



Weltbevölkerungsbericht 2022

VERBORGENES SEHEN

Die Krise der
unbeabsichtigten
Schwangerschaften

Deutsche Kurzfassung

VERBORGENES SEHEN

**Die Krise der
unbeabsichtigten
Schwangerschaften**

UNFPA, der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen

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

Mehr Informationen unter www.unfpa.org

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW)

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

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

Mehr Informationen unter www.dsw.org



RECHTE UND ENTSCHEIDUNGSFREIHEIT FÜR ALLE



Weltbevölkerungsbericht 2022

VERBORGENES SEHEN

Die Krise der
unbeabsichtigten
Schwangerschaften

INHALT

VORWORT 4
DEFINITIONEN 6



KAPITEL 1

Die unsichtbare Krise vor unseren Augen

SEITE 11

IM FOKUS: Faktoren, die zu unbeabsichtigten Schwangerschaften beitragen17

KAPITEL 2

Der Nachweis ist erbracht. Unbeabsichtigte Schwangerschaften hängen mit Entwicklung zusammen

SEITE 19

IM FOKUS: Schwangerschaft und Wahlfreiheit bei Jugendlichen 28

KAPITEL 3

Jede Frau kann mangels Handlungsmöglichkeiten unbeabsichtigt schwanger werden

SEITE 31

EXKURS: Gewalt, Nötigung und Machtlosigkeit38



KAPITEL 4

Herausforderungen auf dem Weg zur Wahlfreiheit

SEITE 45

EXKURS: Das nächste Verhütungsmittel für Männer: Wieso dauert das so lange? . . . 48

KAPITEL 5

Der wahre Preis von unbeabsichtigten Schwangerschaften

SEITE 59

IM FOKUS: Manche Anwenderinnen sind von ihrer Verhütung enttäuscht . . 68

KAPITEL 6

Handlungsfähigkeit als Schlüssel zur Agenda 2030

SEITE 71

INDIKATOREN 81

TECHNISCHE HINWEISE 100

VORWORT



Eine Welt, in der jede Schwangerschaft gewollt ist: Dieses Ziel ist ein Grundpfeiler unserer Mission beim Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA).

Jeder Mensch hat das Recht auf körperliche Selbstbestimmung, und vielleicht gibt es dafür keine wichtigere Grundvoraussetzung, als frei entscheiden zu können, ob, wann und mit wem man ein Kind bekommen möchte.

Das Grundrecht, frei und eigenverantwortlich über die Zahl der eigenen Kinder und den zeitlichen Abstand der Geburten zu bestimmen, wurde in zahlreichen internationalen Menschenrechtsübereinkommen der letzten fünf Jahrzehnte anerkannt. In diesem Zeitraum hat sich die Verfügbarkeit wirksamer moderner Verhütungsmittel auf der ganzen Welt enorm verbessert – eine der größten Errungenschaften der neueren Geschichte im Gesundheitsbereich. Aber warum ist dann die Hälfte aller Schwangerschaften unbeabsichtigt?

1994 wurde im Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo (International Conference on Population and Development, ICPD) anerkannt, dass die Stärkung, die vollständige Gleichstellung und die Selbstbestimmung von Frauen unerlässliche Voraussetzungen für den gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Fortschritt sind. Heute gehören diese Ziele zum Fundament der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. Darin wird ausdrücklich anerkannt, welche Bedeutung die sexuelle und reproduktive Gesundheit und die Gleichstellung der Geschlechter für die Verwirklichung einer besseren Zukunft haben. Außerdem enthält die Agenda 2030 spezifische Indikatoren für die Fähigkeit von Frauen

und jungen Mädchen, fundierte Entscheidungen über sexuelle Beziehungen, die Anwendung von Verhütungsmitteln und die reproduktive Gesundheitsversorgung zu treffen.

Aus diesem Grund richten sich die Anstrengungen von UNFPA vor allem darauf, den Zugang zu Informationen und Dienstleistungen zu verbessern, die Frauen und Mädchen brauchen, um ihre reproduktiven Rechte wahrnehmen und selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können. Diese Rechte und Entscheidungsfreiheiten fördern die Gleichstellung der Geschlechter und befähigen Frauen und Mädchen, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen und ihr Potenzial voll auszuschöpfen.

Wir wissen, welch hohen Tribut unbeabsichtigte Schwangerschaften fordern – von der persönlichen Gesundheit, Bildung und Zukunft der Betroffenen, vom Gesundheitssystem, den Erwerbstätigen und den Gesellschaften insgesamt. Da stellt sich die Frage: Warum wird nicht mehr dafür getan, die körperliche Selbstbestimmung aller Menschen zu gewährleisten?

Das Thema dieses Berichts ist eine Herausforderung, auch weil das Problem so weit verbreitet ist. Fast alle haben ihre Erfahrungen damit gemacht, sei es, dass sie selbst unbeabsichtigt schwanger wurden oder dass sie Betroffene kennen. Für die einen bedeutet es eine persönliche Krise, für andere entpuppt es sich als Glück im Unglück.

Über das persönliche Umfeld hinaus haben unbeabsichtigte Schwangerschaften tiefere gesellschaftliche Ursachen und globale Folgen. In diesem Bericht geht es demnach nicht um ungewollte Babys oder erfreuliche Miss-

geschicke auch nicht um Mutterschaft. Und auch wenn sich das Thema Schwangerschaftsabbruch in der Diskussion nicht ausblenden lässt – über 60 Prozent der unbeabsichtigten Schwangerschaften werden abgebrochen –, ist auch dies nicht der Hauptgegenstand dieses Berichts. Hier geht es vielmehr um die Bedingungen, die vor einer unbeabsichtigten Schwangerschaft herrschen, um die massiv beeinträchtigte Entscheidungsfreiheit der betroffenen Personen oder Paare und die vielen Folgewirkungen für Menschen und Gesellschaften über Generationen hinweg.

Eigene Forschungen und neue Daten von Partnerorganisationen zeigen uns, dass Scham, Stigmatisierung, Angst, Armut, die Benachteiligung von Frauen und viele andere Faktoren verhindern, dass Frauen und Mädchen selbstbestimmte Entscheidungen treffen: Die Entscheidung, Verhütungsmittel zu erfragen und zu erhalten, mit ihrem Partner über Kondome zu verhandeln, sich Gehör zu verschaffen und ihre Wünsche und Ziele zu verfolgen. Vor allem aber wirft der vorliegende Bericht die provozierende und erschütternde Frage auf, inwieweit Frauen und Mädchen in dieser Welt überhaupt Wertschätzung erfahren, von ihrer Reproduktionsfähigkeit einmal abgesehen. Denn wenn Frauen und Mädchen gleichgestellt und uneingeschränkt befähigt sein sollen, einen Beitrag für ihre Gesellschaften zu leisten, dann müssen sie die Mittel, die Informationen und die Macht haben, die [oben genannten, *Anm. d. Redaktion*] grundlegenden Entscheidungen selbstbestimmt zu treffen.

Es ist unmöglich festzustellen, welchen Tribut unbeabsichtigte Schwangerschaften insgesamt fordern, und schon gar nicht lässt sich dieser allein in Zahlen ausdrücken. Aber es gibt immer mehr Belege für die massiven

Opportunitätskosten – von der Korrelation zwischen dem Anteil unbeabsichtigter Schwangerschaften und einer gedrosselten menschlichen Entwicklung über die damit verbundenen milliardenschweren Kosten für das Gesundheitswesen bis hin zu den anhaltend hohen Raten unsicherer Schwangerschaftsabbrüche und der dadurch verursachten Müttersterblichkeit. Unsichere Schwangerschaftsabbrüche sind eine der Hauptursachen für die über 800 Sterbefälle von Müttern jeden Tag. Diesen Preis kann sich die Welt einfach nicht leisten.

Wir nähern uns bereits dem Jahr 2030, der Deadline der Ziele für nachhaltige Entwicklung und der transformativen Ziele von UNFPA. Bis dahin sollen der gesamte Bedarf an Familienplanung gedeckt, vermeidbare Sterbefälle von Müttern verhindert, Gewalt gegen Frauen und Mädchen sowie schädliche Praktiken einschließlich weiblicher Genitalverstümmelung und Frühverheiratung beendet werden. Wir müssen uns beeilen und dürfen nicht nachlassen, das Leben von Frauen und Mädchen zu verändern und diejenigen zu erreichen, die sonst womöglich zurückgelassen werden. Unbeabsichtigte Schwangerschaften zu verhindern ist ein erster Schritt und nicht verhandelbar. Wer in der Lage ist, Entscheidungen über die eigene Gesundheit, den eigenen Körper und die eigene Zukunft selbstbestimmt und fundiert zu treffen, kann zu einer besseren Gesellschaft und einer nachhaltigeren Welt beitragen, in der mehr Gleichberechtigung und Gerechtigkeit herrschen.

Dr. Natalia Kanem

Exekutivdirektorin Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA)

Definitionen

Definitionen im Zusammenhang mit unbeabsichtigten Schwangerschaften und Empfängnisverhütung sind oft problematisch. Viele Begriffe können je nach sozialem oder geografischem Kontext unpassend sein.

UNBEABSICHTIGTE SCHWANGERSCHAFT -

KANN GEWOLLT ODER UNGEWOLLT SEIN

EINE SCHWANGERSCHAFT, DIE BEI EINER FRAU EINGETRETEN IST, DIE KEINE (WEITEREN) KINDER HABEN WOLLTE, ODER DIE ZUM FALSCHEN ZEITPUNKT EINGETRETEN IST, D. H. FRÜHER ALS GEWÜNSCHT.

DIESE DEFINITION GILT UNABHÄNGIG VOM AUSGANG DER SCHWANGERSCHAFT (OB SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH, FEHLGEBURT ODER UNGEPLANTE GEBURT).

SYNONYM: UNGEPLANTE SCHWANGERSCHAFT

FAMILIENPLANUNG -

DIE INFORMATIONEN, MITTEL UND METHODEN, MIT DENEN PERSONEN ENTSCHEIDEN KÖNNEN, OB UND WANN SIE KINDER HABEN MÖCHTEN. DAZU GEHÖREN EINE BREITE PALETTE VON VERHÜTUNGSMITTELN SOWIE NICHT-INVASIVE VERHÜTUNGSMETHODEN WIE DIE KALENDERMETHODE. AUCH INFORMATIONEN DARÜBER, WIE MAN SCHWANGER WERDEN KANN, WENN DIES ERWÜNSCHT IST, SOWIE ÜBER DIE BEHANDLUNG VON UNFRUCHTBARKEIT GEHÖREN DAZU.

ANMERKUNG: DER BEGRIFF „FAMILIENPLANUNG“ IST NICHT IN ALLEN SOZIALEN KONTEXTEN PASSEND.

SYNONYM: (EMPFÄNGNIS-)VERHÜTUNG

UNGEWOLLTE SCHWANGERSCHAFT -

1. EINE SCHWANGERSCHAFT, DIE EINE FRAU NICHT WILL.
2. (AKADEMISCH) IN UMFRAGEN WIRD DIES HÄUFIG ALS EINE SCHWANGERSCHAFT DEFINIERT, DIE EINTRAT, ALS EINE FRAU KEINE KINDER ODER KEINE WEITEREN KINDER HABEN WOLLTE. DIE AKADEMISCHE DEFINITION LÄSST AUSSER ACHT, DASS EINE FRAU SICH AUCH DANN FÜR EINE SCHWANGERSCHAFT ENTSCHEIDEN KANN, WENN SIE EIGENTLICH KEINE (WEITEREN) KINDER HABEN WOLLTE.

ANMERKUNG: UNGEWOLLTE SCHWANGERSCHAFT UND UNBEABSICHTIGTE SCHWANGERSCHAFT SOLLTEN NICHT SYNONYM BENUTZT WERDEN.

Abbr

SEXUALAUFKLÄRUNG

ES GEHT UM DAS LEHREN UND LERNEN EMOTIONALER, KÖRPERLICHER UND SOZIALER ASPEKTE VON SEXUALITÄT. ZIEL IST, JUNGEN MENSCHEN WISSEN, FÄHIGKEITEN UND WERTE ZU VERMITTELN, DAMIT SIE ENTSCHEIDUNGEN FÜR IHRE GESUNDHEIT UND IHR WOHLBEFINDEN TREFFEN KÖNNEN. DAZU GEHÖRT AUCH, DASS SIE IHRE RECHTE KENNEN UND EINFORDERN UND EIN VERSTÄNDNIS VON RESPEKTVOLEN SOZIALEN UND SEXUELLEN BEZIEHUNGEN SOWIE DEN EIGENEN BEDÜRFNISSEN ENTWICKELN.

