduzieren.

Junge Menschen, die weder mit einem noch mit beiden Elternteilen leben, sind auch einem höheren Risiko ausgesetzt, illegale und gefährliche Arbeiten zu verrichten. Schätzungen zufolge sind in Afrika südlich der Sahara 30 Prozent der Mädchen zwischen zehn und 14 Jahren betroffen – gegenüber 26 Prozent in Asien und 27 Prozent im Pazifikraum sowie 17 respektive fünf Prozent in Lateinamerika und der Karibik.

Die umfassendste Sexualaufklärung wird mithilfe von Lehrplänen in Schulen vermittelt. Doch längst nicht alle Heranwachsenden gehen zur Schule, und noch weniger bleiben auf der Schule, bis sie zum ersten Mal sexuell aktiv werden. Verheiratete Mädchen zwischen zehn und 14 Jahren und diejenigen, die nicht zur Schule gehen, haben praktisch keinen Zugang zu Sexualaufklärung und sind damit einem noch höheren Risiko ausgesetzt, schwanger zu werden.





4

Maßnahmen ergreifen

Die sexuelle und reproduktive Gesundheit und die volle Wahrnehmung der Menschenrechte stehen beim Erwachsenwerden im Mittelpunkt. Sie sind entscheidend für die Identität von Heranwachsenden, für ihre Gesundheit, ihr Wohlbefinden, ihre Entwicklung und dafür, dass sie ihr Potenzial im Leben verwirklichen können.

◀ *Jugendberater aus dem AMNLAE Teenagerprogramm in Nicaragua*

© Mark Tuschman/Planned Parenthood Global

Voll eingebundene, gebildete, gesunde, informierte und produktive Heranwachsende können dazu beitragen, die generationenübergreifende Armutsspirale aufzubrechen und ihre Gemeinschaften und Nationen zu stärken. Länder mit einem hohen Anteil an Heranwachsenden und jungen Menschen haben die Chance, einen substanziellen demographischen Bonus für ihre Nation zu erlangen. Allerdings erfordert dies Investitionen in das Humankapital der jungen Menschen und eine Erweiterung ihrer Optionen, die sie in die Lage versetzen, von ihrem Potenzial zu profitieren. Vielen Jugendlichen und insbesondere Mädchen werden diese Aussichten und Investitionen jedoch vorenthalten. Ganz besonders gilt das für die weltweit rund 26 Prozent der Mädchen und 17 Prozent der Jungen zwischen elf und 15 Jahren, die nicht zur Schule gehen.

In Mädchen investieren

Viele der von Regierungen und der Zivilgesellschaft ergriffenen Maßnahmen, die zu einem Rückgang der Fruchtbarkeitsrate bei Heranwachsenden geführt haben, waren ursprünglich dafür gedacht, andere Ziele zu erreichen. So ging es etwa darum, den Schulbesuch von Mädchen zu befördern, HIV-Infektionen vorzubeugen oder Kinderehen zu vermeiden. Alle diese Maßnahmen haben auf die eine oder andere Weise zur Stärkung von Mädchen beigetragen und ihnen dabei geholfen, über ihr eigenes Leben zu entscheiden und ihre Menschenrechte wahrzunehmen.

Die schützende Wirkung der Bildung

Der Bildungsgrad ist nach wie vor ausschlaggebend für das Heiratsalter von Mädchen. Weil Schulmädchen als Kinder betrachtet werden und nicht als Mädchen im heiratsfähigen Alter, hat der Schulbesuch eine schützende Wirkung. Sobald ein Mädchen aber die Schule verlässt, wird von ihm Sex und Heirat erwartet. Bildung und Schulbesuch wirken somit als Schlüsselfaktoren, um dem Risiko früher sexueller Kontakte, Schwangerschaft und Mutterschaft entgegenzuwirken. Sie erhöhen zudem die Wahrscheinlichkeit, dass Jugendliche Kondome oder andere Verhütungsmittel verwenden.

Wird die Qualität des Bildungsangebots verbessert, hilft dies Mädchen, sich besser auf eine Vielzahl von Erwachsenenrollen vorzubereiten – Rollen, die über das traditionelle Schema Hausfrau, Mutter und Ehefrau hinausreichen und von denen nicht nur die Mädchen selbst profitieren, sondern auch ihre Familien und Gemeinschaften. Dabei fördert ein gemeinsamer Schulbesuch mit gleichaltrigen Jungen eine bessere Gleichstellung der Geschlechter im Alltag der Heranwachsenden.

Verschiedene Maßnahmen können dazu beitragen, den Schulbesuch attraktiv zu gestalten. In Kenia reichte beispielsweise allein schon die kostenlose Bereitstellung von Schuluniformen aus, um die Zahl der Schulanmeldungen deutlich zu steigern, die Schulabbruchsquote um 18 Prozent zu senken und die Schwangerschaftsrate um 17 Prozent zu verringern.

Auch Maßnahmen wie etwa »Conditional Cash Transfers«, die darauf abzielen, die Mädchen in der Schule zu halten, schützen vor Teenagerschwangerschaften. Bei solchen Transfers handelt es sich um regelmäßige Zahlungen, die davon abhängig gemacht werden, ob die Familien grundlegende Dienstleistungen, zum Beispiel Schulbildung, primäre Gesundheitsversorgung und Dienste der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, in Anspruch nehmen oder kostenlose Aufklärungs- oder Fortbildungsveranstaltungen besuchen.

Wissen vermitteln, Kompetenzen aufbauen

In vielen Entwicklungsländern sind Teenagerschwangerschaften vor allem eine Folge von Kinderehen. In 146 Staaten erlaubt das Landes- oder Gewohnheitsrecht Mädchen unter 18 Jahren, mit Zustimmung der Eltern oder anderer Instanzen zu heiraten. In 52 Ländern betrifft dies sogar Mädchen unter 15 Jahren.

Gesetze gegen Kinderehen sind wichtig, werden jedoch selten durchgesetzt. In Indien etwa heiraten zwar 47 Prozent der Mädchen, bevor sie 18 Jahre alt sind, es wurden aber gerade einmal elf Personen dafür verurteilt – trotz des gesetzlichen Verbots ein Mädchen zur Frau genommen zu haben.

Angesichts der Herausforderungen, die mit der Verabschiedung und Durchsetzung wirksamer Gesetze einhergehen, greifen manche Regierungen zu anderen Maßnahmen, um Mädchen mit einem besonders hohen Risiko früher Eheschließungen zu stärken. Dazu gehören beispielsweise Trainings zu Schlüsselqualifikationen, die Bereitstellung von geschützten Räumen, Aufklärung über ihre Wahlmöglichkeiten sowie der Aufbau von unterstützenden Netzwerken. Mit solchen Initiativen sollen den Mädchen die Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt werden, die sie für ihr Leben benötigen – unter anderem in den Bereichen sexuelle und reproduktive Gesundheit, Ernährung und Rechte. Wenn Mädchen befähigt sind, eine Existenzgrundlage aufzubauen, besser zu kommunizieren und zu verhandeln – und freie Entscheidungen treffen können –, sind sie eher zur Selbsthilfe fähig. Eine geeignete Unterstützung ermöglicht es Mädchen, ihre soziale Isolation zu überwinden, mit Gleichaltrigen und Vertrauenspersonen zu interagieren und Alternativen zur Eheschließung in Erwägung zu ziehen.

Das Recht auf eine altersgerechte, umfassende Sexuaufklärung

Heranwachsende und junge Menschen haben dank verschiedener internationaler Menschenrechtsabkommen ein Anrecht auf umfassende und nicht diskriminierende Sexuaufklärung. Relevante Übereinkünfte in diesem Zusammenhang sind zum Beispiel die Kinderrechtskonvention, der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, der Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte, das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau und die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Eine umfassende Sexuaufklärung ist zudem eine grundlegende Voraussetzung für die Verwirklichung vieler anderer Menschenrechte.

In einer Untersuchung von 87 umfassenden Sexuaufklärungsprogrammen, darunter 29 in Entwicklungsländern, zeigte sich, dass fast alle die Kenntnisse vertieften



▲ Vermittlung von Schlüsselqualifikationen in Äthiopien
© Mark Tuschman/Planned Parenthood Global

Ein Projektbeispiel aus Äthiopien

In Äthiopien geben rund 41 Prozent der Frauen im Alter von 20 bis 24 Jahren an, dass sie schon vor ihrem 18. Geburtstag verheiratet waren. »Berhane Hewan«, ein seit 2004 in Äthiopien angebotenes Programm, zielt darauf ab, junge Mädchen vor einer Zwangsverheiratung zu schützen und bereits verheiratete Mädchen zu unterstützen. Dies geschieht unter anderem durch den Aufbau von Gruppen unter Leitung erwachsener Mentorinnen, durch wirtschaftliche und andere Anreize, die Mädchen in der Schule halten sollen, durch außerschulische Bildungsangebote wie Lese-, Schreib- und Rechenunterricht für Schulabbrecherinnen und durch die Einbeziehung der Gemeinschaft in Diskussionen über Themen wie Kinderehen.

Das Programm koppelt öffentliche Aufklärung und gesellschaftliche Verantwortung mit finanziellen Anreizen. Den Mädchen, die an dem Projekt teilnehmen, werden jährlich Schulmaterialien im Wert von sechs US-Dollar zur Verfügung gestellt, und sie bekommen nach zwei Jahren eine Ziege oder ein Schaf im Wert von 25 US-Dollar geschenkt. Mit Erfolg: Die Mädchen – und das gilt insbesondere für die zehn- bis 14-Jährigen unter ihnen – bleiben häufiger in der Schule und heiraten seltener als andere Gleichaltrige. Bislang haben an dem Programm im Bundesstaat Amhara, der Region mit der höchsten Verbreitung von Kinderehen in ganz Äthiopien, mehr als 12.000 Mädchen teilgenommen.



© Mark Tuschman/Planned Parenthood Global

und zwei Drittel einen positiven Einfluss auf das Verhalten hatten. Viele Heranwachsende wurden erst später sexuell aktiv, reduzierten die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs und die Anzahl der Intimpartner, verwendeten öfter Kondome und andere Verhütungsmittel oder reduzierten riskante sexuelle Verhaltensweisen. Mehr als ein Viertel der untersuchten Programme bewirkten bei zwei oder mehr dieser Punkte Verbesserungen.

In der Sexualaufklärung gibt es zwei Hauptansätze: Man kann ausschließlich sexuelle Abstinenz befürworten oder altersgerechte, umfassende Programme bereitstellen. Programme, die allein auf Enthaltbarkeit ausgerichtet sind, tragen nicht dazu bei, dass Geschlechtsverkehr vermieden oder hinausgezögert wird. Eine umfassende Sexualaufklärung lehrt zwar, dass Enthaltbarkeit das beste Mittel zum Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten und

ungewollten Schwangerschaften ist, aber sie vermittelt auch, dass Kondome und andere Verhütungsmittel das Risiko ungewollter Schwangerschaften und sexuell übertragbarer Krankheiten einschließlich HIV verringern. Darüber hinaus vermittelt dieser Ansatz auch zwischenmenschliche und kommunikative Fähigkeiten.

Ungeachtet der HIV/Aids-Pandemie haben es Regierungen vielerorts mit der Umsetzung einer umfassenden Sexualaufklärung bislang langsam angehen lassen – und noch langsamer hinsichtlich der am meisten gefährdeten jungen Menschen. Wie neuere Untersuchungen belegen, wirkt sich Sexualaufklärung über die Vermeidung von hoch riskanten Verhaltensweisen hinaus positiv aus. Wenn sie Geschlechtergerechtigkeit berücksichtigt und rechtebasiert ist, kann sie das allgemeine Wohlbefinden junger Menschen verbessern. Die neue Programmgeneration ist

vielfersprechend, weil sie auf der Grundlage von Forschung und Evaluation entwickelt wurde.

Programme zur umfassenden Sexualaufklärung senken die Verbreitung von Teenagerschwangerschaften und sexuell übertragbaren Infektionen noch besser, wenn sie geschlechts- und machtspezifische Probleme berücksichtigen. Wie Studien aus Entwicklungs- und Industrieländern bestätigen, verfügen junge Menschen, die die Gleichberechtigung der Geschlechter befürworten, über eine bessere sexuelle Gesundheit als ihre Altersgenossen, die das nicht tun.

Geschlechtergerechtigkeit und Menschenrechte sind der Schlüssel zur Eindämmung der HIV-Verbreitung und ermöglichen es jungen Menschen, gesund aufzuwachsen. Jugendliche, die die Gleichberechtigung der Geschlechter unterstützen, werden tendenziell später sexuell aktiv, verwenden häufiger Kondome und praktizieren eher Verhütung als ihre Altersgenossen. Sie sind auch seltener von sexuell übertragbaren Infektionen und ungewollten Schwangerschaften betroffen und leben seltener in Beziehungen, die von Gewalt geprägt sind.

57 Millionen Kinder im Grundschulalter gehen nicht zur Schule

Die umfassendste Sexualaufklärung wird im Rahmen schulischer Lehrpläne vermittelt. Jedoch besuchen längst nicht alle Heranwachsenden die Schule, und nicht alle bleiben in der Schule, bis sie sexuell aktiv werden. Verheiratete Mädchen zwischen zehn und 14 Jahren und Jugendliche, die nicht zur Schule gehen, haben also praktisch keinen Zugang zu Sexualaufklärung. Deshalb müssen zusätzliche Anstrengungen unternommen werden, um den Bedürfnissen dieser Gruppen entgegenzukommen. Entsprechende Angebote können von Gesundheitsanbietern, Gemeinschaftszentren oder anderen örtlichen Einrichtungen gemacht werden.