SCHWANGERSCHAFT ZU EINEM UNPASSENDEN ZEITPUNKT -

1. EINE SCHWANGERSCHAFT, DIE ZU EINEM ZEITPUNKT EINTRIT, ALS DIE FRAU NICHT BEABSICHTIGTE, SCHWANGERT ZU WERDEN, AUCH WENN SIE SICH EIN KIND FÜR EINEN SPÄTEREN ZEITPUNKT WÜNSCHTE.
2. (AKADEMISCH) BEI ERHEBUNGEN WIRD DIES IN DER REGEL ALS EINE SCHWANGERSCHAFT DEFINIERT, DIE ZWEI ODER MEHR JAHRE VOR DEM KINDERWUNSCH DER FRAU EINTRIT.

ANMERKUNG: DIESE SCHWANGERSCHAFTEN GELTEN MEIST ALS UNBEABSICHTIGT.

(EMPFÄNGNIS-)VERHÜTUNG -

UNTERSCHIEDEN WIRD ZWISCHEN MODERNER VERHÜTUNG UND TRADITIONELLER VERHÜTUNG. MODERNE VERHÜTUNG MEINT DIE ABSICHTLICHE VERHINDERUNG EINER SCHWANGERSCHAFT, Z. B. DURCH DEN EINSATZ VON HILFSMITTELN, MEDIKAMENTEN ODER CHIRURGISCHE EINGRIFFE, DEREN WIRKSAMKEIT DURCH MEDIZINISCHE STUDIEN NACHGEWIESEN IST. BEI TRADITIONELLEN VERHÜTUNG GIBT ES I.D.R. KEINEN EINDEUTIGEN NACHWEIS ÜBER DIE WIRKSAMKEIT.

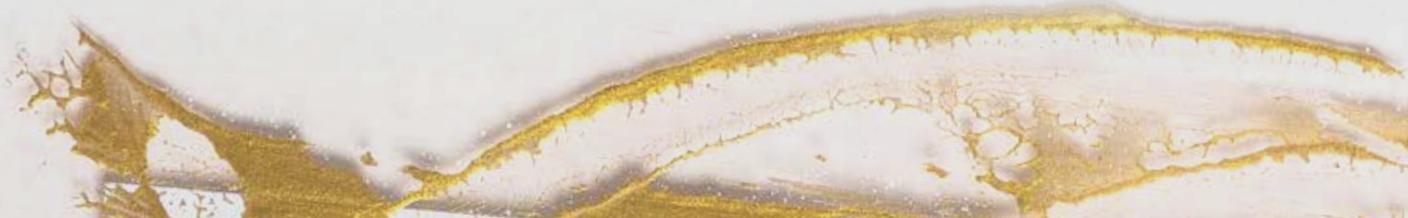
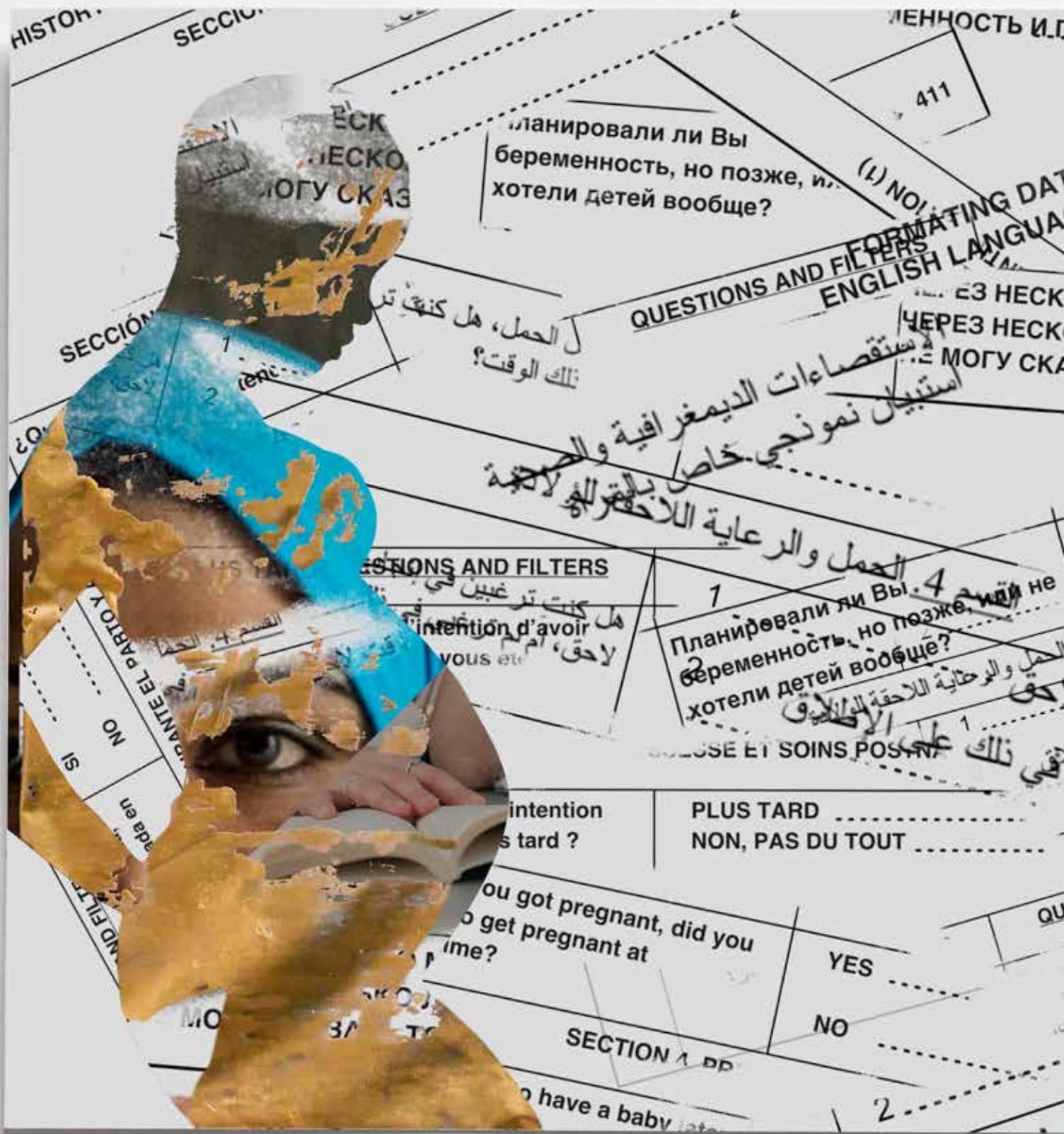
SYNONYM: FAMILIENPLANUNG

SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH -

DER ABSICHTLICHE ABBRUCH EINER SCHWANGERSCHAFT DURCH EINEN EINGRIFF ODER DIE EINNAHME VON MEDIKAMENTEN.

SYNONYM: ABTREIBUNG







Die unsichtbare Krise vor unseren Augen

Die Hälfte.

Das ist der Anteil der Schwangerschaften, für die sich Frauen und Mädchen nicht bewusst entschieden haben. Dieser Anteil ist erschreckend hoch. Nichts ist so wichtig für die körperliche Selbstbestimmung wie die Entscheidungsfreiheit, ob man schwanger werden möchte oder nicht.

Das Grundrecht, selbst zu bestimmen, ob, wann und in welchen Abständen man Kinder bekommen will, ist in vielen internationalen Übereinkommen verankert.

Moderne, wirksame Verhütungsmittel stehen in großem Umfang zur Verfügung – wenn auch nicht immer und überall.

Der vorliegende Bericht zeigt, wie viele Menschen, insbesondere Frauen und Mädchen, daran gehindert werden, ihre Grundrechte uneingeschränkt wahrzunehmen. Dies ist ein Indiz dafür, dass Frauen und Mädchen, ebenso wie Transmenschen, nichtbinäre und Gender-expansive Personen, nach wie vor ihr ganzes Leben hindurch diskriminiert werden. Und es zeigt, dass große Lücken beim Zugeständnis von Rechten, bei der Rechtsprechung, der Gleichbehandlung der Geschlechter, der Menschenwürde und dem gesamtgesellschaftlichen Wohl bestehen.

Die vielen ungeplanten und ungewollten Schwangerschaften werfen die Frage auf, inwieweit die Rechte und die Potenziale von mehr als der Hälfte der Menschheit priorisiert und gewürdigt werden. Sie sind ein Warnsignal, dass die Welt ihre Entwicklungsziele in den Bereichen Gesundheit, Bildung und Gleichbehandlung der Geschlechter verfehlen und die internationale Gemeinschaft damit in ihren gemeinsamen Bestrebungen scheitern könnte.

Eine vernachlässigte Krise – und Chance

Die Zahl der unbeabsichtigten Schwangerschaften – 121 Millionen pro Jahr beziehungsweise durchschnittlich 331.000 pro Tag – steht für ein globales Versagen in Bezug auf ein grundlegendes Menschenrecht. Und dieses Versagen wird wahrscheinlich noch größer werden: Zwischen 1990 und 2019 ist zwar der Anteil der unbeabsichtigten Schwangerschaften gesunken. Weil aber die Weltbevölkerung weiterhin wächst, wird die absolute Zahl der unbeabsichtigten Schwangerschaften weiter ansteigen, sofern nicht entschlossen gehandelt wird.

Angesichts umwälzender Veränderungen wie Klimawandel, Konfliktsituationen, Gesundheitskrisen und Migration wird es immer schwieriger, notwendige Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit bereitzustellen. Die internationale Gemeinschaft hat einen rechtsbasierten Fahrplan beschlossen, an dem sich die Menschheit bei diesen gewaltigen Umbrüchen orientieren soll: die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. Sie ist ein Rahmen für eine nachhaltige und inklusive Entwicklung, und in ihren Zielvorgaben 3.7 und 5.6 wird die Bedeutung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und der Gleichbehandlung der Geschlechter für die Verwirklichung einer besseren Zukunft ausdrücklich anerkannt. Diese Zielvorgaben beschreiben das Recht aller Menschen und Paare, selbst zu bestimmen, ob und in welchen Abständen sie wie viele Kinder bekommen wollen – sodass jede Geburt gewollt und jedes Kind willkommen ist.

Soziale und wirtschaftliche Entwicklung und zunehmende Gleichstellung der Geschlechter korrelieren sehr deutlich mit dem Rückgang unbeabsichtigter Schwangerschaften. Vor dem Hintergrund dessen, was man über die Folgen unbeabsichtigter Schwangerschaften für Menschen und Gesellschaften weiß, bekräftigt dieser Bericht nachdrücklich, dass die Anstrengungen der Entwicklungszusammenarbeit zur Stärkung der reproduktiven Rechte unbedingt vorangetrieben werden müssen, um die Anzahl unbeabsichtigter Schwangerschaften zu senken.

Viele Faktoren, die dazu beitragen, unbeabsichtigte Schwangerschaften zu verhindern – von der Armutsbekämpfung bis hin zur Verbesserung der Müttergesundheit – sind selbst wiederum zentrale Entwicklungsziele. Ein offensichtliches Indiz für diese intersektionalen Wirkungszusammenhänge ist

der exorbitante Preis, den unsichere Schwangerschaftsabbrüche fordern – von den Betroffenen, vom Gesundheitssystem und der ganzen Gesellschaft. Dieses Problem torpediert sowohl die Menschenrechte als auch den Entwicklungsfortschritt. Mehr als 60 Prozent der unbeabsichtigten Schwangerschaften werden mit einem – sicheren oder unsicheren, legalen oder illegalen – Schwangerschaftsabbruch beendet. Angesichts der Tatsache, dass schätzungsweise 45 Prozent aller Schwangerschaftsabbrüche unsicher sind, handelt es sich hier um einen Notstand der öffentlichen Gesundheit. In Entwicklungsländern werden jedes Jahr etwa sieben Millionen Frauen nach einem unsicheren Schwangerschaftsabbruch in ein Krankenhaus eingeliefert und schätzungsweise 193.000 von ihnen sterben. Allein die Behandlungskosten nach Schwangerschaftsabbrüchen werden auf 553 Millionen US-Dollar pro Jahr geschätzt.

Empfängnisverhütung ist wichtig – reicht aber nicht aus

Empfängnisverhütung gehört zu den Bereichen der reproduktiven Gesundheit und Rechte, in die ganz offenkundig investiert werden muss. Obwohl sie nicht schwanger werden wollen, wenden 257 Millionen Frauen keine sicheren, modernen Verhütungsmittel an und 172 Millionen von ihnen nutzen überhaupt keine Verhütungsmethode.

Dabei sind solche Verhütungsmittel zwar unverzichtbar, allein aber nicht ausreichend. Dass sie nicht angewendet werden, ist heute nicht mehr in erster Linie mangelndem Problembewusstsein und fehlendem Zugang geschuldet. Diese Barrieren werden heutzutage durch die Angst vor Nebenwirkungen, durch Mythen, Stigmatisierung und Ablehnung durch Dritte überlagert.

Außerdem gilt es, verbreitete Irrtümer auszuräumen. Der Begriff „unbeabsichtigte Schwangerschaft“ ruft meist das Bild einer unverheirateten Jugendlichen, eines Mädchens, dem man mit Mitleid oder Häme oder mit beidem begegnet, hervor. Da aber keine Verhütungsmethode hundertprozentig zuverlässig ist und der Vorsatz, enthaltsam zu bleiben, häufig scheitert – oder durch Druck, Zwang oder Gewalt zunichtegemacht wird –, kann im Prinzip jede fruchtbare Frau und jedes fruchtbare Mädchen im reproduktionsfähigen Alter unerwartet schwanger werden. Es bedarf entschlossener Anstrengungen, um weit verbreitete Narrative über unbeabsichtigte Schwangerschaften zu überwinden. Es gilt, diskriminierende gesellschaftliche Normen zu verändern und Gesetze abzuschaffen, die Stigmata festschreiben. Mit dem weiteren Ausbau von Gegenmaßnahmen müssen nicht nur Mädchen und Frauen selbst, sondern auch ihr soziales Umfeld erreicht werden.

Das Thema ist sensibel und bringt noch weitere Herausforderungen mit sich. Menschen treffen ihre Entscheidungen oft in der persönlichsten Intimsphäre – oder auch gar nicht. Und diese Entscheidungen berühren grundlegende Elemente der körperlichen Selbstbestimmung und reproduktiven Rechte. Hier erleben Frauen und Mädchen allzu häufig, dass ihre Entscheidungsfreiheit bei jeder Gelegenheit geschmälert wird oder vollständig zerrinnt: Manche Frauen können mit ihrem Partner nicht über die Anwendung von Kondomen verhandeln. Manche können sich dem Sex nicht verweigern – wo Daten dazu vorliegen, trifft dies auf 23 Prozent aller Frauen zu. Und manche werden im eigenen Haushalt oder von Fremden vergewaltigt.

Wo in den Schulen keine umfassende Sexualaufklärung angeboten wird, fehlt es vielen an korrekten Informationen. Wenn Mädchen im Leben kaum

Chancen und Entscheidungsfreiheit haben, sind Schwangerschaften oft die gängigste Option. Wer beispielsweise keine Chance auf einen Schulabschluss hat, sieht oft keinen Grund, das Kinderkriegen aufzuschieben.

Der Wunsch mancher Frauen, gar keine Kinder zu bekommen, wird von ihren Familien oder ihrem sozialen Umfeld häufig nicht akzeptiert. Weil der Begriff „Familienplanung“ für manche Gruppen, wie zum Beispiel Jugendliche oder Menschen, die keine Kinder haben wollen, nicht passt, wird in diesem Bericht stattdessen meist von „Empfängnisverhütung“ oder „Verhütung“ gesprochen.



Unbeabsichtigt ist nicht immer ungewollt. Manche unbeabsichtigten Schwangerschaften werden gefeiert. Andere enden mit einem Schwangerschaftsabbruch oder einer Fehlgeburt. Einige bleiben zwar ungewollt, werden aber ausgetragen. Und viele gehen mit gemischten Gefühlen einher. Diese Schwangerschaften sind möglicherweise nicht völlig unbeabsichtigt, beruhen aber auch nicht auf einer bewussten Entscheidung. Sie kommen zustande, wenn Menschen nicht uneingeschränkt aussprechen können, was sie in ihrem Leben wollen – oder sich ein Leben, in dem sie frei darüber entscheiden können, ob sie schwanger werden wollen oder nicht, gar nicht erst vorstellen können.

Wenn von Macht und Entscheidungsfreiheit die Rede ist, dann geht es oft um Leben und Tod: Eine unbeabsichtigte Schwangerschaft kann Folgen fürs ganze Leben haben und ganze Gemeinschaften in Mitleidenschaft ziehen. So steigen etwa die Müttersterblichkeitsraten unter jungen Mädchen, die noch nicht ausreichend entwickelt sind, um eine Schwangerschaft sicher auszutragen, oder bei Frauen mit Grunderkrankungen.

Viele schwangere Mädchen werden zur Heirat gezwungen und/oder müssen die Schule verlassen, ohne irgendeine andere Möglichkeit, ihren Bildungsweg fortzusetzen. Dies führt oft zu lebenslangen Einkommenseinbußen. Viele Frauen verlieren mit einem Mal ihr Einkommen, wenn sie wegen einer Schwangerschaft gezwungen sind, ihre Berufstätigkeit zu unterbrechen oder sogar gänzlich aufzugeben. Wenn sie das Kind bekommen und ihre ohnehin schon knappen Finanzmittel aufzehren müssen, dann rückt die Armut näher.

Für Menschen, deren Handlungsfähigkeit und körperliche Selbstbestimmung durch Diskriminierung und Vulnerabilität zusätzlich eingeschränkt

sind, können sich all diese Probleme noch weiter zuspitzen. Für Frauen, die auf dem Land oder in informellen Siedlungen leben, sind Dienstleistungen, Informationen und Hilfen allgemein von schlechterer Qualität, und das gilt für Industriestaaten ebenso wie für Entwicklungsländer. Sind Menschen von Konflikten und anderen Krisen betroffen, in denen ihr Zugang zur Gesundheitsversorgung begrenzt und Gewalt an der Tagesordnung ist, steigt die Gefahr einer unbeabsichtigten Schwangerschaft sehr stark an.

An unbeabsichtigten Schwangerschaften zeigen sich die Prioritäten einer Gesellschaft

Die Selbstbestimmung von Frauen und Mädchen wird abgewertet, wenn Informationen und Dienstleistungen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit nicht in vollem Umfang finanziert und priorisiert werden. Dies zeigte sich zu Beginn der Covid-19-Pandemie, denn damals gehörte die Empfängnisverhütung zu den Gesundheitsdienstleistungen, die den gravierendsten Einbruch verzeichneten. In den ersten 12 Monaten der Krise waren Hilfsmittel und Dienstleistungen zur Empfängnisverhütung durchschnittlich 3,6 Monate lang nicht verfügbar. Dies hat zu 1,4 Millionen unbeabsichtigten Schwangerschaften geführt. 2021 hielten die Versorgungsschwierigkeiten noch an. Wenn auch nicht mehr ganz so drastisch, gehörte die Bereitstellung von Verhütungsmitteln nach wie vor zu den Dienstleistungen, die am stärksten betroffen waren.

Wenn Gesundheitssysteme keine flächendeckende Versorgung bieten können, wenn im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung nicht der Mensch im Mittelpunkt steht, wenn die Versorgung nicht umfassend oder wenn

sie minderwertig ist, dann kommen die Regierungen ihrer Verpflichtung nicht nach. Denn sie alle haben sich darauf geeinigt, das Recht auf Gesundheit zu gewährleisten. Dies gilt ganz besonders, wenn die Gesundheitssysteme es nicht schaffen, eine zugängliche, angemessene und zielgruppengerechte Versorgung für Jugendliche zu organisieren. Für diese Altersgruppe kann eine unbeabsichtigte Schwangerschaft besonders schwerwiegende Folgen haben – schließlich sind Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen die häufigste Todesursache bei 15- bis 19-jährigen Mädchen.



© UNFPA/Fidel Évora

Das Recht auf Gesundheit wird auch dann verletzt, wenn in der Praxis keine Rücksicht auf die Rechte und Bedenken von Patient*innen genommen wird. Dies zeigen Berichte über die weit verbreitete Angst vor Nebenwirkungen bei dauerhafter Anwendung von Verhütungsmitteln ebenso wie die Tatsache, dass viele Anwenderinnen von Verhütungsmitteln trotzdem unbeabsichtigt schwanger werden. Völlig zerrüttet werden die körperliche Selbstbestimmung der Menschen, ihre Würde, ihr Vertrauen und ihr Wohlergehen, wenn Gesundheitsdienstleistungen an ihren Bedürfnissen vorbeigehen. In einer Umfrage, die in den Jahren 2018 bis 2019 unter 1,2 Millionen Frauen und Mädchen in 114 Ländern durchgeführt wurde, rangierte der Wunsch, mit mehr Respekt und Würde behandelt zu werden, an oberster Stelle.

In zu vielen Rechtsordnungen und politischen Leitlinien spiegelt sich nach wie vor die Geringschätzung der Rechte von Frauen und Mädchen. So wird zuweilen immer noch die Zustimmung Dritter zur Anwendung von Verhütungsmitteln verlangt oder die Zwangssterilisation von Menschen mit Behinderungen als „Lösung“ erlaubt, um unbeabsichtigten Schwangerschaften vorzubeugen. Noch immer wird der Zugang zu einem sicheren Schwangerschaftsabbruch durch weitreichende gesetzliche Auflagen beschränkt, obwohl solche Auflagen deren Häufigkeit kaum vermindern und stattdessen nur dafür sorgen, dass der Anteil der unsicheren Schwangerschaftsabbrüche und die Zahl der dadurch verursachten Todesfälle steigen. Von der Politik wird die Finanzierung der

Empfängnisverhütung bisweilen selbst dort eingeschränkt oder gestrichen, wo diese gesellschaftlich akzeptiert ist und wo die Gesundheitssysteme in der Lage sind, solche Dienstleistungen zu erbringen.