57 Millionen Kinder im Grundschulalter und 69 Millionen Jugendliche im Mittelstufenalter gehen nicht zur Schule. Die meisten davon leben in Entwicklungsländern, und etwas mehr als die Hälfte sind Mädchen. Zwei Ansätze haben das Potenzial, eine große Zahl von Mädchen außerhalb der Schule zu erreichen: der Einsatz von Massenmedien und interaktive Aufklärung über den Rundfunk. Studien zufolge verbessern Aufklärungskampagnen in Massenmedien generell den Wissensstand und beeinflussen in der Mehrzahl auch die Verhaltensweisen von Jugendlichen positiv – etwa die Verwendung von Kondomen. Einige Kampagnen trugen dazu bei, dass Frauen seltener die Partner wechselten, weniger Gelegenheitssex oder Geschlechtsverkehr mit so genannten Sugar Daddies hatten und förderten die sexuelle Enthaltsamkeit.

Medienkampagnen erreichen mehr Heranwachsende in Städten (sowohl Schüler als auch Kinder außerhalb der Schule) als Jugendliche auf dem Land, auch wenn sich ihre Reichweite durch die zunehmende Verfügbarkeit von Massenmedien und dank der mobilen Kommunikationstechnologien inzwischen verbessert hat. Während Medien einerseits zur Prävention beitragen können, können sie andererseits auch Teil des Problems sein, indem sie Sex und Mutterschaft von Heranwachsenden verherrlichen – wie etwa im Falle der Fernsehserie »Teen Mom 2« des amerikanischen TV-Senders MTV.

Werbekampagnen sind eine weitere Möglichkeit, die Öffentlichkeit zu informieren. Einige dieser Kampagnen arbeiten mit Furcht oder Panikmache, um Verhaltensweisen zu ändern. Laut Studien zu angstbasierten Botschaften, die beispielsweise die Öffentlichkeit dazu ermutigen soll, mit dem Rauchen aufzuhören oder abzunehmen, bewirken solche Kampagnen jedoch wenig. Das gilt vor allem dann, wenn sie starke Angstbotschaften vermitteln, ohne gleichzeitig Lösungen zu empfehlen, wenn die empfohlene Maßnahme nicht einfach durchzuführen ist oder wenn sie für unwirksam gehalten wird. Solche Ansätze sind auch dann ineffektiv, wenn Handlungsgrenzen nicht abgesteckt werden und nicht aufgezeigt wird, wie diese überwunden

werden können. Damit diese Ansätze funktionieren, muss die erwartete Wirksamkeit der Maßnahme größer sein als die empfundene Bedrohung, und den Adressaten muss Unterstützung angeboten werden.

Internetbasierte Lern- und Aufklärungsprogramme und Informationen erfreuen sich wachsender Beliebtheit. Sie ermöglichen es, viele Nutzer kostengünstig zu erreichen. Es ist davon auszugehen, dass in Zukunft die Zahl internetbasierter Programme deutlich ansteigen wird. Deshalb sollte in die wissenschaftliche Untersuchung ihrer Effektivität investiert werden. Bereits heute nutzen Programme wie »Afluentes« in Mexiko und »Butterfly« in Nigeria computerbasierte Methoden, um zum Beispiel Lehrern Fortbildungen und technische Unterstützung anzubieten.

Eine weitere Möglichkeit sind Programme zum Erwerb von Schlüsselqualifikationen. Sie bieten Heranwachsenden einen Zugang zu Informationen, die zur Vermeidung einer Schwangerschaft beitragen können. Ungefähr 70 Länder bieten – je nach Land und kulturellem Kontext – unterschiedliche Programme für Schlüsselqualifikationen auf staatlicher Ebene an. Im Allgemeinen konzentriert sich das Training auf fünf Schwerpunkte: Entscheidungsfindung und Problemlösung, kreatives und kritisches Denken, Kommunikation und zwischenmenschliche Kompetenzen, Selbsterfahrung und Empathie sowie Bewältigung von Emotionen und Stress.

Investitionen in Angebote für junge Menschen

Heranwachsenden – ob verheiratet oder nicht – fehlt oft der Zugang zu Verhütungsmitteln und Informationen über deren Gebrauch. Oft wissen die Betroffenen nicht, wo diese erhältlich sind oder haben Angst vor einer Zurückweisung durch die Dienstleister. Auch der Widerstand der männlichen Partner, die Stigmatisierung von Verhütungsmitteln und sexuell aktiven Jugendlichen, ungeeignete Standorte oder Öffnungszeiten von Einrichtungen, hohe Kosten und Bedenken bezüglich der Vertraulichkeit halten viele davon ab, Verhütungsmittel zu verwenden.

Ein Projektbeispiel aus Indien

In Indien verbindet die »Development Initiative Supporting Healthy Adolescents« (DISHA) die Betreuung und den Dialog auf Gemeinschaftsebene mit dem Ausbau von Gesundheitsdiensten und einer umfassenden Sexualaufklärung, der Bereitstellung von Verhütungsmitteln und mit der Vermittlung von Schlüsselqualifikationen. Im Rahmen des Programms wurden bislang Jugendgruppen und Informationszentren in 176 Dörfern gegründet, in denen Jugendliche Unterricht über sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie Dienstleistungen und Training für ihre zukünftige Existenzgrundlage erhalten. Im Rahmen des Programms werden auch lokale Anbieter jugendfreundlicher Gesundheitsdienste ausgebildet, Freiwillige für die Verteilung von Verhütungsmitteln gewonnen sowie gleichaltrige Jugendberater eingesetzt. Darüber hinaus organisiert DISHA Beratungskurse und bietet ein Forum für junge Menschen und Erwachsene, um sich über die Rolle von Jugendlichen in der Gesellschaft auszutauschen.

Unter den Teilnehmern des Programms ist das Heiratsalter von 15,9 Jahren auf 17,9 Jahre angestiegen und der Anteil derjenigen, die nach eigenen Angaben eine moderne Verhütungsmethode anwenden, um 60 Prozent höher als bei verheirateten jungen Paaren, die nicht an dem Programm teilgenommen haben.

Damit Jugendliche leichter erfahren, wie sie Schwangerschaften und sexuell übertragbare Infektionen wie HIV vermeiden, und damit sie problemlosen Zugang zu Verhütungsmitteln erhalten, richten immer mehr Länder jugendfreundliche Dienste der sexuellen und reproduktiven Gesundheit ein. Jugendfreundliche Dienste zeichnen sich dadurch aus, dass sie die Privatsphäre der Teenager wahren, sich an Standorten befinden und Öffnungszeiten haben, die auf ihre Klientel zugeschnitten sind, ihr Personal eigens dafür ausgebildet ist, den Bedürfnissen der Jugendlichen nachzukommen, und grundlegende Dienstleistungen bündeln.

Der Zugang zu Notfallverhütung ist für Heranwachsende besonders wichtig, vor allem für Mädchen. Denn ihnen fehlen oft die Kenntnisse oder das Durchsetzungsvermögen für die Verwendung von Kondomen, und sie sind einem

besonders hohen Risiko sexualisierter Gewalt und Ausbeutung ausgesetzt. Notfallverhütung ist eine Methode der Schwangerschaftsverhütung innerhalb von fünf Tagen nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr, einer Vergewaltigung oder dem falschen und unsachgemäßen Gebrauch von Verhütungsmitteln (wie die vergessene Pille). Sie unterbricht den Eisprung und verringert die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft um bis zu 90 Prozent.

Hindernisse beim Zugang Jugendlicher zur Notfallverhütung bestehen vor allem in mangelndem Wissen, im Widerwillen von Gesundheitspersonal, sie bereitzustellen, in den Kosten, in der Ablehnung der Methode durch die Gemeinschaft sowie in gesetzlichen Beschränkungen. In 22 Ländern ist die zweckbestimmte und zugelassene »Pille danach« für den Notfall überhaupt nicht verfügbar. Und selbst in Ländern, in denen eine Notfallverhütung erhältlich ist, können Heranwachsende davor zurückschrecken, sich an traditionelle Gesundheitseinrichtungen wie etwa Kliniken zu wenden, weil deren Personal möglicherweise diese Form der Verhütung verurteilt.

Sexualisierte Gewalt beenden

Unter sexualisierter Gewalt wird üblicherweise Geschlechtsverkehr verstanden, der physisch erzwungen wird, insbesondere Vergewaltigung. Sexuelle Nötigung ist der weiter gefasste Begriff dafür, durch Gewalt oder versuchte Gewaltanwendung, Drohungen, verbale Einschüchterung, Täuschung, kulturelle Erwartungen oder wirtschaftliche Umstände ein anderes Individuum gegen seinen oder ihren Willen zu sexuellen Handlungen zu drängen. Nicht immer lässt sich ein Zusammenhang zwischen Teenagerschwangerschaften und sexualisierter Gewalt wie Vergewaltigung oder sexuellem Missbrauch herstellen, weil die Heranwachsenden nicht alle Formen von Gewalt unbedingt immer als solche identifizieren.

Gewalt gegenüber Jugendlichen – und überhaupt jedem Menschen – zu beenden, ist dringend nötig und erfordert kontinuierlichen Einsatz an vielen Fronten. Das beginnt bei den Rechtssystemen, damit Täter auch wirklich vor

Gericht kommen und Opfer unterstützt werden, setzt sich beim Training von Gesundheitsanbietern fort, damit sie die Gewalt als solche erkennen und anzeigen, und reicht bis zu Bemühungen, die Verhaltensweisen von Männern und Jungen so zu verändern, dass Gewalt und Missbrauch verhindert werden. Die Wirksamkeit all dieser Maßnahmen hängt jedoch entscheidend von der Durchsetzung der Vorschriften und von der Unterstützung in der Öffentlichkeit ab. Trotzdem vermitteln entsprechende Gesetze gegen sexualisierte und geschlechtsspezifische Gewalt – genauso wie diejenigen gegen Kinderehen – eine unmissverständliche Botschaft und signalisieren, dass der Schutz der Rechte gefährdeter junger Menschen und insbesondere von heranwachsenden Mädchen eine staatliche Priorität darstellt.

Die meisten Initiativen zur Gewaltprävention werden im erweiterten Kontext von Programmen umgesetzt, die auf Schlüsselqualifikationen abzielen, sichere Bereiche für Mädchen schaffen und die maskuline Denkweise von Jungen und jungen Männern zu verändern suchen. Andere sind integriert in umfassendere, auf Jugendliche fokussierte Programme im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Diese stützen sich zum Beispiel auf Sportvereine sowie auf Programme zur Vermittlung von Schlüsselqualifikationen und auf Programme zur Unterstützung durch gleichaltrige Jugendliche. Auch Mentoren-Programme, die von Frauen angeboten werden, spielen hier ebenso eine Rolle wie Programme zur HIV-Prävention und zur reproduktiven Gesundheitsbildung und Workshops, die auf Männer und Jungen abzielen. In anderen Fällen sind Lehrpläne für die Sexuaufklärung an Schulen und Kurse zu Schlüsselqualifikationen so modifiziert worden, dass sie breiter angelegte Diskussionen über geschlechtsspezifische und sexualisierte Gewalt einschließen.

Dabei muss jedoch betont werden, dass Mädchen durch diese Initiativen zwar erfolgreich gefördert, ihre Kommunikationsfähigkeiten gestärkt und gleichberechtigte Denkweisen entwickelt werden – ein Rückgang der Gewalt durch Partner wird jedoch nur in den Fällen beobachtet, in denen die Maßnahmen auch auf die wirtschaftliche

Stärkung von Frauen, Geschlechterrollen und sexuelle Gesundheit sowie Gruppensolidarität ausgerichtet sind und Männer und Jungen einbeziehen.

Investitionen in schwangere Mädchen und junge Mütter

Es kann viel getan werden, um die negativen gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen von Teenagerschwangerschaften zu verringern und sicherzustellen, dass weder verheiratete noch ledige Mädchen auf ihre Chancen auf Bildung, Beschäftigung und Teilnahme am gemeinschaftlichen Leben verzichten müssen.

Entsprechende Angebote für schwangere Mädchen und junge Mütter beinhalten finanzielle Beihilfen für die Gesundheitsversorgung und Ernährung, Informationen zum Stillen, Beratung und Dienste der Familienplanung sowie Unterstützung bei der Rückkehr in die Schule oder an den Ausbildungsplatz. Wenn sie von ihren Familien verstoßen werden, benötigen sie zudem eine Unterkunft und weitere Unterstützung.

Eine Verbesserung der Müttergesundheit bei Heranwachsenden lässt sich durch den Zugang zu und die Nutzung von Angeboten der Schwangerschaftsfürsorge erreichen. So können vorhandene Gesundheitsprobleme wie Malaria, HIV und Anämie festgestellt und behandelt werden. Zudem muss eine qualifizierte Geburtshilfe zugänglich sein, um eine gefahrlose Entbindung der jungen Mütter zu gewährleisten, ebenso muss die Behandlung von Komplikationen nach unsicheren Abtreibungen, die Betreuung der Mütter und Neugeborenen nach der Entbindung und Verhütung angeboten werden.

Doch für Millionen Heranwachsende weltweit ist der Zugang zu entsprechenden Diensten durch eine Vielzahl wirtschaftlicher, sozialer und geographischer Faktoren eingeschränkt. Die persönliche Unabhängigkeit ist eine wichtige Voraussetzung für ihren Zugang und ihre Nutzung. Besonders betroffen sind verheiratete Mädchen, die bei Entscheidungen über ihre eigene Gesundheit oft kaum Mitspracherechte haben und die über wenig oder gar

kein Geld für den Transport in Kliniken oder eine Behandlung verfügen. Unter Umständen verzichten Mädchen auch auf die medizinische Hilfe, wenn sie glauben, dass die Anbieter der Dienste sie verurteilen oder ihre Aufnahme verweigern.