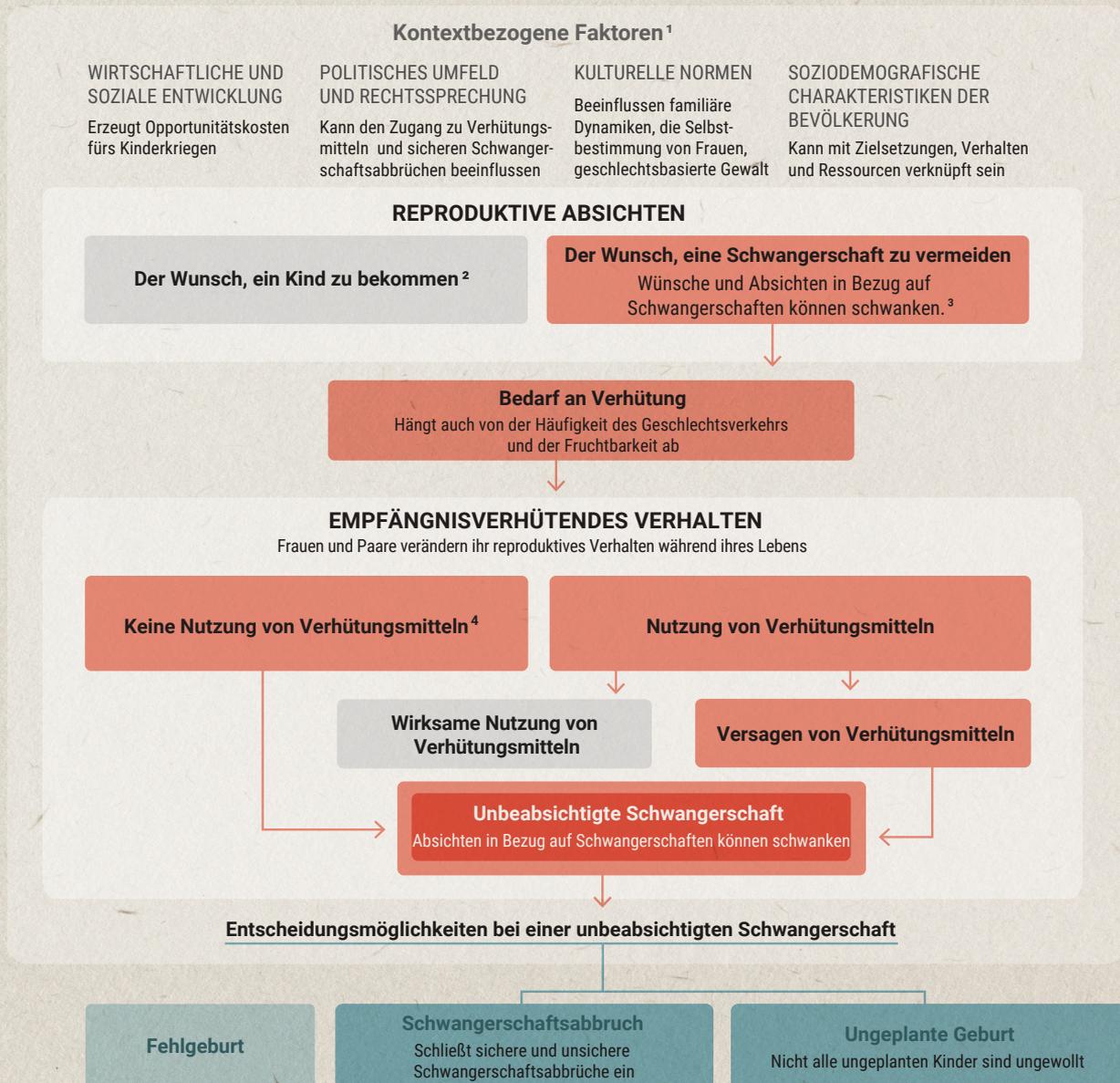
Die Gleichbehandlung der Geschlechter ist seit Jahrzehnten ein schwer erreichbares Entwicklungsziel und bis heute noch in keinem Land voll und ganz verwirklicht. Aber wir wissen, dass sie funktioniert: Starke und gleichberechtigte Frauen und Mädchen sind eher in der Lage, mit einer unbeabsichtigten Schwangerschaft umzugehen beziehungsweise sie von vornherein zu vermeiden. Mit ihrer Fähigkeit, selbstbestimmt zu handeln, verbessern sie ihr eigenes Leben und alle anderen profitieren davon.

Die Gleichbehandlung der Geschlechter wird seit langer Zeit in Menschenrechtskonventionen und -übereinkommen eingefordert. 1994 wurde im Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo (ICPD) klargestellt, dass die vollständige Gleichstellung von Frauen und Mädchen voraussetzt, dass sie über ihren Körper, ihr Leben und ihre Zukunft in gleichem Maße selbst bestimmen können wie Männer und Jungen. Um die Ziele für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDGs) zu erreichen, muss die Ungleichbehandlung der Geschlechter entschieden angegangen werden.

Eine Welt, in der jede Schwangerschaft beabsichtigt ist, können wir nur schwer prognostizieren. Aber wir können auf eine Welt hinarbeiten, in der die allermeisten Schwangerschaften geplant, willkommen und gewollt sind und alle Frauen und Mädchen in einer starken Position sind, aus der heraus sie eigenverantwortlich entscheiden und planen können.

Faktoren, die zu unbeabsichtigten Schwangerschaften beitragen

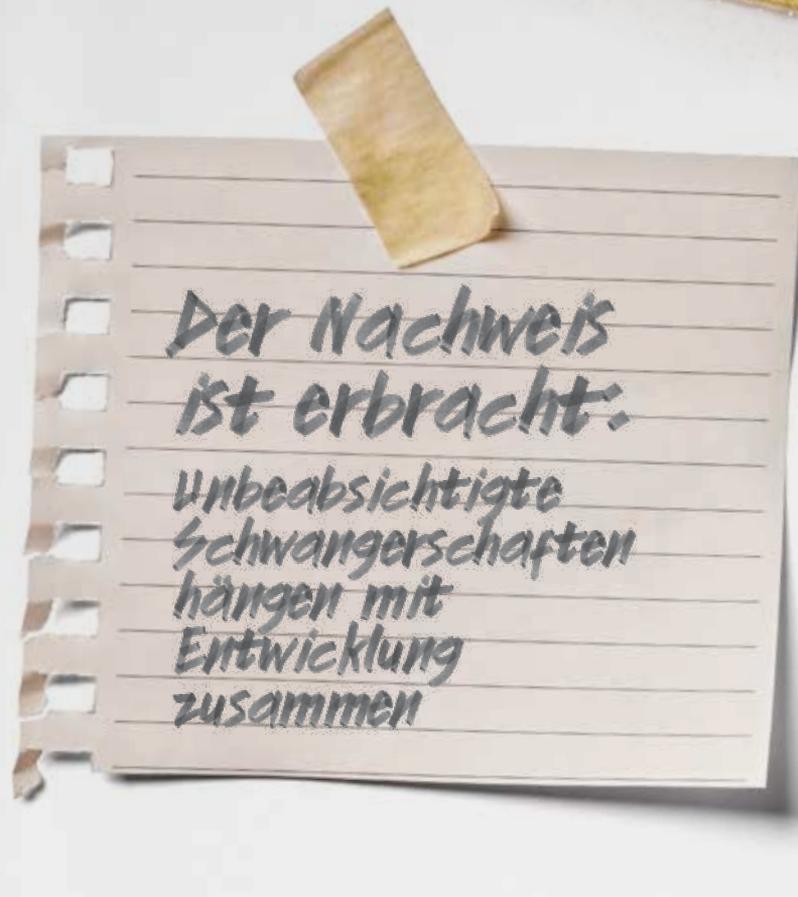
Soziodemografische Studien zeigen einige der Wege auf, die zu einer unbeabsichtigten Schwangerschaft führen. In diesem Schaubild werden zentrale Ansatzpunkte für Interventionsmaßnahmen aufgezeigt, wobei zu bedenken ist, dass die einbezogenen Faktoren komplex und nicht unbedingt linear sind. So werden beispielsweise ein Mangel an reproduktiver Selbstbestimmung, ein niedriges Bildungsniveau und Armut mit unbeabsichtigten Schwangerschaften in Verbindung gebracht, aber die kausalen Zusammenhänge sind nicht immer eindeutig.



Quelle: Die Autoren **Graue Kästen:** Kein Risiko einer unbeabsichtigten Schwangerschaft. **Blaue Kästen:** Auswirkungen unbeabsichtigter Schwangerschaften.

Notes: (1) Wirtschaftliche, soziale, politische und kulturelle Umfelder können sich gegenseitig beeinflussen und auch den Weg, den eine unbeabsichtigte Schwangerschaft nimmt. Die Prävalenz unbeabsichtigter Schwangerschaften kann auch einige kontextbezogene Faktoren beeinflussen. (2) Sogar eine erwünschte Schwangerschaft kann von Umständen begleitet sein, die es schwierig machen, ein Kind zu bekommen. (3) Schließt ambivalente Gefühle, ob man ein Kind bekommen will, mit ein. Ebenso das Fehlen einer bewussten Entscheidung über Schwangerschaft. Absichten in Bezug auf Schwangerschaften schließen den Wunsch ein, zu einem späteren Zeitpunkt ein Kind zu bekommen oder gar kein Kind zu bekommen. (4) Gründe können z.B. fehlendes Vertrauen in die Methode, begrenzter Zugang zu hochwertigen Dienstleistungen und die oben genannten kontextuellen Faktoren sein.





Im Jahr 2015 stimmten alle Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung zu. Eines der zentralen Ziele ist die Verwirklichung der Gleichstellung der Geschlechter (SDG 5), welche als eine der Säulen der menschlichen Entwicklung gilt.

Nur 57 Prozent der Frauen sind in der Lage, selbst für sich über sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte zu entscheiden.

Einer der Indikatoren, mit denen Fortschritte beim SDG 5 gemessen werden, ist „der Anteil der Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren, die ihre eigenen sachlich fundierten Entscheidungen bezüglich sexueller Beziehungen, der Verwendung von Verhütungsmitteln und der reproduktionsmedizinischen Versorgung treffen“ (SDG 5.6.1.). Dieser Indikator unterstreicht, dass unbeabsichtigte Schwangerschaften die gesamtgesellschaftliche Entwicklung widerspiegeln und dass ein höheres Maß an sachlich fundierter Entscheidungsfindung im Bereich der reproduktiven medizinischen Versorgung Teil eines positiven Prozesses ist, der weitere Entwicklungsfortschritte begünstigt.

23 Prozent der in einer Partnerschaft lebenden Frauen im reproduktiven Alter in 64 Ländern sind nicht in der Lage, Sex zu verweigern, 24 Prozent sind nicht in der Lage, Entscheidungen über ihre eigene Gesundheitsversorgung zu treffen, und acht Prozent sind nicht in der Lage, eigene Entscheidungen über Verhütung zu treffen. Nur 57 Prozent der Frauen sind in der Lage, selbst für sich über sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte zu entscheiden. In diesen Kontext müssen wir die Anzahl der unbeabsichtigten Schwangerschaften einordnen.

Von 2015 bis 2019 gab es jedes Jahr etwa 121 Millionen unbeabsichtigte Schwangerschaften, was einen Anteil von 48 Prozent aller Schwangerschaften ausmacht. 61 Prozent dieser unbeabsichtigten Schwangerschaften endeten mit einem Schwangerschaftsabbruch.

Die aktuelle Rate unbeabsichtigter Schwangerschaften ist im Vergleich zu den Vorjahren zurückgegangen, was wahrscheinlich auf die in diesem Zeitraum erzielten Entwicklungsfortschritte zurückzuführen ist. Zwischen 1990 und 2019 ist die jährliche Rate unbeabsichtigter Schwangerschaften von 79 auf 64 pro 1.000 Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren gesunken. Das entspricht sechs Prozent aller Frauen weltweit. Die absolute Anzahl der Frauen, die unbeabsichtigt schwanger werden, ist aufgrund des Bevölkerungswachstums allerdings um etwa 13 Prozent gestiegen.

Neue Erkenntnisse

Die Zahl unbeabsichtigter Schwangerschaften ist je nach Region sehr unterschiedlich. In Europa und Nordamerika gab es von 2015 bis 2019 jährlich etwa 35 unbeabsichtigte Schwangerschaften pro 1.000 Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren, in Zentral- und Südasiens dagegen 64 und in Afrika südlich der Sahara 91. Allerdings gibt es auch innerhalb der Regionen große Unterschiede. So lag die geschätzte Rate unbeabsichtigter Schwangerschaften in Niger und Dschibuti bei 49, in Uganda jedoch bei 145.

Insbesondere in Europa und Nordamerika ist die Rate der unbeabsichtigten Schwangerschaften zwischen 2015 und 2019 auf etwa die Hälfte des Niveaus der frühen 1990er Jahre gesunken, während sie in Süd- und Zentralasien sowie Lateinamerika um 28 Prozent zurückgegangen ist.

Trends beim Schwangerschaftsabbruch

Auch wenn die Rate der unbeabsichtigten Schwangerschaften zurückgegangen ist, bleibt die weltweite Abtreibungsrate praktisch unverändert und wird für 2015 bis 2019 auf 39 pro 1.000 Frauen im reproduktiven Alter geschätzt. Weltweit enden 29 Prozent aller Schwangerschaften mit einem Schwangerschaftsabbruch. Das macht durchschnittlich 73 Millionen Schwangerschaftsabbrüche im Jahr. Sind diese Abbrüche nicht sicher, riskieren die Frauen kurz- und langfristige gesundheitliche Folgen oder sogar den Tod.

Seit 1994 ist der Anteil unbeabsichtigter Schwangerschaften, die abgebrochen werden, von 51 auf 61 Prozent gestiegen. Diese Tendenzen deuten darauf hin, dass Frauen heute möglicherweise selbstbestimmter leben als dies noch vor 30 Jahren der Fall war, und zwar sowohl bei der Empfängnisverhütung als auch beim Abbruch unbeabsichtigter Schwangerschaften.