Im Allgemeinen suchen und erhalten Jugendliche eher spät und weniger medizinische Betreuung. Schwangere Mädchen wissen oft nicht, welche Angebote es gibt, wann sie sie in Anspruch nehmen sollen und wie sie im Ernstfall darauf zugreifen können. Mädchen, die keine vorgeburtliche Betreuung erhalten, sind schlechter auf Notfälle vor, während und nach der Geburt vorbereitet. Junge Frauen in ländlichen Regionen müssen oft einen kilometerweiten Fußmarsch zum nächsten Gesundheitsdienst auf sich nehmen. Die nächste Einrichtung, die Geburtsnothilfe anbietet, liegt meist noch viel weiter entfernt.

Je länger Mädchen der Schule fernbleiben, desto schlechter sind die Aussichten, dass sie an die Schule zurückkehren. Damit mehr schwangere Mädchen und junge Mütter ihre Schulbildung fortsetzen, sind unterstützende schulische Maßnahmen auf landesweiter und örtlicher Ebene erforderlich. Doch selbst dort, wo solche Maßnahmen angeboten werden, setzen viele Mädchen ihre Ausbildung nicht fort. Denn manche junge Mütter benötigen eine Kinderbetreuung, finanzielle Beihilfen und individuelle, persönliche Unterstützung und Beratung, um mit ihrer neuen Verantwortung und mit dem Gefühl zurechtzukommen, dass sie sich von ihren Altersgenossinnen unterscheiden.

Zehn- bis 14-Jährige erreichen

Es gibt eine ganze Reihe von Initiativen, die auf Mädchen bis 14 Jahren ausgerichtet sind – Mädchen also, deren Bedürfnisse, Lebensumstände und Verwundbarkeiten sich von denen älterer Heranwachsender unterscheiden. Kennzeichnend für erfolgreiche Interventionen ist, dass sie die Gleichstellung der Geschlechter fördern, Mädchen dabei unterstützen, den Schulbesuch fortzusetzen, und Armut sowie die wirtschaftlichen Anreize für Kinderehen

unter den am stärksten benachteiligten Gruppen der Gesellschaft bekämpfen.

Ein gutes Beispiel für eine solche Initiative ist das FAM Projekt in Ruanda, das sich an zehn- bis 14-jährige Mädchen wendet und sich mit Themen wie Pubertät, Fruchtbarkeit, geschlechtsspezifischen Normen, Kommunikation und Beziehungen auseinandersetzt. Das Projekt hat zu einem Wissenszuwachs geführt und die Kommunikation zwischen Kindern und Eltern über Themen wie Sexualität und Geschlechterrollen verbessert.

Viele Länder haben – abgesehen von Maßnahmen, die die Schüler in der Schule halten sollen – Kindern zwischen zehn und 14 Jahren bisher wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Möglicherweise gehen die politischen Entscheidungsträger davon aus, dass diese Kinder unter dem Schutz der Eltern oder eines Betreuers stehen. Deshalb entwickeln sie Programme, die vom Engagement der Eltern abhängig sind. Dabei übersehen sie, dass im Leben von manchen Heranwachsenden Eltern nicht präsent sind.

Jungen und Männer einbeziehen

Die Art und Weise, wie Männer und Jungen über Geschlechterrollen denken, wirkt sich unmittelbar auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Frauen und Mädchen aus. Die Gleichstellung der Geschlechter durch die Stärkung von Mädchen und Frauen und die Einbeziehung der Männer zu fördern, ist eine grundlegende Voraussetzung dafür, eine ganze Reihe von Entwicklungszielen zu verwirklichen. Das betrifft etwa die Bekämpfung von Armut und die Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit.

Gut konzipierte Programme mit Männern und Jungen können ihre Denk- und Verhaltensweisen in den Bereichen sexuelle und reproduktive Gesundheit, Gesundheit von Müttern und Neugeborenen und HIV-Prävention verändern und einen Wandel der geschlechtsspezifischen Sozialisierung bewirken. Dabei sind integrierte Programme und insbesondere solche, die die Arbeit vor Ort sowie

Mobilisierungsveranstaltungen und Kampagnen in den Massenmedien mit Gruppenschulungen verbinden, am effektivsten.

Auf junge Männer zuzugehen, ist eine besonders lohnende Investition, da sie für Gesundheitsinformationen und das Angebot, die Beziehung zwischen den Geschlechtern aus einer neuen Sicht zu betrachten, empfänglicher sind. Wie Forschungen zeigen, werden ungesunde Auffassungen von Sexualität, die Frauen vor allem als Sexualobjekte betrachten und Sex mit Leistungsfähigkeit gleichsetzen, bereits im Jugendalter ausgebildet. Jede Form der Diskriminierung schadet Mädchen und Frauen. Die unter jungen Männern vorherrschenden Konzepte von Maskulinität sind eine entscheidende Triebfeder für männliches Risikoverhalten, wie etwa unsichere Sexualpraktiken. Wenn man Jungen und Männern mehr Möglichkeiten bietet, die Gleichstellung der Geschlechter aktiv zu unterstützen, wirkt sich das nicht nur positiv auf Frauen und Mädchen aus, sondern auch auf ihr eigenes Leben. Es eröffnet ihnen die Chance, in eine zukünftige Männergeneration hineinzuwachsen, die nach den Prinzipien der Gleichberechtigung lebt.

Kampagnen in den Massenmedien haben eine gewisse Wirkung hinsichtlich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (einschließlich Aids-Prävention, Behandlung und Pflege), hinsichtlich geschlechtsspezifischer Gewalt, Vaterschaft und der Gesundheit von Müttern, Neugeborenen und Kindern gezeigt. Effektive Kampagnen gehen normalerweise über die bloße Vermittlung von Informationen hinaus und ermutigen Jungen und Männer dazu, über konkrete Probleme wie etwa Gewalt gegen Frauen zu sprechen. Einige erfolgreiche Kampagnen arbeiten auch mit Botschaften, die auf gleichberechtigte Lebensstile bezogen sind, um so bestimmte Typen männlicher Identität zu fördern und zu verstärken. Kampagnen allein in den Massenmedien bewirken zwar nur einen geringen Wandel im Verhalten, führen aber zu signifikanten Veränderungen bei den Verhaltensabsichten.



भौतिक कैलकुलेटर

1	11	21	31	41	51	61	71	81	91
2	12	22	32	42	52	62	72	82	92
3	13	23	33	43	53	63	73	83	93
4	14	24	34	44	54	64	74	84	94
5	15	25	35	45	55	65	75	85	95
6	16	26	36	46	56	66	76	86	96
7	17	27	37	47	57	67	77	87	97
8	18	28	38	48	58	68	78	88	98
9	19	29	39	49	59	69	79	89	99
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100



5

Der Weg voran

Abhängig von den Chancen und Wahlmöglichkeiten, die Heranwachsende haben, können sie entweder aktive Bürger werden oder ein Leben in Armut und ohne Stimme führen.

© Mark Tuschman/Educate Girls India

Die meisten Länder haben Maßnahmen ergriffen, um Teenagerschwangerschaften zu vermeiden – und in manchen Fällen auch, um schwangere Mädchen zu unterstützen. Allerdings beschränken sich viele dieser Maßnahmen bislang hauptsächlich darauf, das Verhalten von Mädchen zu ändern. Stattdessen sollten die zugrunde liegenden Ursachen in den Mittelpunkt gestellt werden, darunter mangelnde Gleichstellung der Geschlechter, Armut, sexualisierte Gewalt, Kinderhehen, mangelnde Chancen im Bildungsbereich und auf dem Arbeitsmarkt sowie negative Einstellungen gegenüber heranwachsenden Mädchen. Auch der Rolle von Männern und Jungen wird noch immer viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

▼ *Ein jugendfreundliches Gesundheitszentrum in Guatemala*
© Mark Tuschman/Planned Parenthood Global



1 Mädchen von zehn bis 14 Jahren erreichen

Die Bedürfnisse und Risiken sehr junger Heranwachsender werden von der Politik häufig übersehen. Regierungen, Gemeinden und die Zivilgesellschaft sollten schon für zehn- bis 14-jährige Mädchen die Grundlagen für die sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte schaffen – und dafür, dass sie alle Menschenrechte wahrnehmen können. Zentral ist eine strategische Planung präventiver Maßnahmen einschließlich einer altersgerechten und umfassenden Sexualaufklärung sowie von Maßnahmen, die es Mädchen ermöglichen, zur Schule zu gehen und einen Abschluss zu machen.

Über Schwangerschaften bei Mädchen unter 15 Jahren liegen nur sehr wenige Forschungsergebnisse vor. Volkszählungen und Haushaltsumfragen sollten in Zukunft eine Reihe von Fragen zu zehn- bis 14-Jährigen enthalten. Diese Fragen sollten klären, ob die biologischen Eltern im Haushalt leben, ob die Heranwachsenden verheiratet und/oder selbst schon Eltern sind, welchen Bildungsgrad sie erreicht haben – bzw. ob sie noch zur Schule gehen – und ob sie eine Arbeit haben. Wo solche Daten erhoben werden, sollten sie problemlos zugänglich sein und getrennt von den Daten zu älteren heranwachsenden Mädchen analysiert werden.

Bei Entwicklung und Umsetzung von Programmen sollte durch die Erhebung einfacher, aber qualitativ hochwertiger Daten sichergestellt werden, dass das Angebot dem tatsächlichen Bedarf entspricht – und dass diejenigen Mädchen im Alter von zehn bis 14 Jahren, die am ehesten der Gefahr von Schulabbruch, Kinderheirat, früher oder ungewollter Schwangerschaft und sexualisierter Gewalt ausgesetzt sind, rechtzeitig mit angemessenen Maßnahmen erreicht werden.

2 In die Bildung von Mädchen investieren

Wenn Mädchen in der Schule bleiben und einen Bildungsabschluss machen, ist die Wahrscheinlichkeit geringer, dass sie früh heiraten und Kinder bekommen. Damit Mädchen zur Schule gehen bzw. dort bleiben können, bietet sich eine Reihe konkreter Maßnahmen an: Schulgebühren erlassen, kostenlose Schuluniformen, Lehrbücher und Unterrichtsmaterialien bereitstellen, kostenlose Mahlzeiten anbieten, Stipendien für Mädchen aus einkommensschwachen Familien gewähren, »Conditional Cash Transfers« anbieten, damit Mädchen zur Schule gehen und dort bleiben können, mehr Lehrerinnen rekrutieren sowie eine sichere Umgebung für die Mädchen an der Schule und auf dem Schulweg schaffen. Darüber hinaus entscheiden die Qualität des Unterrichts und die Art und Weise, wie Mädchen von Klassenkameraden, Lehrern und der Schulverwaltung behandelt werden, mit darüber, ob sie an der Schule bleiben. Wenn man das Bewusstsein von Eltern und Familien für die langfristigen Vorteile der Bildung von Mädchen stärkt, vermindert auch das die Gefahr, dass sie die Schule abbrechen.

Damit mehr Mädchen ihre Schulbildung abschließen können, muss es ihnen ermöglicht werden, nach einer Schwangerschaft oder Geburt an die Schule zurückzukehren. Jungen Müttern müsste dazu Kinderbetreuung, finanzielle Unterstützung und Beratung angeboten werden. Mädchen, die die formale Schulbildung nicht fortsetzen, benötigen alternative Aus- und Weiterbildungskurse. Solche Maßnahmen tragen auch dazu bei, eine zweite Schwangerschaft zu verhindern, und verbessern die Gesundheitssituation und Zukunftschancen für junge Mütter und ihre Kinder.

3 Menschenrechtsbasierte Ansätze übernehmen und internationale Menschenrechtsvorgaben erfüllen

Es existieren bereits Mechanismen, um Verstöße gegen reproduktive Rechte zu melden und zu untersuchen. Sie allein bewirken jedoch wenig, wenn Heranwachsende nicht in der Lage sind, sie anzuwenden oder nicht von ihrer



▲ Eine Jugendberaterin, die mit lokalen Gesundheitszentren zusammenarbeitet, um äthiopische Jugendliche mit Informationen und Verhütungsmitteln zu versorgen

© Mark Tuschman/Planned Parenthood Global

Existenz wissen. Daher ist es unerlässlich, effektive und bedarfsgerechte Rechenschaftssysteme zu entwickeln und umfassend darüber zu informieren. Zusätzlich können nach Alter und Einkommen aufgeschlüsselte Daten zu Teenagerschwangerschaften dazu beitragen, dass die Bedürfnisse und der ungedeckte Bedarf aller Bevölkerungsgruppen in Gesetzen und Maßnahmen berücksichtigt werden. Dies ist besonders für die Gruppe der zehn- bis 14-jährigen Mädchen wichtig, da für diese Altersgruppe kaum Daten vorliegen und entsprechend kaum Einblicke in die besonderen Bedürfnisse, Verwundbarkeiten und Herausforderungen dieser Mädchen möglich sind.

4 Den Zugang zu umfassender Sexualaufklärung und Gesundheitsdiensten sowie zu medizinischer Versorgung für Mütter gewährleisten

Sexualaufklärung ausbauen

Eine umfassende Sexualaufklärung muss so ausgebaut werden, dass sie Mädchen und Jungen sowohl inner- als auch außerhalb des schulischen Kontexts erreicht – einschließlich derjenigen Mädchen und Jungen, die indigenen Völkern und ethnischen Minderheiten angehören.