Diese Entwicklung lässt sich im Großen und Ganzen mit der zunehmenden Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln, gestärkter Gleichstellung der Geschlechter und der Verbesserung der Entwicklungsindikatoren erklären. Die große Mehrheit der Länder, für die Daten vorliegen, verzeichnet sowohl Entwicklungsschritte als auch sinkende Raten unbeabsichtigter Schwangerschaften.

Auch in Afrika südlich der Sahara ist die Rate gesunken, allerdings nur um etwa zwölf Prozent.

In Ländern mit einem höheren sozialen und wirtschaftlichen Entwicklungsgrad, einem höheren Maß an Geschlechtergleichstellung und einer Politik, die einen besseren legalen Zugang zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen vorsieht, sind die Raten unbeabsichtigter Schwangerschaften generell niedriger. Das verdeutlicht den Zusammenhang und die gegenseitige Verstärkung von unbeabsichtigten Schwangerschaften und niedrigerer Entwicklung eines Landes. Verstärkte Anstrengungen zur Bekämpfung unbeabsichtigter Schwangerschaften könnten folglich erhebliche Entwicklungsvorteile bringen.

Die sozioökonomische Entwicklung

Ein Vergleich der Daten des Index der menschlichen Entwicklung (Human Development Index, HDI) aus dem Jahr 2019 und zwei seiner Kernkomponenten – nämlich Bildungsniveau und Pro-Kopf-Bruttonationaleinkommen (BNE) – mit den Raten unbeabsichtigter Schwangerschaften ergab, dass weltweit ein höheres soziales und wirtschaftliches Entwicklungsniveau stark mit einer geringeren Rate unbeabsichtigter Schwangerschaften korrelierte. Eine Erklärung hierfür ist, dass Länder mit höheren Entwicklungswerten wahrscheinlich diejenigen sind, in denen Verhütungsangebote besser zugänglich sind und in denen Frauen beim Bestimmen ihrer Fertilitätspräferenzen mit weniger kulturellen Barrieren konfrontiert sind.

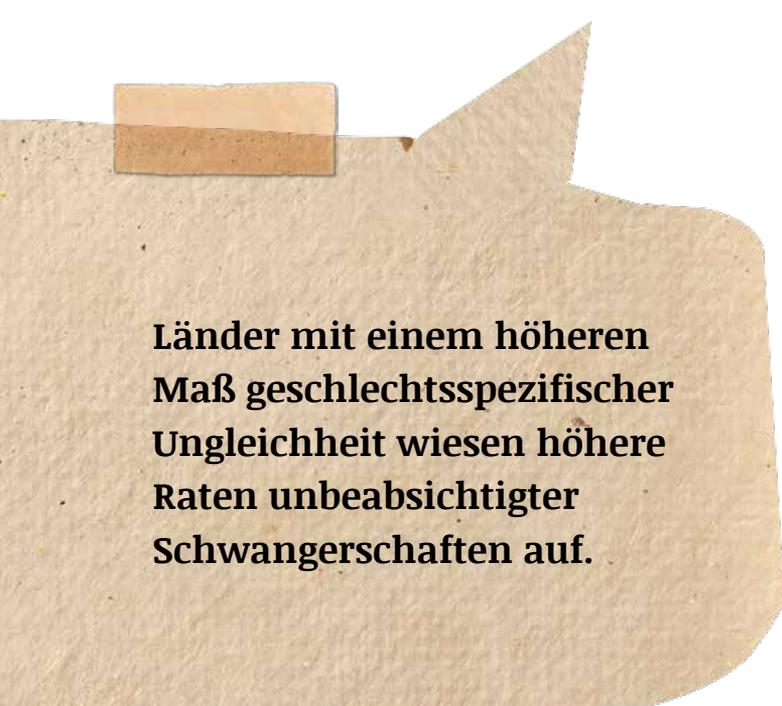
Ein anderes Bild ergibt sich in Afrika südlich der Sahara wo die sozioökonomische Entwicklung mit höheren Raten von unbeabsichtigten Schwangerschaften einhergeht. Das lässt vermuten, dass der Zugang zu und der Gebrauch von Verhütungsmitteln nicht mit der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung – die Frauen und Paare sonst dazu bewegt, weniger Kinder zu bekommen – Schritt gehalten hat.

Der Ausgang von Schwangerschaften unterschied sich in der Regel zwischen Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen und Ländern mit hohem Einkommen. In Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen ging ein höheres soziales und wirtschaftliches Entwicklungsniveau mit einem höheren Anteil unbeabsichtigter Schwangerschaften einher, bei denen ein Schwangerschaftsabbruch vorgenommen wurde (selbst nach Berücksichtigung von Unterschieden hinsichtlich

des rechtlichen Status von Schwangerschaftsabbrüchen). Dies führt zu der Annahme, dass Frauen, die unbeabsichtigt schwanger werden, eher dazu neigen, die Schwangerschaft nicht auszutragen, wenn die mit dem Kinderkriegen verbundenen Opportunitätskosten steigen. Das gleiche Muster trifft auf die Trends im 30-Jahres-Zeitraum zwischen 1990 und 2019 in diesen Ländern zu: Verbesserungen der Entwicklungswerte auf Länderebene waren mit einem Anstieg des Anteils abgebrochener unbeabsichtigter Schwangerschaften verbunden.

In Ländern mit hohem Einkommen waren höhere HDI-Werte mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs verbunden, während in Ländern mit hohem Einkommen und niedrigeren Entwicklungswerten die Wahrscheinlichkeit eines Abbruchs größer war. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass Frauen in Ländern mit hohem Einkommen und höherem Entwicklungsstand, die keine Kinder bekommen möchten, bessere Möglichkeiten haben, eine Schwangerschaft zu vermeiden, unter anderem durch die Verwendung von Verhütungsmitteln. Möglicherweise machen es die sozialen und wirtschaftlichen Sicherheitsnetze den Frauen in höher entwickelten Ländern auch leichter, eine unbeabsichtigte Schwangerschaft auszutragen.

Insgesamt korrelierten Pro-Kopf-BNE-Werte und das Bildungsniveau von Frauen nicht stärker mit der Häufigkeit unbeabsichtigter Schwangerschaften oder dem Anteil der Schwangerschaftsabbrüche als das Pro-Kopf-BNE und das Bildungsniveau von Männern. Dies deutet darauf hin, dass das BNE und das Bildungsniveau eines Landes insgesamt mit einer geringeren Anzahl unbeabsichtigter Schwangerschaften zusammenhängen und nicht



Länder mit einem höheren Maß geschlechtsspezifischer Ungleichheit wiesen höhere Raten unbeabsichtigter Schwangerschaften auf.

ausschließlich das Pro-Kopf-BNE und die Bildung von Frauen und Mädchen. Mit anderen Worten – und das ist wichtig – ist wahrscheinlich die Gesamtentwicklung ein Faktor, der zur Senkung der Raten unbeabsichtigter Schwangerschaften beiträgt.

Die Gleichstellung der Geschlechter

Länder und Regionen mit einem höheren Maß an geschlechtsspezifischer Ungleichheit, gemessen am Index der geschlechtsspezifischen Ungleichheit (Gender Inequality Index, GII), wiesen im Zeitraum 2015 bis 2019 höhere Raten unbeabsichtigter Schwangerschaften auf, sowohl in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen als auch in Ländern mit hohem Einkommen. Diese Korrelation blieb auch nach Berücksichtigung des HDI bestehen und erwies sich als der stärkste aller in diesen Analysen untersuchten Einflussfaktoren. Der GII misst drei Aspekte der Geschlechtergerechtigkeit: reproduktive Gesundheit, Selbstbestimmung und ökonomischer Status.

Insgesamt deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass erste Fortschritte bei der Gleichstellung der Geschlechter, wie sie in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen zu beobachten sind, dazu führen, dass Frauen mit einer unbeabsichtigten Schwangerschaft eher von der Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs Gebrauch machen.

In Ländern mit höherem Einkommen hatte eine stärkere Geschlechtergleichstellung jedoch keine nennenswerten Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Schwangerschaftsabbrüchen. Dies liegt möglicherweise daran, dass die Frauen in diesen Ländern besser in der Lage sind, unbeabsichtigte Schwangerschaften von vornherein zu vermeiden.

Die Müttersterblichkeitsrate

Die verfügbaren Daten zur Müttersterblichkeit und zu den Raten unbeabsichtigter Schwangerschaften aus den Jahren 2015 bis 2019 zeigen, dass eine höhere Müttersterblichkeit tatsächlich mit höheren Raten unbeabsichtigter Schwangerschaften korrelierte. Dieser Zusammenhang galt für Länder aller Einkommenskategorien mit Ausnahme Afrikas südlich der Sahara. Dort ist die Zahl unbeabsichtigter Schwangerschaften in Ländern mit niedriger Müttersterblichkeit höher. Eine mögliche Erklärung ist, dass die zunehmende Entwicklung in diesen Ländern die Müttersterblichkeit gesenkt und die Kosten einer ungeplanten Schwangerschaft erhöht haben könnte, aber die Möglichkeiten zu Vermeidung einer Schwangerschaft nicht mit der Entwicklung Schritt gehalten haben.

Der Zusammenhang zwischen der Müttersterblichkeitsrate (Maternal Mortality Rate, MMR) und unsicheren Schwangerschaftsabbrüchen ist allgemein bekannt. Unsichere Schwangerschaftsabbrüche sind weltweit eine der Hauptursachen für Müttersterblichkeit. Jährlich sind zwischen 4,7 Prozent und 13,2 Prozent der Müttersterblichkeit auf unsichere Schwangerschaftsabbrüche zurückzuführen. Der Zusammenhang zwischen unbeabsichtigter Schwangerschaft und Müttersterblichkeit war bisher jedoch weniger eindeutig.

Eine mögliche Erklärung ist, dass unbeabsichtigte Schwangerschaften mit größerer Wahrscheinlichkeit zu einem Schwangerschaftsabbruch führen, auch zu einem unsicheren. Frauen mit unbeabsichtigten Schwangerschaften nehmen außerdem seltener Gesundheitsdienste in Anspruch. Es gibt jedoch nur begrenzte Erkenntnisse über die Auswirkungen unbeabsichtigter Schwangerschaften auf die Gesundheit von Müttern und die Ursachen

Der Schwangerschaftsabbruch aus Sicht der Menschenrechte

Nicht alle unbeabsichtigten Schwangerschaften sind ungewollt. Die Mehrzahl der unbeabsichtigten Schwangerschaften endet jedoch mit einem Schwangerschaftsabbruch, sodass die Menschenrechtsperspektive auf den Schwangerschaftsabbruch für Staaten und politische Entscheidungsträger von großer Bedeutung ist. **Reproduktive Rechte sind Menschenrechte. Alle Menschen haben das Recht, informierte Entscheidungen über ihren Körper und ihre Gesundheit zu treffen und zu entscheiden, ob, wann und wie viele Kinder sie haben wollen.** Diese Rechte sowie das Recht auf Gesundheit und Leben schließen den Zugang zu einem sicheren Schwangerschaftsabbruch ein. Dieser ist laut den Vereinten Nationen geschützt, wenn das Leben und die Gesundheit der schwangeren Frau oder des schwangeren Mädchens gefährdet sind oder wenn die Austragung der Schwangerschaft bei der schwangeren Frau oder dem schwangeren Mädchen erhebliche Schmerzen oder Leiden verursachen würde. Das gilt insbesondere, wenn die Schwangerschaft das Ergebnis einer Vergewaltigung oder von Inzest ist oder das Kind nicht lebensfähig ist. Der Zugang zu einem sicheren Schwangerschaftsabbruch ist kein alleinstehendes Recht. Es hängt vom Schutz und der Wahrung anderer Menschenrechte ab: dem Recht auf Information, dem Recht auf Gesundheit, dem Recht auf Gleichheit, dem Recht auf Privatsphäre und dem Recht, frei von Gewalt, geschlechtsspezifischen Stereotypen und Diskriminierung zu leben.

Der Zugang zum Schwangerschaftsabbruch wird zwar in erster Linie durch nationales Recht geregelt, allerdings wirken sich Menschenrechtsnormen zunehmend auf den Geltungsbereich der nationalen Gesetzgebung aus. Im

Jahr 2019 wies der Ausschuss für bürgerliche und politische Rechte der Vereinten Nationen beispielsweise darauf hin, dass alle Staaten den Schwangerschaftsabbruch entkriminalisieren und sicherstellen sollten, dass ein legaler Schwangerschaftsabbruch möglich ist, um das Leben und die Gesundheit einer Frau zu schützen. Außerdem dürfen die Staaten keine administrativen oder sonstigen Hindernisse für Frauen schaffen, die einen legalen Schwangerschaftsabbruch wünschen. Viele andere regionale und internationale Menschenrechtsübereinkommen und -gremien betrachten den Schwangerschaftsabbruch als Menschenrecht, wenn die Schwangerschaft das Ergebnis von Zwang und Nötigung ist. Unabhängig davon, ob ein Schwangerschaftsabbruch oder ein versuchter Schwangerschaftsabbruch legal ist oder nicht, muss die lebensrettende medizinische Versorgung nach einem Schwangerschaftsabbruch für alle zugänglich sein, die sie benötigen.

In den meisten Ländern sind Schwangerschaftsabbrüche legal, wenn auch oft mit gewissen Einschränkungen. 147 Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen haben Daten zu dem Thema zur Verfügung gestellt. **In 96 Prozent der Länder ist ein Schwangerschaftsabbruch unter bestimmten Umständen legal, einschließlich zum Schutz von Leib und Leben der Frau oder wenn die Schwangerschaft das Resultat einer Vergewaltigung ist oder wenn das Kind mit einer Behinderung zur Welt kommen würde.** **In 28 Prozent der Länder ist bei verheirateten Frauen jedoch die Zustimmung des Ehemannes erforderlich.** Minderjährige brauchen in 36 Prozent der Länder eine gerichtliche Genehmigung, um eine Schwangerschaft abbrechen zu lassen. In 63 Prozent der Länder können

Frauen gerichtlich belangt werden, wenn sie einen illegalen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen.

Wenn Schwangerschaftsabbrüche illegal oder aus anderen Gründen unzugänglich sind, werden ungewollte Schwangerschaften als „Zwangsgeburten“ bezeichnet. Dass eine Person gezwungen wird, eine unerwünschte Schwangerschaft fortzusetzen, ist in geschlechtsspezifischen Stereotypen verwurzelt und spiegelt die diskriminierende Auffassung wider, dass der Wert von Mädchen und Frauen ausschließlich in ihren reproduktiven Fähigkeiten liegt. Staaten sind durch Menschenrechtskonventionen verpflichtet, solche schädlichen Stereotype zu verändern und die Praktiken zu beenden, durch die sie verstärkt werden. Gesetze und politische Maßnahmen müssen es Individuen zumindest ermöglichen, unbeabsichtigte Schwangerschaften so weit wie möglich zu vermeiden.

für diesen Zusammenhang müssen in der wissenschaftlichen Literatur erst noch vollständig geklärt werden.

Die Gesetze zum Schwangerschaftsabbruch

Die Raten unbeabsichtigter Schwangerschaften sind in Ländern mit liberaleren Gesetzen zum Schwangerschaftsabbruch (also in Ländern, in denen der Abbruch aus sozioökonomischen Gründen oder auf Antrag erlaubt ist) tendenziell niedriger als in Ländern mit restriktiveren Gesetzen. Hierunter fallen Länder, in denen der Abbruch gänzlich verboten ist, in denen er nur erlaubt ist,

um das Leben einer Frau zu retten, in denen er erlaubt ist, um die körperliche Gesundheit einer Frau zu erhalten und in denen er auch erlaubt ist, um die psychische Gesundheit einer Frau zu erhalten. Dies ist eine bemerkenswerte Korrelation, wenn auch keine Frage der Kausalität: Liberale Gesetze zum Schwangerschaftsabbruch selbst haben wahrscheinlich keinen Einfluss auf die Häufigkeit unbeabsichtigter Schwangerschaften. Stattdessen ist es möglich, dass liberale Gesetze zum Schwangerschaftsabbruch ein Spiegelbild umfassenderer, benutzerfreundlicherer Dienste sexueller und reproduktiver Gesundheit sind, die den Bedürfnissen sexuell aktiver Menschen entgegenkommen.

Im Hinblick auf unbeabsichtigte Schwangerschaften wurde in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen kein signifikanter Zusammenhang zwischen Gesetzen zum Schwangerschaftsabbruch und dem Anteil unbeabsichtigter Schwangerschaften, die mit einem Schwangerschaftsabbruch endeten, festgestellt. Mit anderen Worten: Es konnte nicht nachgewiesen werden, dass restriktive Gesetze zum Schwangerschaftsabbruch in diesen Ländern die Inanspruchnahme von Abtreibungen verringern. In Ländern mit hohem Einkommen und liberaleren Gesetzen zum Schwangerschaftsabbruch war der Anteil unbeabsichtigter Schwangerschaften, die zu einem Schwangerschaftsabbruch führten, jedoch deutlich geringer als in Ländern mit hohem Einkommen und restriktiveren Gesetzen.

Schwangerschaft und Wahlfreiheit bei Jugendlichen

Unbeabsichtigte Schwangerschaften werden oft mit Teenagerschwangerschaften gleichgesetzt. Das greift allerdings zu kurz. Nicht alle Geburten bei Jugendlichen sind auf unbeabsichtigte Schwangerschaften zurückzuführen. Die Mehrheit der Geburten von Mädchen unter 18 Jahren findet in einer Ehe oder Partnerschaft statt. Viele dieser Schwangerschaften können in bestehenden Erhebungen, Selbstberichten und anderen Messungen durchaus als „beabsichtigt“ eingestuft werden, obwohl die Möglichkeiten junger Mädchen, zu entscheiden, wann und mit wem sie Kinder bekommen wollen, stark eingeschränkt sind, sofern sie überhaupt eine Wahl haben.

Mutterschaft im Kindesalter

13 Prozent aller jungen Frauen (außer in China und in Ländern mit hohem Einkommen) bekommen bereits im Kindesalter selbst Kinder. Auf sie entfällt ein auffallend großer Anteil aller Geburten im Jugendalter (10 bis 19 Jahre). Drei Viertel der Mädchen mit einer Erstgeburt im Alter von 14 Jahren und jünger erlebten eine zweite Geburt, bevor sie 20 Jahre alt wurden, und 40 Prozent der Mädchen mit zwei Geburten erlebten eine dritte Geburt, bevor sie 20 wurden. Die Hälfte der Mädchen mit einer Erstgeburt im Alter zwischen 15 und 17 Jahren erlebte eine zweite Geburt, bevor sie 20 wurden.

Darüber hinaus waren mehr als die Hälfte der Geburten, die auf die erste folgten, bei Müttern im Jugendalter schnelle Wiederholungsgeburten. Sie fanden also innerhalb von 24 Monaten nach einer früheren Geburt statt und waren mit erhöhten Sterberaten und Gesundheitsrisiken für die Säuglinge verbunden.

Die daraus resultierenden Zahlen sind alarmierend:

- **45 Prozent** der Erstgeburten im Jugendalter betreffen Mädchen, die selbst noch Kinder sind, d. h. 17 Jahre oder jünger.
- **50 Prozent** aller Geburten im Jugendalter betreffen Mädchen, die im Kindesalter, d. h. 17 Jahre oder jünger, ihr erstes Kind bekommen haben.
- **54 Prozent** aller Nicht-Erstgeburten im Jugendalter sind schnelle Wiederholungsgeburten.

Es wurden zwar Fortschritte erzielt und das Alter der Erstgeburt wurde angehoben, diese reichen jedoch nicht aus. Aus den Daten, die über einen Zeitraum von fast sechs Jahrzehnten erhoben wurden, geht hervor, dass der Anteil der Teenager-Erstgeburten bei Mädchen im Alter von 17 Jahren und jünger von 60 auf 45 Prozent gesunken ist. Der Anteil aller Geburten (also auch Zweitgeburten, Drittgeburten etc.) im Jugendalter bei Mädchen im Alter 17 Jahre oder jünger sank von 68 auf 50 Prozent. In beiden Fällen

entspricht dies einem Rückgang von nur etwa drei Prozentpunkten alle zehn Jahre, wobei sich der Rückgang in den letzten zwei Jahrzehnten beschleunigt hat. Bei diesem Tempo wird es aber 160 Jahre dauern, bis die Mutterschaft im Kindesalter ein Ende hat. Bei den sich schnell wiederholenden Geburten ist der Rückgang sogar noch geringer – nur ein Prozentpunkt alle zehn Jahre während der letzten sechs Jahrzehnte.

Besonders hoch ist die Rate der Schwangerschaften im Jugendalter in Afrika südlich der Sahara. Von 1.000 weiblichen Jugendlichen gebären 100. Damit ist die Rate doppelt so hoch wie der weltweite Durchschnitt.

In allen Regionen der Welt beginnt ein erheblicher Teil der Frauen ihr reproduktives Leben als Jugendliche.

Frauen, die ihr erstes Kind im Jugendalter bekommen, erleben im Laufe ihres Lebens fast zwei

Geburten mehr als Frauen, die im Alter von 20 Jahren oder später ihr erstes Kind bekommen.

Die Rolle von Kinderehen

Daten aus 54 Entwicklungsländern zufolge, findet die Mehrheit der Erstgeburten von Mädchen unter 18 Jahren in einer Ehe oder Partnerschaft statt.

Welcher Zusammenhang besteht zwischen dem Kinderkriegen im Jugendalter und der Ehe? Von vielen jungen Ehefrauen wird erwartet, dass sie Kinder gebären oder ihre Fertilität schon früh in der Ehe unter Beweis stellen, sodass eine Schwangerschaft bald nach der Eheschließung eintritt. Wir wissen aber auch, dass eine Schwangerschaft ein Grund für eine Kinderehe sein kann, und zwar aufgrund kultureller Überzeugungen oder geschlechterstereotyper Einstellungen zum Kinderkriegen und zur Ehe, zu vorehelichem Sex, zur Familienehre und zum mangelnden Zugang zu Diensten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, einschließlich eines sicheren Schwangerschaftsabbruchs.

Viele Erstgeburten bei Mädchen unter 18 Jahren finden weniger als sieben Monate nach der Eheschließung oder dem Beginn des Zusammenlebens statt, was darauf hindeutet, dass diese Mädchen kurz vor der Hochzeit schwanger wurden und möglicherweise aufgrund der Schwangerschaft geheiratet haben.

Einige Jugendliche heiraten offiziell oder gehen informelle Verbindungen als Teil einer emanzipatorischen Strategie ein. Sie erachten ihre eigenen Ehen nicht als „erzwungen“, sondern als eine Lösung für das Verbot von vorehelichem Sex und Liebesbeziehungen und sogar als eine Möglichkeit, ihre Lebensbedingungen zu verbessern. Dennoch ähneln die schädlichen Folgen dieser Ehen denen von Zwangsehen.

Frauen und Mädchen, die im Jugendalter heiraten, verfügen in der Regel über einen geringeren Bildungsstand, eine geringere Haushalts- und Wirtschaftsmacht und eine geringere Mobilität als unverheiratete weibliche Jugendliche und ältere Frauen. Sie sind in der Regel isoliert und verfügen nicht über das Wissen und die Fähigkeiten, um über Situationen zu verhandeln, die ihrer Gesundheit und ihrem Wohlergehen schaden – einschließlich der Frage, wie viele Kinder sie bekommen sollen und wann. Oft besteht ein größerer Altersunterschied zu ihren Partnern als bei Frauen, die später heiraten. Frühe sexuelle Aktivität mit einem älteren Partner wird mit negativen Auswirkungen auf die Geschlechterrollen und die reproduktive Gesundheit in Verbindung gebracht.