Gleichberechtigung und Rechte in den Lehrplänen verankern

Eine umfassende Sexualaufklärung sollte auch die Themen Gender und Rechte in ausreichender Form berücksichtigen. Die Gleichstellung der Geschlechter und die Achtung der Menschenrechte spielen eine Schlüsselrolle bei der HIV-Prävention und dafür, dass aus jungen Menschen gesunde Erwachsene werden. Heranwachsende, die die Geschlechter als gleichberechtigt ansehen, werden tendenziell später sexuell aktiv und praktizieren eher Verhütung. Zudem weisen sie geringere Raten an sexuell übertragbaren Infektionen und ungewollten Schwangerschaften auf und leben auch seltener in Beziehungen, die von Gewalt geprägt sind.

Darüber hinaus ist Sexualaufklärung dann besonders effektiv, wenn sie altersgerecht, umfassend und evidenzbasiert ist, auf zentralen Werten und Menschenrechten basiert, kritisches Denken und zivilgesellschaftliches Engagement fördert und kulturell angemessen ist. Doch nur wenige Programme erreichen marginalisierte Heranwachsende einschließlich in extremer Armut lebender junger Menschen, verheirateter Mädchen und insbesondere derjenigen, die nicht zur Schule gehen. Deshalb müssen Programme entwickelt werden, die speziell auf Heranwachsende außerhalb der Schule abzielen.

Zugang zu Gesundheitsdiensten für Heranwachsende schaffen und ausbauen

Entscheidungsträger sollten sicherstellen, dass die Anbieter von Gesundheitsdiensten im Umgang mit jungen Menschen geschult sind, Vertraulichkeit wahren und umfassende, korrekte Informationen anbieten. Jugendfreundliche Dienste sollten zudem erschwingliche oder kostenlose Verhütungsmittel anbieten einschließlich Kondomen für Männer und Frauen, Notfallverhütung und einer großen Bandbreite moderner Verhütungsmethoden. Dazu sollten auch langfristig wirksame reversible Methoden gehören, die auf die Präferenzen und Bedürfnisse von Heranwachsenden abgestimmt sind.

Verbesserte Dienste müssen mit einer starken Mobilisierung und Beratungsangeboten in den Gemeinden einhergehen, damit junge Menschen wissen, welche Dienstleistungen ihnen zur Verfügung stehen und wie sie diese in Anspruch nehmen können. Gutscheinprogramme sind ein gutes Mittel, um benachteiligten Heranwachsenden Zugang zu Angeboten zu gewähren, die ihnen sonst wegen der Kosten möglicherweise verwehrt blieben. Darüber hinaus ist die Sensibilisierung des sozialen Umfelds wichtig, um mehr Bewusstsein für die Unterstützung jugendfreundlicher Dienste zu schaffen und den Vorbehalten zu begegnen, die häufig gegenüber Verhütungsangeboten für Jugendliche und sexuellen Aktivitäten vor einem bestimmten Alter oder außerhalb der Ehe bestehen.

Es gibt keine Lösung, die für alle passt: Während manche Jugendliche bevorzugt auf Dienste in Gesundheitseinrichtungen zugreifen, wählen andere lieber den Weg über Schulen, Apotheken oder andere Quellen. Entscheidend ist, dass unabhängig vom gewählten Weg dieselben Qualitätsstandards und Vertraulichkeit gewahrt bleiben. Gleichzeitig sollte darauf hingearbeitet werden, ein Basispaket an Diensten für Heranwachsende in die bestehenden Gesundheitsdienste zu integrieren.

Es muss mehr dafür getan werden, die heranwachsenden Mädchen zu identifizieren und anzusprechen, die dem höchsten Risiko früher Schwangerschaften und



© Mark Tuschman/Global Fund for Women

Benachteiligungen bei sexueller und reproduktiver Gesundheit ausgesetzt sind. Wenn verheiratete Mädchen im Rahmen bestehender Familienplanungs- und Verhütungsprogramme angesprochen werden, trägt das dazu bei, ihre Rechte zu verwirklichen und für mehr Gleichbehandlung sowie eine bessere Gesundheit zu sorgen. Parallel dazu sollte ein Wandel in der Einstellung von Männern und Jungen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Mädchen und ihren reproduktiven Rechten bewirkt werden.

Die Nutzung von vorgeburtlichen Gesundheitsdiensten, qualifizierter Geburtshilfe und Betreuung nach Abtreibungen verbessern

Um die Betreuung vor, während und nach der Geburt zu verbessern, sollte die Zahl und Reichweite von qualifiziertem Gesundheitspersonal vergrößert werden. Vor allem kann ein besserer Zugang zu Notfall-Geburtshilfe entscheidend dazu beitragen, die Mortalitäts- und Morbiditätsraten bei Müttern sowie die Entstehung von Geburtsfisteln zu senken.

Heranwachsende sollten außerdem Zugang zu Abtreibungsnachsorge haben. Dort, wo Abtreibungen legal sind, sollten sie sicher und leicht zugänglich sein. Wenn Heranwachsende einen besseren Zugang zu Verhütung haben, trägt das dazu bei, Abtreibungen zu verhindern, und Verletzungen und Todesfälle infolge von Komplikationen während der Schwangerschaft oder Geburt zu vermeiden.

Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen sollten Mädchen nach einer Geburt oder einem Schwangerschaftsabbruch über Verhütungsmöglichkeiten informieren und ihnen so dabei helfen, eine weitere Schwangerschaft zu verhindern oder zeitlich hinauszuschieben.

5 Kinderehen und sexualisierte Gewalt verhindern

Gesetze gegen Kinderehen erlassen, durchsetzen und auf die zugrunde liegenden Ursachen eingehen
Gegenüber Kinderehen darf es keine Toleranz geben. Gesetze zu erlassen, die Kinderehen verbieten, ist ein wichtiger Schritt. Aber so lange diese Gesetze nicht



© Mark Tuschman/Packard Foundation

durchgesetzt und nicht von der Bevölkerung unterstützt werden, bewirken sie wenig. Regierungen sollten unterschiedlichste Maßnahmen in Multisektor-Programmen auf mehreren Ebenen kombinieren, um insbesondere auf kommunaler Ebene einen Wandel schädlicher gesellschaftlicher Normen zu bewirken und Mädchen zu stärken. Dabei kommt dem Timing eine Schlüsselrolle zu: Maßnahmen – insbesondere solche, die auf die Schulbildung von Mädchen abzielen und darauf, ihre Fähigkeiten zu erweitern – müssen auf junge Heranwachsende (im Alter von zehn bis 14 Jahren) ausgerichtet werden. Nur so kann den Zwängen wirksam begegnet werden, aus Gründen der sozialen und ökonomischen Sicherheit früh zu heiraten und früh Kinder zu bekommen.

Konkret sollten Regierungen, die Zivilgesellschaft, Gemeindeführer und Familien folgende Maßnahmen in Betracht ziehen:

- Mädchen dabei helfen, zur Schule zu gehen, in der Schule zu bleiben und Fertigkeiten zu erwerben, so dass sie ihren Lebensunterhalt selbst verdienen, besser kommunizieren und verhandeln sowie Entscheidungen selbst treffen können, die ihr Leben unmittelbar beeinflussen.
- Programme für kommunale Entscheidungsträger, religiöse Führer und Eltern einführen, um deren Unterstützung für die Rechte und die Bildung von Mädchen, für spätere Eheschließungen und für die Veränderung schädlicher Normen und Praktiken zu gewinnen.
- Programme unterstützen, die Mädchen Alternativen zu frühen Eheschließungen eröffnen – einschließlich der Bereitstellung geschützter Räume, in denen Mädchen Selbstvertrauen aufbauen, ihre soziale Isolation überwinden, mit Gleichaltrigen und Mentoren interagieren, Schlüsselqualifikationen erwerben und Lebensentwürfe

jenseits von früher Eheschließung und früher Mutterschaft durchspielen können.

- »Conditional Cash Transfers« anbieten, damit Mädchen nicht von der Schule abgehen, und »Unconditional Cash Transfers«, um Kinderehen und Teenagerschwangerschaften zu verhindern.
- Informationen über die Entwicklung von Lebensperspektiven und Unterstützungsnetzwerken bereitstellen.
- Gesetze über ein Mindestalter für Eheschließungen erlassen, durchsetzen und die Unterstützung der Bevölkerung dafür gewinnen.
- Sämtliche Eheschließungen und Geburten registrieren bzw. bestehende Registrierungsvorschriften konsequent umsetzen, um Kinderehen leichter zu identifizieren.
- Vollzugsbeamte darin ausbilden, Fälle von Kinderehen zu erkennen, zu handhaben und die Täter gemäß den Gesetzen zur Verantwortung zu ziehen.

Mädchen vor Gewalt schützen

Um sexualisierte Gewalt abzuwenden, genügt es nicht, entsprechende Gesetze zu erlassen, sie durchzusetzen und die Täter strafrechtlich zu verfolgen. Vor allem ist Vorbeugung erforderlich. Regierungen und andere Akteure sollten folgende Maßnahmen in Betracht ziehen:

- Jungen und Mädchen für die Themen sexualisierte Gewalt, geschlechtsbasierte Gewalt und sexuelle Nötigung durch Maßnahmen sensibilisieren, die auf Jugendliche ausgerichtet sind und Sportaktivitäten, die Vermittlung von Schlüsselqualifikationen, Unterstützung durch Gleichaltrige, Mentor-Organisationen, HIV-Prävention, reproduktive Gesundheitsbildung, soziale Netzwerke und Diskussionsgruppen für Jungen und Männer einbeziehen.
- Lehrpläne für Sexualaufklärung und Schlüsselqualifikationen um Inhalte wie Gewalt, Nötigung, Menschenrechte und Respekt in Beziehungen erweitern.
- An Schulen das Bewusstsein für die Rechte von Heranwachsenden und Fragen der Geschlechtergleichstellung stärken.

- Im Bildungs-, Justiz- und Gesundheitswesen sowie in Behörden die Kenntnisse, Einstellungen und Praktiken der Mitarbeiter gegenüber sexualisierter Gewalt ausbauen. So wird ihre Fähigkeit, Fälle von Gewalt zu erkennen und darauf zu reagieren, verbessert.
- Rechtliche und politische Schritte ergreifen, um sexualisierter Gewalt vorzubeugen, die Opfer von sexualisierter Gewalt rehabilitieren und entschädigen sowie die Täter ermitteln, vor Gericht stellen und bestrafen.
- Programme, die auf eine Verbesserung der Lebensumstände von Heranwachsenden ausgerichtet sind, und Programme, die Männer und Jungen einbeziehen, um eine Komponente zu sexualisierter Gewalt und Nötigung erweitern.
- Programme unterstützen, die die ökonomischen, sozialen und gesundheitlichen Kompetenzen von Mädchen befördern, um sie weniger anfällig für sexualisierte Gewalt zu machen.

6 Mehrdimensionale Programme unterstützen

Allen Ursachen der Verwundbarkeit von Mädchen begegnen

Maßnahmen zur Vermeidung von Teenagerschwangerschaften müssen auf verschiedenen Ebenen ansetzen. Erforderlich sind umfassende, strategische und zielgerichtete Investitionen in Heranwachsende, die auf die unterschiedlichen Risiken für die Zielgruppen eingehen. Wichtig ist zudem, die vielfältigen Lebensumstände von Heranwachsenden zu erkennen und diejenigen Mädchen zu identifizieren, die dem höchsten Risiko früher Schwangerschaften und mangelnder reproduktiver Gesundheit ausgesetzt sind. Dazu sind multisektorale Programme notwendig, die über alle Bereiche hinweg – Gesundheit, Bildung und Lebensgrundlagen – die Kompetenzen von Mädchen stärken. Außerdem müssen sie soziale Netze schaffen und dabei helfen, den Status von Mädchen zu Hause, in der Familie, in der Gemeinde und in Beziehungen zu verbessern. Solche Programme sollten nicht nur

sektorübergreifend operieren, sondern auch auf mehreren Ebenen, vom Individuum über die Gemeinschaft bis hin zur Regierung. Politiker und Programmverantwortliche sollten die Möglichkeiten nutzen, die sich durch größer angelegte Programme in anderen Sektoren ergeben, insbesondere in der Bildung, der Gesundheit und der Armutsbekämpfung.

7 Männer und Jungen einbeziehen

Jungen sollten an der Entwicklung altersgerechter Instrumente und Ansätze zur Förderung der Geschlechtergleichstellung sowie der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte beteiligt werden. Werden positive Botschaften kommuniziert – zum Beispiel dass Jungen nicht nur ihr eigenes Leben, sondern auch das von Mädchen zum Guten beeinflussen können –, kann das die Bereitschaft von Jungen zur Mitarbeit stärken.

Im Rahmen altersgerechter, umfassender Lehrpläne für Sexualaufklärung sollte insbesondere Jungen und jungen Männern ermöglicht werden, über »Männlichkeit« und die damit verbundenen Erwartungen zu reflektieren, Mitgefühl

zu entwickeln und die Grundsätze von Respekt und Gleichberechtigung zu verinnerlichen.

8 Grundlagen für die Verbesserung der Gesundheit und Rechte von Heranwachsenden nach 2015 schaffen

Im Dezember 2012 hat UNFPA empfohlen, dass die Post-2015-Agenda die Rechte junger Menschen bekräftigen und Investitionen in qualitativ hochwertige Bildung, menschenwürdige Arbeit, relevante Schlüsselqualifikationen, den Zugang zu sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdiensten sowie zu umfassender Sexualaufklärung befürworten soll.