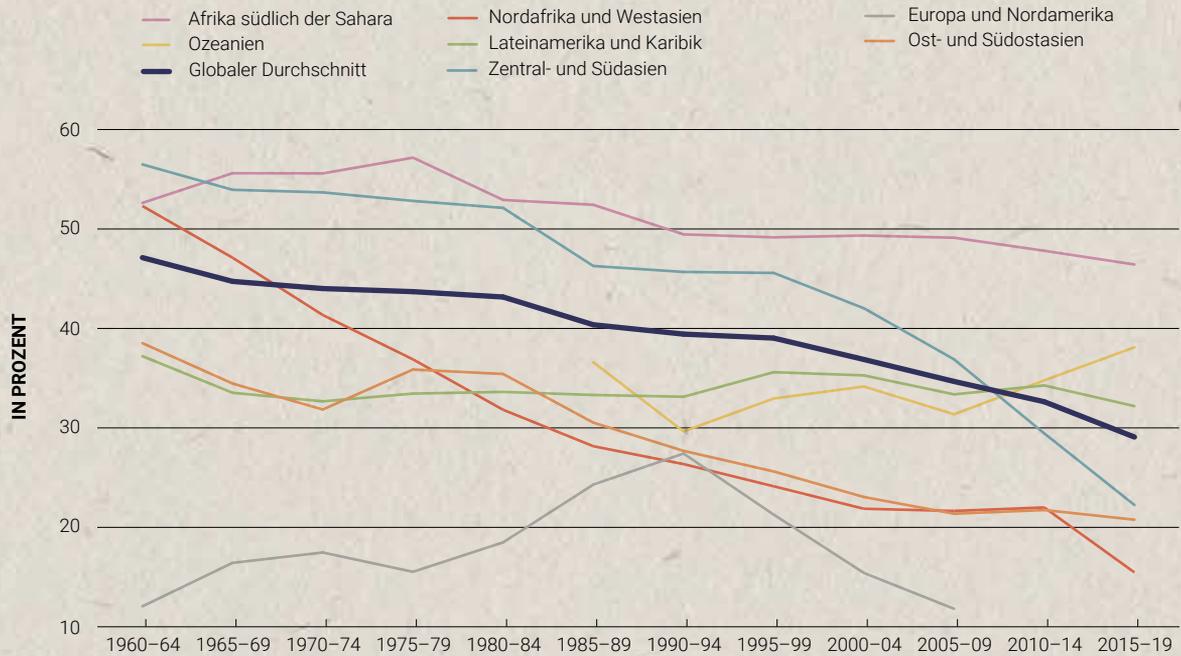
Um das zu ändern, muss die Ungleichbehandlung der Geschlechter angegangen werden. Jugendliche müssen Bildung, Beschäftigung und



© UNFPA/Fidel Évora

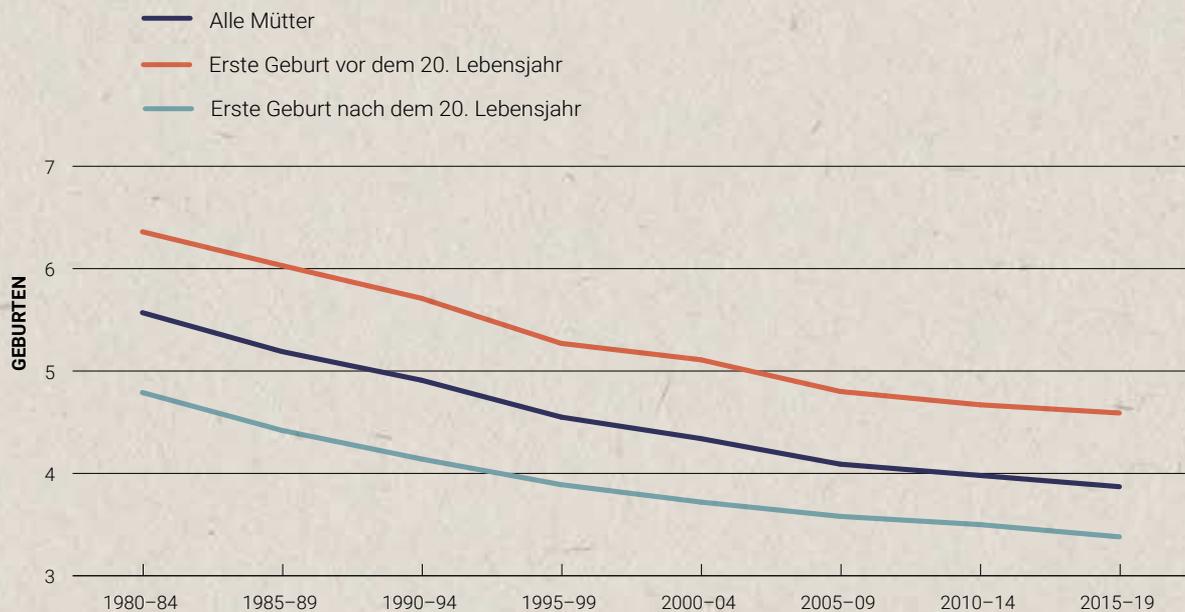
Teilhabemöglichkeiten als Alternativen zu früher Heirat und Schwangerschaft geboten werden. Es braucht umfassende Sexualaufklärung, jugendgerechte Dienstleistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und außerdem muss die Versorgung mit Verhütungsmitteln sichergestellt sein. Eltern und Familien brauchen Informationen und Unterstützung, um den Jugendlichen einen gesunden Umgang mit Sexualität und Beziehungen zu vermitteln. Zusätzlich muss das gesetzliche Mindestalter für die Eheschließung von Mädchen und Jungen mit oder ohne elterliche Zustimmung bei 18 Jahren liegen. Gleichzeitig müssen einvernehmliche, nicht ausbeuterische sexuelle Handlungen von gleichaltrigen Jugendlichen entkriminalisiert werden.

Anteil der Frauen, die zwischen 10 und 19 Jahren schwanger wurden, nach SDG-Regionen ohne China und Länder mit hohem Einkommen



Quelle: UNFPA, 2022.

Durchschnittliche Anzahl der Geburten von Frauen bis zum 40. Lebensjahr, globales Mittel, ohne China und Länder mit hohem Einkommen



Quelle: UNFPA, 2022.

Erstgeburten im Alter von 18 Jahren, nach SDG-Regionen





Jede Frau kann mangels
Handlungsmöglichkeiten
unbeabsichtigt
schwanger werden



Von unbeabsichtigten Schwangerschaften sind Frauen und Mädchen (ebenso wie Transmänner und nicht-binäre Personen) ungeachtet ihrer Kultur oder Religion, ihrer Einkommens- oder Familienverhältnisse betroffen. In vielen Kulturen und Ländern werden unverheiratete Frauen und Mädchen stigmatisiert, wenn sie schwanger werden. Von verheirateten Frauen hingegen wird oft angenommen, sie seien zu jedem beliebigen Zeitpunkt zu einer Schwangerschaft bereit – ihre eigenen Wünsche und Entscheidungen spielen dabei keine Rolle. In dieser Weltsicht ist es unvorstellbar, dass eine verheiratete Frau nicht schwanger werden möchte.

Tatsächlich kann jede fertile Frau im reproduktionsfähigen Alter unbeabsichtigt schwanger werden: Verhütungsmittel können versagen oder schwer erhältlich sein, sexualisierte Gewalt und reproduktiver Zwang sind nach wie vor allgegenwärtig. In den Ländern, für die entsprechende Daten vorliegen, geben etwa 23 Prozent der Frauen an, sie könnten sich dem Sex nicht verweigern. Für alle fertilen Frauen und Mädchen im reproduktionsfähigen Alter besteht ein gewisses Risiko, schwanger zu werden, ohne dass sie dies planen, wünschen oder billigen.

Indessen gibt es zahlreiche Faktoren, die dieses Risiko noch steigern können. Dabei handelt es sich vor allem um soziodemografische Gegebenheiten. Und diese Faktoren sind nicht etwa treibende Kräfte für unbeabsichtigte Schwangerschaften, sondern lassen sich eher beschreiben als äußere Bedingungen, die menschliche Handlungsfähigkeit ausbremsen.



Tatsächlich kann jede fertile Frau im reproduktionsfähigen Alter unbeabsichtigt schwanger werden.

Faktoren, die Entscheidungsfreiheit unterstützen oder untergraben

Armut und ungleiche Einkommen behindern die Handlungsfähigkeit von Frauen

Dass Armut und unbeabsichtigte Schwangerschaften zusammenhängen, wird vielfach angenommen, ist aber alles andere als eindeutig. Inwieweit eine Frau ihre Schwangerschaften als beabsichtigt empfindet, wird häufig durch ihre Lebensumstände beeinflusst. Viele Frauen, die in Armut leben und nur wenig Chancen haben, betrachten Schwangerschaften als unausweichlich oder leben unter ökonomischen Bedingungen, die große Familien begünstigen.

In Entwicklungsländern werden Frauen der ärmsten Einkommensklassen häufiger unbeabsichtigt schwanger als Frauen mit höheren Familieneinkommen. Daten aus 29 afrikanischen Staaten südlich der Sahara zeigen für die Jahre 2010 bis 2016, dass die Gruppe der Frauen mit dem geringsten Einkommen den höchsten Anteil an unbeabsichtigten Schwangerschaften aufwies. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Studien in den Vereinigten Staaten.

Diese Korrelation lässt sich unter anderem damit erklären, dass sich Frauen, die in Armut leben, moderne Verhütungsmittel oft nicht leisten können. Auch verfügen geringverdienende Frauen häufig über weniger Bildung als ihre Geschlechtsgenossinnen, sodass ihnen möglicherweise die nötigen Kenntnisse zum Thema Empfängnisverhütung fehlen. Außerdem leben sie häufiger in ländlichen Gebieten oder unterversorgten Stadtbezirken und haben daher unter Umständen keinen Zugang zu entsprechenden Dienstleistungen.

Einvernehmen in Paarbeziehungen

Daten aus 18 afrikanischen Staaten südlich der Sahara, die von Mitte der 1990er- bis Mitte der 2000er-Jahre erhoben wurden, zeigen, dass sich Männer weitaus mehr Kinder wünschten als Frauen. Auch neuere Forschungen aus dem Jahr 2019 über vier afrikanische Staaten südlich der Sahara kamen zu ähnlichen Ergebnissen: Verheiratete Männer wollten im Allgemeinen mehr Kinder als ihre Ehepartnerinnen. Von entscheidender Bedeutung ist daher die Fähigkeit von Paaren, darüber zu sprechen und miteinander auszuhandeln, wie viele Kinder sie bekommen wollen – und zwar so, dass die Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit beider Seiten gewahrt wird. Beunruhigend sind die Belege dafür, dass viele Frauen bei dieser wichtigen Entscheidung nichts zu sagen haben: Mehr als acht Prozent aller Frauen haben nicht die Macht, über Empfängnisverhütung zu entscheiden, und fast jede vierte Frau kann Sex nicht verweigern. Viele Frauen, deren reproduktive Entscheidungsfreiheit untergraben wird, verhüten heimlich, um ihre Selbstbestimmung zu wahren.

Hier ist aber auch anzumerken, dass den Männern selbst nur eine traditionelle (Coitus interruptus) und zwei moderne (Kondome und Sterilisation des Mannes) Verhütungsmethoden zur Verfügung stehen. Nur die Sterilisation des Mannes, ist nach Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) „sehr zuverlässig“ bei typischer Anwendung. Das Kondom gilt bei typischer Anwendung als „mäßig zuverlässig“ (wobei darauf hinzuweisen ist, dass Kondome andere Vorteile bieten, zum Beispiel den Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten, einschließlich HIV). Weil es wenige Verhütungsmethoden für Männer gibt, wird Frauen die größere Last in Sachen Empfängnisverhütung auferlegt. Dazu gehören etwa Kosten, Zeit für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen und Nebenwirkungen. Und das, obwohl die ungleichen sozialen Geschlechternormen vielen Frauen nur wenig Entscheidungsmacht über Empfängnisverhütung und Sex zugestehen.



© UNFPA/Fidel Évora

Aber nicht immer zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Wohlstandsniveau und unbeabsichtigten Schwangerschaften – ein Indiz dafür, dass solche Wechselbeziehungen von den Gegebenheiten im jeweiligen Land abhängen und dass andere Faktoren, die mit Armut zu tun haben, wie zum Beispiel unzureichende Bildung, eine wichtige Rolle spielen.