Das mit 27 Mitgliedern besetzte High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda hat im Mai 2013 einen Bericht mit Empfehlungen für den weiteren Weg zu einer globalen Post-2015-Agenda vorgelegt. Darin heißt es, dass die Agenda eine begrenzte Anzahl wichtiger Ziele und Maßnahmen umfassen sollte, deren Umsetzung mittels geeigneter Indikatoren gemessen werden soll.

Zu den von dem Panel ausgearbeiteten universellen Zielen gehören die Stärkung von Mädchen und Frauen und die Gleichstellung der Geschlechter. Als geeigneter Indikator wird die Beendigung von Kinderehen gesehen. Als weitere Ziele empfiehlt das Panel, gute Bildung zu gewährleisten und lebenslanges Lernen zu ermöglichen. Dazu zählt auch, dass jedes Kind Zugang mindestens zur unteren Ebene der Sekundarstufe hat. Als zusätzliches Ziel formulierte das Panel, allen Menschen ein gesundes Leben zu ermöglichen. Dies ließe sich – unter anderem – mit einem Indikator messen, der den Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte erfasst.

Die Regierungen sollten die vom High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda vorgeschlagenen Ziele und Indikatoren unterstützen.



© UNFPA/Matthew Cassel

Indikatoren

Überwachung der ICPD-Ziele:
ausgewählte Indikatoren

Seite 42

Demographische Indikatoren

Seite 48

Technische Hinweise

Seite 52

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	Mütter- und Kindergesundheit				Sexuelle und reproduktive Gesundheit			Bildung			
	Müttersterblichkeitsrate pro 100.000 Lebendgeburten (2010)	Betreute Geburten in % (2005/2012)	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 J. (1991/2010)	Kindersterblichkeit (< 5 J.) pro 1.000 Lebendgeburten (2010-2015)	Anteil der Frauen (15-49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in % (1990/2012)		Ungedeckter Bedarf an Familienplanung in % (1988/2012)	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe (1999/2012)		Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe (1999/2012)	
					irgendeine Methode	moderne Methode		männlich	weiblich	männlich	weiblich
Afghanistan	460	36	90	92	22	16				34	13
Ägypten	66	79	50	24	60	58	12	99	96		
Albanien	27	99	11	16	69	10	13	98	95	71	68
Algerien	97	95	4	32	61	52		98	97	72	74
Angola	450	49	165	156	18			93	78	15	12
Antigua und Barbuda		100	67	11				87	85	85	85
Äquatorialguinea	240		128	143	10	6		59	59		
Argentinien	77	99	68	13	79	70		100	99	80	88
Armenien	30	100	28	21	55	27	14	95	98	85	88
Aruba			36	17				93	96	70	74
Aserbaidshan	43	89	41	47	51	13	15	88	86	87	85
Äthiopien	350	10	79	74	29	27	26	90	84	17	11
Australien ¹	7	99	16	5	72	68		97	98	85	86
Bahamas	47	99	41	13				94	96	82	88
Bahrain	20	97	12	9	62	31		99	100	92	97
Bangladesch	240	31	133	42	61	52	14			43	51
Barbados	51	100	50	12				90	97	83	95
Belgien	8	99	11	4	70	69	3	99	99	90	87
Belize	53	94	90	15	55	52	16	100	91	64	65
Benin	350	84	114	108	13	8	27			27	13
Bhutan	180	58	59	48	66	65	12	89	92	54	62
Bolivien	190	71	89	52	61	34	20	91	91	70	70
Bosnien und Herzegowina	8	100	17	9	46	12	9	89	91		
Botswana	160	99	51	41	53	51		87	88	57	66
Brasilien	56	99	71	24	80	77	6	95	97		
Brunei	24	10	18	5						98	100
Bulgarien	11	99	48	11	69	40	30	99	100	84	82
Burkina Faso	300	67	130	137	16	15	25	66	63	21	17
Burundi	800	60	65	139	22	18	32	91	89	20	17
Chile	25	100	54	7	64			93	93	83	87
China ²	37	96	6	16	85	84	2				
China, Hong Kong ³			3	3	80	75		95	100	72	74
China, Macao ⁴			3	5				87	88	80	77
Costa Rica	40	95	67	10	82	80	5				
Curaçao				13							
Dänemark	12	99	6	4				95	97	88	91
Deutschland	7	99	9	4	66	62		100	100		
Dominika		100	48					96	97	80	89

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	Mütter- und Kindergesundheit				Sexuelle und reproduktive Gesundheit			Bildung			
	Müttersterblichkeitsrate pro 100.000 Lebendgeburten (2010)	Betreute Geburten in % (2005/2012)	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 J. (1991/2010)	Kindersterblich- keit (< 5 J.) pro 1.000 Lebendgeburten (2010-2015)	Anteil der Frauen (15-49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in % (1990/2012)		Ungedeckter Bedarf an Familienplanung in % (1988/2012)	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe (1999/2012)		Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe (1999/2012)	
					irgendeine Methode	moderne Methode		männlich	weiblich	männlich	weiblich
Dominikanische Republik	150	95	98	28	73	70	11	93	91	58	67
Dschibuti	200	78	27	83	18	17		57	51	28	20
Ecuador	110	89	100	21	73	59	7	99	100	73	75
El Salvador	81	85	65	21	72	66	9	96	96	59	61
Elfenbeinküste	400	59	111	107	18	13	29	67	56		
Eritrea	240		85	56	8	5	29	40	34	32	25
Estland	2	99	21	5	63	58		98	97	91	93
Fidschi	26	100	31	20				99	99	81	88
Finnland	5	99	8	3				98	98	93	94
Frankreich	8	98	12	4	76	74	2	99	99	98	100
Französisch-Guyana			84	14							
Französisch-Polynesien			41	8							
Gabun	230		144	65	31	19	28				
Gambia	360	56	104	100	13	9	22	68	71		
Georgien	67	97	44	22	53	35	12	96	94	84	80
Ghana	350	55	70	78	24	17	36	83	82	48	44
Grenada	24	100	53	12	54	52		96	99	84	84
Griechenland	3		12	4	76	46		99	99	98	98
Großbritannien	12		25	5	84	84		100	100	97	100
Guadeloupe			21	6							
Guam			52	11	67	58					
Guatemala	120	51	92	31	43	34	28	99	97	48	44
Guinea	610	46	153	127	6	5	22	90	76	42	27
Guinea-Bissau	790	44	137	156	14	10	6	77	73	11	6
Guyana	280	87	97	34	43	40	29	81	85	71	81
Haiti	350	26	69	67	35	31	37				
Honduras	100	66	108	32	65	56	17	97	98		
Indien	200	58	76	56	55	48	21	99	99		
Indonesien	220	80	66	31	62	58	11	98	100	74	74
Irak	63	89	68	32	53	34	8	94	84	49	39
Iran	21	97	31	22	73	59		99	100	82	80
Irland	6	100	16	4	65	61		99	100	98	100
Island	5		15	3				99	99	88	89
Israel	7		14	4				97	98	97	100
Italien	4	100	7	3	63	41	12	100	99	94	94
Jamaika	110	98	72	25	69	66	12	83	81	80	87
Japan	5	100	5	3	54	44		100	100	99	100
Jemen	200	36	80	76	28	19	40	83	70	48	31
Jordanien	63	99	32	20	59	41	13	91	91	83	88
Jungferninseln (USA)			52	11	78	73					
Kambodscha	250	71	48	51	51	35	17	96	95	39	36
Kamerun	690	64	127	115	23	14	24	100	87	44	39

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	Mütter- und Kindergesundheit				Sexuelle und reproduktive Gesundheit			Bildung			
	Müttersterblichkeitsrate pro 100.000 Lebendgeburten (2010)	Betreute Geburten in % (2005/2012)	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 J. (1991/2010)	Kindersterblichkeit (< 5 J.) pro 1.000 Lebendgeburten (2010-2015)	Anteil der Frauen (15-49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in % (1990/2012)		Ungedeckter Bedarf an Familienplanung in % (1988/2012)	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe (1999/2012)		Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe (1999/2012)	
					irgendeine Methode	moderne Methode		männlich	weiblich	männlich	weiblich
Kanada	12	99	14	5	74	72		100	100		
Kapverden	79	76	92	20	61	57	17	95	92	60	69
Kasachstan	51	99	31	30	51	50	12	100	100	90	90
Katar	7	100	15	8	43	32		95	95	87	96
Kenia	360	44	106	77	46	39	26	84	85	52	48
Kirgisistan	71	98	31	42	48	46	12	96	96	81	80
Kiribati		98	39	42	22	18	28			65	72
Kolumbien	92	99	85	23	79	73	8	90	90	73	79
Komoren	280		95	92	26	19	36	81	75		
Kongo	560	94	132	97	45	20	20	95	90		
Kongo, Dem. Rep.	540	80	135	180	18	6	24	34	32		
Korea	16	100	2	4	80	70		99	98	96	95
Korea, Dem. Volksrep.	81	100	1	28							
Kroatien	17	100	13	6				95	97	88	94
Kuba	73	100	51	6	74	73	9	98	98	87	87
Kuwait	14	99	14	11	52	39		97	100	86	93
Laos	470	37	110	45	38	35	27	98	96	43	39
Lesotho	620	62	92	82	47	46	23	74	76	23	37
Lettland	34	99	15	9	68	56	17	95	96	83	83
Libanon	25		18	10	58	34		97	97	72	80
Liberia	770	46	177	85	11	10	36	42	40		
Libyen	58	98	4	16	45	26					
Litauen	8		17	7	63	50	18	94	93	91	91
Luxemburg	20		7	3				94	96	85	88
Madagaskar	240	44	147	55	40	28	19	79	80	23	24
Malawi	460	71	157	119	46	42	26	91	98	30	29
Malaysia	29	99	14	5	49	32		96	96	66	71
Malediven	60	95	19	13	35	27	29	94	95	46	52
Mali	540	49	190	165	8	6	28	72	63	36	25
Malta	8	100	20	7	86	46		93	94	82	80
Marokko	100	74	18	32	67	57	12			38	32
Martinique			20	7							
Mauretanien	510	57	88	107	9	8	32	73	77	17	15
Mauritius ⁵	60	100	31	13	76	39	4			74	74
Mazedonien (Ehem. Jugosl. Rep.)	10	100	20	11				97	99	82	81
Mexiko	50	95	87	17	71	67	12	99	100	71	74
Mikronesien	100	100	52	40							
Moldawien	41	100	26	17	68	43	11	91	90	77	78
Mongolei	63	99	20	31	55		22	99	98	74	79
Montenegro	8	100	24	10	39	17		93	94		
Mosambik	490	54	193	116	12	11	19	93	88	18	17
Myanmar	200	71	17	63	46	46	19			49	52

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	Mütter- und Kindergesundheit				Sexuelle und reproduktive Gesundheit			Bildung			
	Müttersterblichkeitsrate pro 100.000 Lebendgeburten (2010)	Betreute Geburten in % (2005/2012)	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 J. (1991/2010)	Kindersterb- lichkeit (< 5 J.) pro 1.000 Lebendgeburten (2010-2015)	Anteil der Frauen (15-49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in % (1990/2012)		Ungedeckter Bedarf an Familienplanung in % (1988/2012)	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe (1999/2012)		Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe (1999/2012)	
					irgendeine Methode	moderne Methode		männlich	weiblich	männlich	weiblich
Namibia	200	81	74	42	55	54	21	84	88	44	57
Nepal	170	36	81	44	50	43	28	78	64		
Neukaledonien			21	15	75	72					
Neuseeland	15	96	29	5				99	100	94	95
Nicaragua	95	74	109	20	72	69	11	93	95	43	49
Niederlande	6		5	4	69	67		100	99	87	88
Niger	590	18	199	127	14	12	16	71	60	14	9
Nigeria	630	34	123	122	14	9	19	60	55		
Norwegen	7	99	10	3	88	82		99	99	94	94
Oman	32	99	12	9	32	25		98	97	94	94
Österreich	4	99	10	4	70	68					
Ost-Timor	300	30	54	49	22	21	32	91	91	37	41
Pakistan	260	45	16	71	27	19	25	79	65	40	29
Palästina ⁶	64		60	23	50	39		90	90	77	85
Panama	92	89	88	18	52	49		98	97	65	71
Papua Neuguinea	230	43	70	62	32	24	27				
Paraguay	99	85	63	37	79	70	5	84	84	59	63
Peru	67	85	72	26	69	50	6	97	97	77	78
Philippinen	99	62	53	27	49	36	22	88	90	56	67
Polen	5	100	16	6	73	28		97	97	90	92
Portugal	8		16	3	87	83		99	100	78	86
Puerto Rico			55	8	84	72	4	81	86		
Réunion			43	5	67	64					
Ruanda	340	69	41	74	52	44	21	89	92		
Rumänien	27	99	41	12	70	51	12	88	87	82	83
Russland	34	100	30	12	80	65		95	96		
Salomonen	93	70	70	47	35	27	11	88	87	44	42
Sambia	440	47	151	102	41	27	27	96	98		
Samoa		81	29	23	29	27	48	91	96	71	82
San Marino			1					91	93		
São Tomé und Príncipe	70	81	110	63	38	33	38	97	98	30	34
Saudi-Arabien	24	100	7	12	24			97	97		
Schweden	4		6	3	75	65		100	99	93	93
Schweiz	8		4	4	82	78		99	100	83	81
Senegal	370	65	93	75	13	12	29	77	81	24	19
Serbien ⁷	12	100	22	13	61	22	7	95	94	90	91
Seychellen		99	62	10				96	94	92	100
Sierra Leone	890	61	98	187	11	10	27				
Simbabwe	570	66	115	53	59	57	15				
Singapur	3	100	6	2	62	55					
Slowakei	6	100	21	7	80	66					
Slowenien	12	100	5	3	79	63	9	98	98	92	93

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

Land, Territorium oder Gebiet	Mütter- und Kindergesundheit				Sexuelle und reproduktive Gesundheit			Bildung			
	Müttersterblichkeitsrate pro 100.000 Lebendgeburten (2010)	Betreute Geburten in % (2005/2012)	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 J. (1991/2010)	Kindersterblichkeit (< 5 J.) pro 1.000 Lebendgeburten (2010-2015)	Anteil der Frauen (15-49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in % (1990/2012)		Ungedeckter Bedarf an Familienplanung in % (1988/2012)	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe (1999/2012)		Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe (1999/2012)	
					irgendeine Methode	moderne Methode		männlich	weiblich	männlich	weiblich
Somalia	1000	9	123	131	15	1					
Spanien	6		13	4	66	62	12	100	100	94	96
Sri Lanka	35	99	24	11	68	53	7	93	93	86	91
St. Kitts und Nevis		100	67					86	89	84	88
St. Lucia	35	99	49	14				88	88	85	85
St. Vincent und die Grenadinen	48	99	70	21				100	97	84	86
Südafrika	300		54	51	60	60	14	90	91	59	65
Sudan	730		70	86	9		29	50	42		
Südsudan				123	4	1					
Suriname	130	87	66	23	46	45		92	93	52	63
Swasiland	320	82	111	92	65	63	13	84	86	32	38
Syrien	70	96	75	21	58	43		99	100	68	68
Tadschikistan	65	88	27	73	28	26		100	96	91	81
Tansania	460	49	128	72	34	26	25	98	98		
Thailand	48	99	47	12	80	78	3	90	89	69	74
Togo	300	44	89	103	15	13	37			33	16
Tonga	110	99	16	24				94	89	67	80
Trinidad und Tobago	46	97	33	31	43	38		98	97	65	70
Tschad	1100	17	193	155	5	2	28	74	51	16	5
Tschechien	5	100	11	3	86	78	4				
Tunesien	56	95	6	17	63		7	100	99		
Türkei	20	91	38	18	73	46	6	100	98	81	76
Turkmenistan	67	100	21	60	62	53	13				
Turks- und Caicosinseln			26					77	84	72	69
Tuvalu		93	28		31	22	24				
Uganda	310	58	159	86	30	26	34	93	95	17	15
Ukraine	32	99	30	14	67	48	10	92	93	85	85
Ungarn	21	99	19	6	81	71	7	97	98	92	92
Uruguay	29	100	60	14	77	75		100	99	68	76
USA	21	99	39	7	76	70	8	95	96	89	90
Usbekistan	28	100	26	53	65	59	14	94	91		
Vanuatu	110	74	92	28	38	37		98	97	46	49
Venezuela	92	98	101	19	70	62	19	95	95	69	77
Ver. Arabische Emirate	12	100	34	7	28	24		94	98	80	82
Vietnam	59	92	35	20	78	60	4				
Weißrussland	4	100	21	7	73	56					
Westsahara				46							
Zentralafrik. Republik	890	41	133	150	19	9	19	78	60	18	10
Zypern	10	98	4	4				99	99	88	90

Überwachung der ICPD-Ziele: ausgewählte Indikatoren

Globale und regionale Daten ¹⁶	Mütter- und Kindergesundheit				Sexuelle und reproduktive Gesundheit			Bildung			
	Müttersterblichkeitsrate pro 100.000 Lebendgeburten (2010)	Betreute Geburten in % (2005/2012)	Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 J. (1991/2010)	Kindersterblichkeit (< 5 J.) pro 1.000 Lebendgeburten (2010-2015)	Anteil der Frauen (15-49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in % (1990/2012)		Ungedeckter Bedarf an Familienplanung in % (1988/2012)	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe (1999/2012)		Nettoeinschulungsrate in der Sekundarstufe (1999/2012)	
					irgendeine Methode	moderne Methode		männlich	weiblich	männlich	weiblich
Welt	210	70	49	52	64	57	12	92	90	64	61
stärker entwickelte Regionen ⁸	16		24	7	71	62	9	97	97	90	91
weniger entwickelte Regionen ⁹	240		53	57	63	57	13	91	89	61	57
am wenigsten entwickelte Länder ¹⁰	430		106	99	38	31	23	83	79	36	30
Afrika südlich der Sahara ¹¹	500	48	117	110	28	21	25	80	77	27	21
Arabische Staaten ¹²	140	76	48	44	53	44	17	89	83	64	58
Asien & Pazifik ¹³	160	69	35	40	68	63	10	95	94	63	60
Lateinamerika & Karibik ¹⁴	81	91	73	23	73	67	10	95	96	74	78
Osteuropa & Zentralasien ¹⁵	32	98	32	26	67	53	11	94	94	86	85

Demographische Indikatoren

■ männlich ■ weiblich

Land, Territorium oder Gebiet	Gesamtbevölkerung in Mio. (2013)	Bevölkerungswachstum in % (2010-15)	Lebenserwartung bei der Geburt (2010-15)		Gesamtf Fruchtbarkeitsrate, pro Frau (2010-15)	Bevölkerungsanteil im Alter 10-19 J. in % (2010)
Afghanistan	30,6	2,4	59	62	5,0	23
Ägypten	82,1	1,6	69	73	2,8	19
Albanien	3,2	0,3	75	81	1,8	19
Algerien	39,2	1,8	69	73	2,8	17
Angola	21,5	3,1	50	53	5,9	21
Antigua und Barbuda	0,1	1,0	73	78	2,1	18
Äquatorialguinea	0,8	2,8	51	54	4,9	20
Argentinien	41,4	0,9	73	80	2,2	16
Armenien	3,0	0,2	71	78	1,7	15
Aruba	0,1	0,4	73	78	1,7	15
Aserbajdschan	9,4	1,1	68	74	1,9	17
Äthiopien	94,1	2,6	62	65	4,6	23
Australien ¹	23,3	1,3	80	85	1,9	13
Bahamas	0,4	1,4	72	78	1,9	16
Bahrain	1,3	1,7	76	77	2,1	11
Bangladesch	156,6	1,2	70	71	2,2	21
Barbados	0,3	0,5	73	78	1,8	14
Belgien	11,1	0,4	78	83	1,8	11
Belize	0,3	2,4	71	77	2,7	20
Benin	10,3	2,7	58	61	4,9	21
Bhutan	0,8	1,6	68	68	2,3	20
Bolivien	10,7	1,6	65	69	3,3	21
Bosnien und Herzegowina	3,8	-0,1	74	79	1,3	14
Botswana	2,0	0,9	48	47	2,6	22
Brasilien	200,4	0,8	70	77	1,8	17
Brunei	0,4	1,4	77	80	2,0	17
Bulgarien	7,2	-0,8	70	77	1,5	10
Burkina Faso	16,9	2,8	55	57	5,6	22
Burundi	10,2	3,2	52	56	6,1	21
Chile	17,6	0,9	77	83	1,8	16
China ²	1.385,6	0,6	74	77	1,7	14
China, Hong Kong ³	7,2	0,7	80	86	1,1	11
China, Macao ⁴	0,6	1,8	78	83	1,1	11
Costa Rica	4,9	1,4	78	82	1,8	17
Curaçao	0,2	2,2	74	80	1,9	14
Dänemark	5,6	0,4	77	81	1,9	12
Deutschland	82,7	-0,1	78	83	1,4	10
Dominika	0,1	0,4				
Dominikanische Republik	10,4	1,2	70	77	2,5	19
Dschibuti	0,9	1,5	60	63	3,4	21
Ecuador	15,7	1,6	74	79	2,6	19

Land, Territorium oder Gebiet	Gesamtbevölkerung in Mio. (2013)	Bevölkerungswachstum in % (2010-15)	Lebenserwartung bei der Geburt (2010-15)		Gesamtf Fruchtbarkeitsrate, pro Frau (2010-15)	Bevölkerungsanteil im Alter 10-19 J. in % (2010)
El Salvador	6,3	0,7	68	77	2,2	23
Elfenbeinküste	20,3	2,3	50	51	4,9	22
Eritrea	6,3	3,2	60	65	4,7	20
Estland	1,3	-0,3	69	80	1,6	11
Fidschi	0,9	0,7	67	73	2,6	18
Finnland	5,4	0,3	77	84	1,9	12
Frankreich	64,3	0,5	78	85	2,0	12
Französisch-Guyana	0,2	2,5	74	81	3,1	18
Französisch-Polynesien	0,3	1,1	74	79	2,1	18
Gabun	1,7	2,4	62	64	4,1	20
Gambia	1,8	3,2	57	60	5,8	21
Georgien	4,3	-0,4	70	78	1,8	13
Ghana	25,9	2,1	60	62	3,9	21
Grenada	0,1	0,4	70	75	2,2	20
Griechenland	11,1	0,0	78	83	1,5	10
Großbritannien	63,1	0,6	78	82	1,9	12
Guadeloupe	0,5	0,5	77	84	2,1	15
Guam	0,2	1,3	76	81	2,4	18
Guatemala	15,5	2,5	68	75	3,8	22
Guinea	11,7	2,5	55	57	5,0	21
Guinea-Bissau	1,7	2,4	53	56	5,0	21
Guyana	0,8	0,5	64	69	2,6	20
Haiti	10,3	1,4	61	65	3,2	22
Honduras	8,1	2,0	71	76	3,0	22
Indien	1.252,1	1,2	65	68	2,5	19
Indonesien	249,9	1,2	69	73	2,3	17
Irak	33,8	2,9	66	73	4,1	21
Iran	77,4	1,3	72	76	1,9	17
Irland	4,6	1,1	78	83	2,0	12
Island	0,3	1,1	80	84	2,1	14
Israel	7,7	1,3	80	83	2,9	15
Italien	61,0	0,2	80	85	1,5	9
Jamaika	2,8	0,5	71	76	2,3	20
Japan	127,1	-0,1	80	87	1,4	9
Jemen	24,4	2,3	62	64	4,1	24
Jordanien	7,3	3,5	72	76	3,3	18
Jungferninseln (USA)	0,1	0,1	77	83	2,5	14
Kambodscha	15,1	1,7	69	74	2,9	21
Kamerun	22,3	2,5	54	56	4,8	22
Kanada	35,2	1,0	79	84	1,7	12
Kapverden	0,5	0,8	71	79	2,3	23

Land, Territorium oder Gebiet	Gesamtbevölkerung in Mio. (2013)	Bevölkerungswachstum in % (2010-15)	Lebenserwartung bei der Geburt (2010-15)		Gesamtfertbarkeitsrate, pro Frau (2010-15)	Bevölkerungsanteil im Alter 10-19 J. in % (2010)
			männlich	weiblich		
Kasachstan	16,4	1,0	61	72	2,4	15
Katar	2,2	5,9	78	79	2,1	6
Kenia	44,4	2,7	60	63	4,4	21
Kirgisistan	5,5	1,4	63	72	3,1	20
Kiribati	0,1	1,5	66	72	3,0	21
Kolumbien	48,3	1,3	70	78	2,3	18
Komoren	0,7	2,4	59	62	4,7	20
Kongo	4,4	2,6	57	60	5,0	20
Kongo, Dem. Rep.	67,5	2,7	48	52	6,0	22
Korea	49,3	0,5	78	85	1,3	13
Korea, Dem. Volksrep.	24,9	0,5	66	73	2,0	16
Kroatien	4,3	-0,4	74	80	1,5	11
Kuba	11,3	-0,1	77	81	1,5	13
Kuwait	3,4	3,6	73	75	2,6	13
Laos	6,8	1,9	67	69	3,0	23
Lesotho	2,1	1,1	49	50	3,1	24
Lettland	2,1	-0,6	67	77	1,6	11
Libanon	4,8	3,0	78	82	1,5	18
Liberia	4,3	2,6	59	61	4,8	21
Libyen	6,2	0,9	73	77	2,4	18
Litauen	3,0	-0,5	66	78	1,5	13
Luxemburg	0,5	1,3	78	83	1,7	12
Madagaskar	22,9	2,8	63	66	4,5	22
Malawi	16,4	2,8	55	55	5,4	22
Malaysia	29,7	1,6	73	77	2,0	19
Malediven	0,3	1,9	77	79	2,3	21
Mali	15,3	3,0	55	55	6,9	21
Malta	0,4	0,3	77	82	1,4	12
Marokko	33,0	1,4	69	73	2,8	19
Martinique	0,4	0,2	78	84	1,8	14
Mauretanien	3,9	2,5	60	63	4,7	21
Mauritius ⁵	1,2	0,4	70	77	1,5	16
Mazedonien (Ehem. Jugosl. Rep.)	2,1	0,1	73	77	1,4	14
Mexiko	122,3	1,2	75	80	2,2	19
Mikronesien	0,1	0,2	68	70	3,3	26
Moldawien	3,5	-0,8	65	73	1,5	14
Mongolei	2,8	1,5	64	71	2,4	18
Montenegro	0,6	0,0	72	77	1,7	14
Mosambik	25,8	2,5	49	51	5,2	21
Myanmar	53,3	0,8	63	67	2,0	18
Namibia	2,3	1,9	62	67	3,1	23

Land, Territorium oder Gebiet	Gesamtbevölkerung in Mio. (2013)	Bevölkerungswachstum in % (2010-15)	Lebenserwartung bei der Geburt (2010-15)		Gesamtfertbarkeitsrate, pro Frau (2010-15)	Bevölkerungsanteil im Alter 10-19 J. in % (2010)
			männlich	weiblich		
Nepal	27,8	1,2	67	69	2,3	22
Neukaledonien	0,3	1,3	74	79	2,1	16
Neuseeland	4,5	1,0	79	83	2,1	14
Nicaragua	6,1	1,4	72	78	2,5	22
Niederlande	16,8	0,3	79	83	1,8	12
Niger	17,8	3,9	58	58	7,6	20
Nigeria	173,6	2,8	52	53	6,0	21
Norwegen	5,0	1,0	79	84	1,9	13
Oman	3,6	7,9	75	79	2,9	14
Österreich	8,5	0,4	78	84	1,5	11
Ost-Timor	1,1	1,7	66	69	5,9	27
Pakistan	182,1	1,7	66	67	3,2	22
Palästina ⁶	4,3	2,5	71	75	4,1	24
Panama	3,9	1,6	75	80	2,5	17
Papua Neuguinea	7,3	2,1	60	64	3,8	21
Paraguay	6,8	1,7	70	75	2,9	20
Peru	30,4	1,3	72	77	2,4	19
Philippinen	98,4	1,7	65	72	3,1	21
Polen	38,2	0,0	72	80	1,4	12
Portugal	10,6	0,0	77	83	1,3	10
Puerto Rico	3,7	-0,2	75	82	1,6	16
Réunion	0,9	1,2	76	83	2,2	16
Ruanda	11,8	2,7	62	65	4,6	22
Rumänien	21,7	-0,3	70	77	1,4	11
Russland	142,8	-0,2	62	74	1,5	11
Salomonen	0,6	2,1	66	69	4,1	21
Sambia	14,5	3,2	56	59	5,7	22
Samoa	0,2	0,8	70	76	4,2	22
São Tomé und Príncipe	0,2	2,6	64	68	4,1	20
Saudi-Arabien	28,8	1,8	74	77	2,7	16
Schweden	9,6	0,7	80	84	1,9	12
Schweiz	8,1	1,0	80	85	1,5	11
Senegal	14,1	2,9	62	65	5,0	21
Serbien ⁷	9,5	-0,5	71	77	1,4	13
Seychellen	0,1	0,6	69	78	2,2	15
Sierra Leone	6,1	1,9	45	46	4,7	21
Simbabwe	14,1	2,8	59	61	3,5	23
Singapur	5,4	2,0	80	85	1,3	13
Slowakei	5,5	0,1	71	79	1,4	12
Slowenien	2,1	0,2	76	83	1,5	10
Somalia	10,5	2,9	53	57	6,6	22

Demographische Indikatoren

■ männlich ■ weiblich

Land, Territorium oder Gebiet	Gesamtbevölkerung in Mio. (2013)	Bevölkerungswachstum in % (2010-15)	Lebenserwartung bei der Geburt (2010-15)		Gesamtfurchbarkeitsrate, pro Frau (2010-15)	Bevölkerungsanteil im Alter 10-19 J. in % (2010)
			männlich	weiblich		
Spanien	46,9	0,4	79	85	1,5	9
Sri Lanka	21,3	0,8	71	77	2,4	15
St. Kitts und Nevis	0,1	1,1				
St. Lucia	0,2	0,8	72	77	1,9	18
St. Vincent und die Grenadinen	0,1	0,0	70	75	2,0	19
Südafrika	52,8	0,8	55	59	2,4	18
Sudan	38,0	2,1	60	64	4,5	22
Südsudan	11,3	4,0	54	56	5,0	21
Suriname	0,5	0,9	68	74	2,3	18
Swasiland	1,2	1,5	50	49	3,4	24
Syrien	21,9	0,7	72	78	3,0	21
Tadschikistan	8,2	2,4	64	71	3,9	21
Tansania	49,3	3,0	60	63	5,2	21
Thailand	67,0	0,3	71	78	1,4	14
Togo	6,8	2,6	56	57	4,7	21
Tonga	0,1	0,4	70	76	3,8	22
Trinidad und Tobago	1,3	0,3	66	74	1,8	14
Tschad	12,8	3,0	50	52	6,3	22
Tschechien	10,7	0,4	75	81	1,6	10
Tunesien	11,0	1,1	74	78	2,0	16
Türkei	74,9	1,2	72	79	2,1	17
Türkmenistan	5,2	1,3	61	70	2,3	20
Turks- und Caicosinseln	0,0	2,1				
Tuvalu	0,0	0,2				
Uganda	37,6	3,3	58	60	5,9	22
Ukraine	45,2	-0,6	63	74	1,5	11
Ungarn	10,0	-0,2	70	79	1,4	11
Uruguay	3,4	0,3	74	80	2,1	15
USA	320,1	0,8	76	81	2,0	13
Usbekistan	28,9	1,4	65	72	2,3	21
Vanuatu	0,3	2,2	70	74	3,4	20
Venezuela	30,4	1,5	72	78	2,4	18
Ver. Arabische Emirate	9,3	2,5	76	78	1,8	10
Vietnam	91,7	1,0	71	80	1,8	17
Weißrussland	9,4	-0,5	64	76	1,5	11
Westsahara	0,6	3,2	66	70	2,4	16
Zentralafrikanische Republik	4,6	2,0	48	52	4,4	22
Zypern	1,1	1,1	78	82	1,5	13

Globale und regionale Daten ¹⁶	Gesamtbevölkerung in Mio. (2013)	Bevölkerungswachstum in % (2010-15)	Lebenserwartung bei der Geburt (2010-15)		Gesamtfurchbarkeitsrate, pro Frau (2010-15)	Bevölkerungsanteil im Alter 10-19 J. in % (2010)
			männlich	weiblich		
Welt	7.162	1,1	68	72	2,5	16,7
stärker entwickelte Regionen⁸	1.253	0,3	74	81	1,7	11,5
weniger entwickelte Regionen⁹	5.909	1,3	67	70	2,6	17,9
am wenigsten entwickelte Länder¹⁰	898	2,3	59	62	4,2	21,4
Afrika südlich der Sahara¹¹	888	2,6	55	57	5,1	23,0
Arabische Staaten¹²	350	1,0	67	71	3,3	20,6
Asien & Pazifik¹³	3.785	1,9	69	72	2,2	17,6
Lateinamerika & Karibik¹⁴	612	1,1	71	78	2,2	18,7
Osteuropa & Zentralasien¹⁵	330	0,1	63	74	1,8	12,9

Anmerkungen zu den Indikatoren

- 1 Einschließlich Weihnachtsinseln, Kokosinseln und Norfolk-Insel.
- 2 Aus statistischen Gründen sind in den Daten für China die beiden chinesischen Sonderverwaltungsregionen Hongkong und Macao sowie Taiwan nicht enthalten.
- 3 Am 1. Juli 1997 wurde Hongkong eine Sonderverwaltungsregion Chinas.
- 4 Am 20. Dezember 1999 wurde Macao eine Sonderverwaltungsregion Chinas.
- 5 Einschließlich Agalega, Rodrigues und St. Brandon.
- 6 Am 29. November 2012 hat die UN-Generalversammlung die Resolution 67/19 erlassen. Laut Paragraph zwei dieser Resolution entschied die Generalversammlung, »Palästina den Status eines beobachtenden Nicht-Mitgliedsstaats in den Vereinten Nationen« zu geben. Einschließlich Ost-Jerusalem.
- 7 Einschließlich Kosovo.
- 8 Stärker entwickelte Regionen umfassen Europa, Nordamerika, Australien-Neuseeland und Japan.
- 9 Weniger entwickelte Regionen umfassen alle Regionen Afrikas, Lateinamerikas und der Karibik, Asiens (ohne Japan) sowie Melanesien, Mikronesien und Polynesien.
- 10 Am wenigsten entwickelte Länder nach der Definition der Vereinten Nationen.
- 11 Schließt nur Länder, Territorien oder andere Gebiete mit UNFPA-Programmen ein: Angola, Äquatorialguinea, Äthiopien, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Demokratische Republik Kongo, Elfenbeinküste, Eritrea, Gabun, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kamerun, Kapverden, Kenia, Komoren, Kongo, Lesotho, Liberia, Madagaskar, Malawi, Mali, Mauretania, Mauritius, Mosambik, Namibia, Niger, Nigeria, Ruanda, Sambia, Senegal, Seychellen, Sierra Leone, Simbabwe, Südafrika, Swasiland, Tansania, Togo, Tschad, Uganda, Zentralafrikanische Republik.
- 12 Einschließlich Ägypten, Algerien, Bahrain, Dschibuti, Irak, Jemen, Jordanien, Katar, Kuwait, Libanon, Libyen, Marokko, Oman, Palästina, Saudi-Arabien, Somalia, Sudan, Syrien, Tunesien und Vereinigte Arabische Emirate.
- 13 Schließt nur Länder, Territorien oder andere Gebiete mit UNFPA-Programmen ein: Afghanistan, Bangladesch, Bhutan, China, Cook-Inseln, Demokratische Volksrepublik Korea, Fidschi, Indien, Indonesien, Iran, Kambodscha, Kiribati, Laos, Malaysia, Malediven, Marshallinseln, Mikronesien, Mongolei, Myanmar, Nauru, Nepal, Niue, Ost-Timor, Pakistan, Palau, Papua Neuguinea, Philippinen, Samoa, Salomonen, Sri Lanka, Thailand, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vietnam.
- 14 Schließt nur Länder, Territorien oder andere Gebiete mit UNFPA-Programmen ein: Anguilla, Antigua und Barbuda, Argentinien, Bahamas, Barbados, Belize, Bermudas, Bolivien, Brasilien, Britische Jungferninseln, Cayman-Inseln, Chile, Costa Rica, Dominica, Dominikanische Republik, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Jamaika, Kolumbien, Kuba, Mexiko, Montserrat, Nicaragua, Niederländische Antillen, Panama, Paraguay, Peru, St. Kitts und Nevis, St. Lucia, St. Vincent und die Grenadinen, Surinam, Trinidad und Tobago, Turks- und Caicosinseln, Uruguay, Venezuela.
- 15 Schließt nur Länder, Territorien oder andere Gebiete mit UNFPA-Programmen ein: Albanien, Armenien, Aserbaidschan, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Moldawien, Rumänien, Russland, Serbien, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan, Weißrussland.
- 16 Regional aggregierte Daten sind gewichtete Durchschnittswerte aller Länder, in denen Daten zur Verfügung standen.



© Mark Tuschman/UNFPA

Technische Hinweise: Quellen und Definitionen

Die Datentabellen des Weltbevölkerungsberichts 2013 sollen herausstellen, welche Fortschritte in Bezug auf die quantitativen und qualitativen Ziele der Kairoer Weltbevölkerungskonferenz (ICPD) und die Millennium-Entwicklungsziele (MDGs) bei der Senkung der Müttersterblichkeit, beim Zugang zu Bildung sowie bei der reproduktiven und sexuellen Gesundheit erzielt wurden. Darüber hinaus enthalten die Tabellen eine Vielzahl demographischer Indikatoren.

Nationale Behörden und internationale Organisationen verwenden zum Teil unterschiedliche Methoden bei der Erhebung, Extrapolation und Analyse von Daten. Zum Zwecke der besseren internationalen Vergleichbarkeit der Daten verwendet UNFPA die von den wichtigsten Datenquellen verwendeten Standardmethoden, insbesondere die der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen. Aus diesem Grund weichen die in diesen Tabellen angeführten Zahlen in einigen Fällen von denen der nationalen Behörden ab.

Regionale Durchschnitte basieren auf Daten über Länder, Territorien und Gebieten mit UNFPA-Programmen und nicht unbedingt auf den von der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen verwendeten geographischen Definitionen. Eine Auflistung der in den einzelnen Regionalkategorien dieses Berichts enthaltenen Länder findet sich in den »Anmerkungen zu den Indikatoren«.

Überwachung der ICPD-Ziele

Mütter- und Kindersterblichkeit

Müttersterblichkeitsrate pro 100.000 Lebendgeburten

Quelle: Weltgesundheitsorganisation (WHO), UNICEF, UNFPA und Weltbank: »Trends in maternal mortality 1990 to 2010«. Dieser Indikator beziffert die jährliche Zahl der Frauen pro 100.000 Lebendgeburten, die im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft sterben – während der Schwangerschaft, der Entbindung oder innerhalb von 42 Tagen nach dem Ende der Schwangerschaft. Schätzwerte zwischen 100 und 999 werden auf die nächsten 10, Schätzwerte ab 1.000 auf die nächsten 100 aufgerundet. In mehreren Fällen weichen die Schätzwerte von den offiziellen Länderzahlen ab. Wo immer möglich, basieren die Schätzwerte auf offiziell gemeldeten Zahlen, allerdings unter Verwendung von Annäherungen, die eine Vergleichbarkeit der Informationen aus unterschiedlichen Quellen erleichtern. Für Details zur Herkunft der jeweiligen nationalen Schätzwerte siehe die jeweiligen Quellen. Im Rahmen des laufenden Prozesses zur Verbesserung der Daten zur Müttersterblichkeit werden die Schätzwerte und Methoden regelmäßig von WHO, UNICEF, UNFPA, akademischen Institutionen und anderen Organisationen überprüft und nötigenfalls überarbeitet. Wegen Veränderungen in den Methoden können vorherige Schätzungen für 1995 und 2000 nicht strikt mit diesen Schätzwerten verglichen werden. Die hier angeführten Schätzwerte zur Müttersterblichkeit basieren auf der globalen Datenbank zur Müttersterblichkeit, die alle fünf Jahre aktualisiert wird.

Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15-19 J.

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen: »2012 Update for the MDG Database: Adolescent Birth Rate« (UN-Publikation, POP/DB/Fert/A/MDG2012). Die Geburtenrate unter Heranwachsenden beziffert die Zahl der Geburten unter Frauen von 15 bis 19 Jahren pro 1.000 Frauen in dieser Altersgruppe. Hinsichtlich der standesamtlichen Registrierung sind diese Angaben Beschränkungen unterworfen, die von der Vollständigkeit der Eintragung ins Geburtenregister, dem Verfahren im Falle von Neugeborenen, die innerhalb von 24 Stunden nach der Geburt sterben, der Zuverlässigkeit der Meldedaten zum Alter der Mutter und der Berücksichtigung von Geburten aus früheren Perioden abhängen. Bevölkerungsschätzungen können Beschränkungen unterliegen, die mit Falschangaben zum Alter und begrenzter Abdeckung zusammenhängen. Bei Umfrage- und Zensusdaten entstammen Zähler wie Nenner aus derselben Bevölkerung. Die hauptsächlichsten Einschränkungen beziehen sich auf falsche Altersangaben, nicht gemeldeten Geburten, Falschangaben zum Geburtstag von Kindern und – im Falle von Umfragen – Unterschieden in den Stichproben.

Betreute Geburten in %

Quelle: Weltgesundheitsorganisation: »WHO global database on maternal health indicators, 2013 update« (www.who.int/gho). Der Indikator weist den Prozentsatz der Geburten aus, die in Anwesenheit von geschultem Gesundheitspersonal durchgeführt wurden. Dieses muss lebensrettende Geburtenbetreuung durchführen können. Das schließt die nötige Betreuung, Pflege und Beratung der Frauen



während der Schwangerschaft, der Geburt und danach mit ein. Das Gesundheitspersonal muss in der Lage sein, eigenständig Geburten zu betreuen und die Neugeborenen zu versorgen. Traditionelle Geburtshelfer – auch wenn sie ein kurzes Training absolviert haben – sind in dieser Zahl nicht erfasst.

Kindersterblichkeit (< 5 J.) pro 1.000 Lebendgeburten

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen: »World Population Prospects: The 2010 Revision. DVD Edition – Extended Dataset in Excel and ASCII formats« (UN-Publikation, ST/ESA/SER.A/306). Dieser Indikator gibt (ausgedrückt als Rate pro 1.000 Lebendgeburten) die Wahrscheinlichkeit an, mit der auf Basis der aktuellen altersspezifischen Sterberaten ein in einem gegebenen Jahr geborenes Kind vor Vollendung des fünften Lebensjahrs stirbt.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Anteil der Frauen (15-49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in %, irgendeine Methode/moderne Methode

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen: »2013 Update for the MDG Database: Contraceptive Prevalence« (UN-Publikation, POP/DB/CP/A/MDG2013). Diese Daten beziffern den Anteil der verheirateten Frauen (einschließlich derjenigen in nichtehelichen Lebensgemeinschaften), die zum gegenwärtigen Zeitpunkt irgendeine bzw. eine moderne Verhütungsmethode anwenden. Zu den modernen und klinischen Methoden zählen die Sterilisation des Mannes und der Frau, die Spirale, die Pille, Injektionen, Hormonimplantate, Kondome und von der Frau benutzte Barrieremethoden. Die Zahlen der einzelnen Länder sind nur teilweise vergleichbar. Die Gründe hierfür sind Unterschiede im Untersuchungszeitraum sowie bei der Formulierung der vorgelegten Fragen. Alle Länder- und regionalen Daten beziehen sich auf 15- bis 49-jährige Frauen. Angegeben sind die aktuellsten Umfragedaten aus dem Zeitraum von 1990 bis 2011.

Ungedeckter Bedarf an Familienplanung in %

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen: »2013 Update for the MDG Database: Unmet Need for Family Planning« (UN-Publikation, POP/DB/CP/B/MDG2013). Frauen mit einem ungedeckten Bedarf an Familienplanung sind Frauen, die fruchtbar und sexuell aktiv sind, aber keine Verhütungsmethode verwenden und angeben, dass sie den Zeitpunkt der nächsten Geburt hinausschieben möchten. Hierbei handelt es sich um eine Unterkategorie des gesamten ungedeckten Bedarfs an Familienplanung, der auch den Bedarf von Frauen einschließt, die die Geburtenzahl begrenzen möchten. Das Konzept des ungedeckten Bedarfs verweist auf die Kluft zwischen den reproduktiven Absichten von Frauen und ihrem Verhütungsverhalten. Im Hinblick auf die Überwachung der MDG-Ziele bezieht sich der ungedeckte Bedarf als Prozentanteil auf Frauen, die verheiratet sind oder in nichtehelichen Lebensgemeinschaften leben. Für weitere Analysen siehe auch »Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services: Estimates for 2012«, Guttmacher Institute und UNFPA, 2012 und Alkema, L., V. Kantorova, C. Menozzi und A. Biddlecom: »National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis«, The Lancet, 12.3.2013.

Bildung

Nettoeinschulungsraten (m/w) in der Primarstufe (gewichtet) und der Sekundarstufe

Quelle: Statistikbüro der Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur, Datenbericht vom Mai 2012, einsehbar auf stats.uis.unesco.org. Die Nettoeinschulungsraten geben den Anteil der eingeschulten Kinder und Jugendlichen aus der offiziellen Altersgruppe in den verschiedenen Stufen als Prozentsatz der entsprechenden Gesamtpopulation an. Die gewichtete Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe schließt auch Kinder ein, die offiziell im Primarschulalter sind, aber die Sekundarstufe besuchen. Angegeben sind die aktuellsten Schätzdaten aus dem Zeitraum von 1990 bis 2011.

Demographische Indikatoren

Gesamtbevölkerung in Mio. (2013)

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen: »World Population Prospects: The 2012 Revision«. CD-ROM Edition. Dieser Indikator gibt die geschätzte Bevölkerung eines Landes, einer Region oder einer Gegend zum 1. Juli des angezeigten Jahres an.

Bevölkerungswachstum in %

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen: »World Population Prospects: The 2012 Revision«. CD-ROM Edition. Das Bevölkerungswachstum ist die durchschnittliche prozentuale Wachstumsrate einer Bevölkerung während eines bestimmten Zeitraums. Die Zahl basiert auf dem mittleren Bevölkerungsszenario.

Lebenserwartung (m/w) bei der Geburt

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen: »World Population Prospects: The 2012 Revision«. CD-ROM Edition. Dieser Indikator ist ein Maß des Sterblichkeitsniveaus und gibt die durchschnittliche Zahl der erwarteten Lebensjahre einer hypothetischen Kohorte von Personen an, die im Laufe ihres Lebens den Sterblichkeitsraten in einer gegebenen Periode ausgesetzt sind. Die Daten beziehen sich auf den Zeitraum von 2010 bis 2015 und sind in Jahren angegeben.

Gesamtfruchtbarkeitsrate

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen: »World Population Prospects: The 2012 Revision«. CD-ROM Edition. Die Gesamtfruchtbarkeitsrate gibt die durchschnittliche Anzahl der Kinder an, die eine Frau im Laufe ihres Lebens bekommt, wenn die heutigen altersspezifischen Geburtenraten während ihrer fruchtbaren Jahre konstant bleiben. Der Zeitpunkt, an dem Länder das prognostizierte Niveau innerhalb der Periode erreichen, kann sich unterscheiden. Schätzwerte beziehen sich auf den Zeitraum von 2010 bis 2015.

Bevölkerungsanteil der 10- bis 19-Jährigen in %

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen: »World Population Prospects: The 2012 Revision«. CD-ROM Edition. Dieser Indikator gibt den Anteil der Altersgruppe der 10- bis 19-Jährigen an der Gesamtbevölkerung wieder.

Impressum

**Herausgeber
der deutschen Fassung:** Deutsche Stiftung Weltbevölkerung
Göttinger Chaussee 115
30459 Hannover
Telefon: 0511 94373-0
Fax: 0511 94373-73
E-Mail: hannover@dsw.org
Internet: www.weltbevoelkerung.de
Spendenkonto: 38 38 38 0 | Commerzbank Hannover | BLZ 250 400 66
IBAN: DE56 2504 0066 0383 8380 00 | BIC: COBADEFF 250

Übersetzung: Thomas Pfeiffer, Regina Eichstädter
Redaktion: Uwe Kerkow, Christoph Behrends (Stiftung Weltbevölkerung) und
Ute Stallmeister (Stiftung Weltbevölkerung, V.i.S.d.P.)
Gestaltung/Satz: grafik.design, Simone Schmidt, Hannover

Herausgeber des Berichts: UNFPA, Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen
30. Oktober 2013

Redaktionsteam: Autoren: Nancy Williamson, Robert W. Blum
Redaktionsleitung: Richard Kollodge
Redaktionsassistent: Robert Puchalik
Mitarbeit in Redaktion und Verwaltung: Mirey Chaljub
Vertriebsleitung: Jayesh Gulrajani
UNFPA Expertenteam: Bruce Campbell, Kate Gilmore, Mona Kaidbey, Laura Laski, Edilberto Loaiza,
Sonia Martinelli-Heckadon, Niyi Ojuolape, Jagdish Upadhyay, Sylvia Wong
Design: Prographics, Inc.

Danksagung: Die Redaktion dankt den folgenden UNFPA-Kollegen für ihre Einblicke, Beiträge und Rückmeldungen:
Alfonso Barragues, Abubakar Dungus, Nicole Foster, Luis Mora und Dianne Stewart. Edilberto Loaiza
hat die statistische Analyse produziert, die als Basis für diesen Bericht dient.

Weiterer Dank geht an die UNFPA-Kollegen Aicha El Basri, Jens-Hagen Eschenbaecher, Nicole Foster,
Adebayo Fayoyin, Hugues Kone, William A. Ryan, Alvaro Serrano und viele weitere Kollegen in
UNFPA-Büros auf der ganzen Welt, die Fachartikel entwickelt und dazu beigetragen haben, dass
sich die Stimmen von Heranwachsenden im Bericht wiederfinden.

Ein Teil der Empfehlungen geht auf Forschungen von Kwabena Osei-Danquah und Rachel Snow bei
UNFPA hinsichtlich der Fortschritte zurück, die seit der Verabschiedung des Aktionsprogramms
bei der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo 1994 erzielt wurden.

Shireen Jejeebhoy vom Population Council hat Literatur gesichtet und Texte zu sexualisierter Gewalt
gegen Heranwachsende bereitgestellt. Nicola Jones vom Overseas Development Institute hat
Untersuchungen zu Bargeldtransfers zusammengefasst. Monica Kothari von Macro International hat
Daten der Demographic and Health Surveys über die reproduktive Gesundheit von Jugendlichen
analysiert. Christina Zampas hat die Forschung und Bearbeitung von Menschenrechtsaspekten bei
Teenagerschwangerschaften geleitet.

Karten und Bezeichnungen: Die genutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Materials stellen keine Meinung von UNFPA
bezüglich des rechtlichen Status von Ländern, Territorien, Städten, Regionen, ihrer Amtsbefugnisse
oder Grenzen dar.

ClimatePartner 
**klimateutral
gedruckt**

Zertifikatsnummer:
53326-1310-1001
www.climatepartner.com

UNFPA, der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen

UNFPA, der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen, ist die größte internationale Organisation, die Bevölkerungsprogramme in Entwicklungsländern fördert und umsetzt.

UNFPA setzt sich für das Recht jeder Frau, jedes Mannes und jedes Kindes auf ein Leben in Gesundheit und Chancengleichheit ein. Der UN-Bevölkerungsfonds unterstützt Länder dabei, anhand von aktuellen Bevölkerungsdaten Politiken und Programme zu entwickeln, die die Armut verringern und sicherstellen, dass jede Schwangerschaft gewollt und jede Geburt sicher ist, dass sich kein junger Mensch einer Ansteckung mit HIV aussetzt und jedes Mädchen und jede Frau mit Respekt behandelt wird.

UNFPA - Delivering a world where every pregnancy is wanted, every childbirth is safe and every young persons's potential is fulfilled.

Mehr Informationen unter www.unfpa.org

Stiftung Weltbevölkerung

Die Stiftung Weltbevölkerung ist eine international tätige Entwicklungsorganisation und Partnerin von UNFPA.

Sie hilft jungen Menschen in Afrika und Asien, sich selbst aus ihrer Armut zu befreien. Ungewollte Schwangerschaften und Aids verschärfen die Armut und bedeuten für viele Jugendliche den Tod. Deshalb unterstützt die Stiftung Weltbevölkerung Aufklärungs- und Familienplanungsprojekte sowie Gesundheitsinitiativen in Entwicklungsländern. In Deutschland informiert sie über den engen Zusammenhang zwischen Bevölkerungsentwicklung, Armut, Gesundheit und Umweltschutz.

Stiftung Weltbevölkerung - Aufklärung schafft Zukunft

Mehr Informationen unter www.weltbevoelkerung.de



United Nations Population Fund
605 Third Avenue
New York, NY 10158 USA
Telefon: +1 212 297-5000
Internet: www.unfpa.org

© UNFPA 2013



Deutsche Stiftung Weltbevölkerung
Göttinger Chaussee 115
30459 Hannover
Telefon: 0511 94373-0
Fax: 0511 94373-73

E-Mail: hannover@dsw.org
Internet: www.weltbevoelkerung.de