Alter und Handlungsfähigkeit

Jugendliche, die unbeabsichtigt schwanger werden, müssen oft als warnendes Beispiel für die Gefahren von vorehelichem Sex herhalten. Dieses Klischee hat dazu geführt, dass viele Menschen, selbst wenn sie politische Verantwortung tragen, der Auffassung



sind, es würden meist oder fast nur junge Frauen und Mädchen unbeabsichtigt schwanger. Aber die Daten zeichnen ein viel komplexeres Bild.

In einer neueren Untersuchung über schwangere Frauen, die in sechs südasiatischen Staaten – Afghanistan, Bangladesch, Indien, Malediven, Nepal und Pakistan – lebten und zum Zeitpunkt der Studie entweder verheiratet waren oder eine Ehe hinter sich hatten, gaben 90 Prozent der Frauen und Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren an, ihre Schwangerschaft sei beabsichtigt gewesen. Aber nachdem man potenzielle Einflussfaktoren (wie zum Beispiel Armut und Bildungsstatus) herausgerechnet hatte, stellte sich heraus, dass die Wahrscheinlichkeit einer unbeabsichtigten

Schwangerschaft bei Jugendlichen eigentlich am größten war. In einer weiteren Studie in 29 afrikanischen Staaten südlich der Sahara, die auch ledige Frauen mit einschloss, gaben mehr unverheiratete Jugendliche als ältere unverheiratete Frauen an, ihre Schwangerschaft sei nicht beabsichtigt gewesen. Betrachtet man jedoch sämtliche Frauen und Mädchen, dann kamen unbeabsichtigte Schwangerschaften bei den 15- bis 19-Jährigen seltener vor als in den anderen Altersgruppen. Betrachtet man alle Altersgruppen ungeachtet des Familienstands, so sind es in den afrikanischen Staaten eher die älteren Frauen, die unbeabsichtigt schwanger werden, als 15- bis 19-Jährige.

Einfache Schlussfolgerungen verbieten sich zum Teil auch deshalb, weil Untersuchungsmethoden und Datenqualität sehr unterschiedlich sein können. Die prozentualen Anteile unbeabsichtigter Schwangerschaften können große Unterschiede aufweisen, je nachdem, ob in einer Studie alle Frauen insgesamt betrachtet werden oder nur diejenigen, die sexuell aktiv sind. Zudem wird aus kulturellen Gründen von vielen jungen Frauen erwartet, dass sie Kinder bekommen und damit ihre Fertilität unter Beweis stellen, insbesondere wenn sie verheiratet sind. Und weil sich viele junge Frauen grundsätzlich Kinder wünschen, geben sie auf die Frage, ob ihre erste Schwangerschaft beabsichtigt war, möglicherweise die Antwort, die sie für die „richtige“ halten, obwohl sie das erste Kind lieber später in ihrem Leben bekommen hätten.

Eine weitere Erklärung für die abweichenden Ergebnisse in den unterschiedlichen Studien ist, dass die verschiedenen Altersgruppen jeweils auf ihre eigene Weise vulnerabel sind. So ist es beispielsweise für viele Jugendliche in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen schwierig, an Informationen und Dienstleistungen zur

Empfängnisverhütung zu kommen. Ihr Bedarf an modernen Verhütungsmitteln wird weniger gut abgedeckt als der jeder anderen Altersgruppe. Auch persönliche, familiäre und gesellschaftliche Faktoren, wie ein niedriger Bildungsstand, Drogengebrauch oder -missbrauch und Gewalt in der Partnerschaft, können bei manchen Mädchen und Jugendlichen das Risiko einer unbeabsichtigten Schwangerschaft zusätzlich erhöhen.

In Anerkennung dieser erhöhten Vulnerabilität haben sich Regierungen in verschiedenen Menschenrechtsnormen verpflichtet, hochwertige Gesundheitsdienstleistungen für Jugendliche bereitzustellen und dabei deren Rechte auf Privatsphäre, Vertraulichkeit und Nichtdiskriminierung zu achten. Diese Dienstleistungen müssen ohne Zustimmung der Eltern oder des Vormunds verfügbar und zugänglich sein und dürfen keinen gesetzlichen oder praktischen Beschränkungen unterliegen. Aber diese Rechte sind in vielen Weltregionen nicht verwirklicht und das bedeutet, dass Mädchen und junge Frauen besonders in den Blick genommen werden müssen, um unbeabsichtigte Schwangerschaften einzudämmen. Außerdem ist zu bedenken, dass Jugendliche einen überproportional hohen Preis für eine unbeabsichtigte Schwangerschaft zahlen.

Aber auch ältere Frauen werden unbeabsichtigt schwanger. Ihre Risiken sind oft ganz anderer Natur und nicht unbedingt auf einen erschwerten Zugang zu Verhütungsmethoden oder unzureichende Kenntnisse über Sex und Empfängnisverhütung zurückzuführen, sondern auf weit verbreitete falsche Vorstellungen über ihre nachlassende Reproduktionsfähigkeit. Oft gibt es kaum Informationen über die Fertilität im mittleren und höheren Lebensalter sowie in der Menopause. Die Annahme, sie seien in ihrem Alter nicht mehr

fertil oder sexuell aktiv, kann sie davon abhalten, Verhütungsmittel anzuwenden. Manche Frauen glauben, eine unregelmäßige Menstruation in der Perimenopause sei gleichbedeutend mit Unfruchtbarkeit und manche Gesundheitsdienstleister sind mit den Bedürfnissen der sexuellen Gesundheit im „mittleren Lebensalter“ nicht vertraut.

In dieser Altersgruppe haben unbeabsichtigte Schwangerschaften auch andere Folgen. Schwangere Frauen in höherem Alter erleiden häufiger Schwangerschaftskomplikationen und Fehlgeburten. Zwar unterbricht eine späte Schwangerschaft nur selten ihren persönlichen Bildungsweg, wohl aber ihre Erwerbstätigkeit, Investitionen für schon vorhandene Kinder, die Betreuung anderer Familienangehöriger oder Enkel sowie ihre Ersparnisse für den eigenen Ruhestand oder die Pflege im Alter.

Bildung als Grundstein von Entscheidungsfreiheit und Gleichberechtigung

In der Agenda 2030 werden Bildung und die Gleichstellung der Geschlechter als Grundpfeiler der Entwicklung anerkannt. Untersuchungen in Afrika südlich der Sahara haben gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit einer unbeabsichtigten Schwangerschaft bei Frauen mit Grund- und Sekundarbildung 26 bis 29 Prozent geringer war als bei Frauen ohne jede Schulbildung. Wir wissen, dass Mädchen und Frauen umso mehr Einfluss auf ihren Lebensweg gewinnen, je mehr formale Bildung sie genießen. Sie sind besser darauf vorbereitet, selbst zu entscheiden, ob und wann sie heiraten und ob, wann und wie viele Kinder sie bekommen. Außerdem werden sie bei diesen Entscheidungen auch besser unterstützt.

Dennoch gilt es, diese beiden Aspekte nicht miteinander zu vermischen: Tatsächlich werden Mädchen durch Bildung gestärkt, denn dadurch

lernen sie ihren Körper und ihre Rechte kennen. Doch sollte ihnen deshalb nicht die gesamte Verantwortung für die Verhütung einer unbeabsichtigten Schwangerschaft aufgebürdet werden. Auch das soziale Umfeld muss Verantwortung übernehmen.

Auch ließ sich ein Zusammenhang zwischen einem höheren Bildungsniveau von Männern und einem geringeren Prozentsatz unbeabsichtigter Schwangerschaften bei ihren Partnerinnen erkennen. Das heißt, dass Frauen mit besser gebildeten Partnern seltener unbeabsichtigt schwanger werden. Dies könnte teilweise darauf zurückzuführen sein, dass Frauen mit gebildeten Ehemännern selbst oft ein höheres Bildungsniveau haben, zeigt aber zugleich, dass Männer mit zunehmender Bildung immer besser erkennen, welche Vorteile sich für das Wohlergehen ihrer Familie ergeben, wenn die Reproduktion geplant wird.

Familiengröße und -planung

Viele Studien legen die Annahme nahe, dass kinderreiche Frauen ein erhöhtes Risiko haben, unbeabsichtigt schwanger zu werden. Dafür gibt es viele mögliche Erklärungen: Vielleicht wenden kinderreiche Frauen Verhütungsmittel und Notfallverhütung nicht konsequent genug an oder leiden häufiger unter deren Nebenwirkungen. Vielleicht haben sie häufiger das Problem, dass ihr Partner die Anwendung verweigert oder dass es Engpässe bei den Gesundheitseinrichtungen gibt, zu denen sie Zugang haben. Andere Erklärungen drehen sich um den Kinderwunsch der Frauen: Im Allgemeinen wünschen sich Frauen, die über mehr Entscheidungsmacht verfügen, weniger Kinder. Frauen mit geringer Entscheidungsmacht bevorzugen tendenziell eher größere Familien und haben weniger Einfluss auf ihre Fertilität, was dazu führt, dass sie häufiger unbeabsichtigt schwanger werden.

Dennoch ist der Zusammenhang zwischen Familiengröße und der Absicht, schwanger zu werden, alles andere als eindeutig.

Auch besteht ein Zusammenhang zwischen unbeabsichtigten Schwangerschaften und/oder Partnergewalt auf der einen sowie kürzeren Abständen zwischen den Geburten auf der anderen Seite. In kurzen Abständen aufeinander folgende Geburten lassen sich mit ungünstigen Umständen vor, während und nach der Geburt in Verbindung bringen. Dies zeigt, wie sehr Frauen gefährdet sind, die nur wenig Einfluss auf ihren Körper und kaum Entscheidungsmacht haben.

Berufstätigkeit fördert Entscheidungsfreiheit

Es besteht eine direkte Korrelation zwischen Arbeitslosigkeit und unbeabsichtigten Schwangerschaften: In Äthiopien wurden arbeitslose Frauen 6,8 mal häufiger unbeabsichtigt schwanger als Frauen, die zum Beispiel im öffentlichen Dienst arbeiteten. Und generell wurden in Afrika südlich der Sahara nicht berufstätige Frauen sehr viel häufiger unbeabsichtigt schwanger als Frauen, die in vier verschiedenen Berufsfeldern tätig waren (Management, Verwaltung, Verkauf, Landwirtschaft).

Daraus lässt sich eine wichtige Schlussfolgerung ziehen, nämlich dass Handlungsfähigkeit und körperliche Selbstbestimmung der Frauen durch Erwerbstätigkeit gestärkt werden. Frauen, die über finanzielle Ressourcen verfügen, können sich eher Verhütungsmittel beschaffen und leisten und sie haben im Haushalt mehr Entscheidungsbefugnisse. Für Frauen mit eigenem Einkommen steigen die Opportunitätskosten einer unbeabsichtigten Schwangerschaft drastisch – ein Indiz dafür, dass die Vergütung ihrer Arbeit ein starker Anreiz ist, unbeabsichtigte Schwangerschaften zu verhindern. Darüber hinaus gilt eine höhere Erwerbsbeteiligung



© UNFPA/Fidel Évora

gebildeter Frauen als wichtiger Entwicklungsmotor, der wiederum dazu beiträgt, dass Frauen ihre Entscheidungsfreiheit nutzen.

Das Stadt-Land-Gefälle

Untersuchungen haben gezeigt, dass Frauen, die auf dem Land leben, zuweilen doppelt so häufig unbeabsichtigt schwanger werden wie Frauen, die in der Stadt wohnen. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass Frauen auf dem Land weniger Zugang zu modernen Verhütungsmethoden haben. In vielen Fällen trifft das auch zu, ist aber noch lange nicht die ganze Wahrheit: Frauen, die in ländlichen

GEWALT, NÖTIGUNG UND MACHTLOSIGKEIT

FREETOWN, Sierra Leone – „Ich wollte nicht schwanger werden“, erzählt Mamusu aus Freetown in Sierra Leone, heute 18 Jahre alt. „Aber als ich anfang, mich mit diesem Mann zu treffen, hatte ich niemanden, der sich um meine Bildung kümmerte, niemanden, der mir helfen konnte, wenn ich etwas für die Schule brauchte... Er hat mir geholfen.“

Mamusu beschreibt den Vater ihres Babys als ihren „Freund“, ihren „Mann“ und als den „Mann, der mich geschwängert hat“ – ein Zeichen dafür, dass ihre Beziehung alles

Mögliche ist. Gleichberechtigt ist sie nicht.

Zum einen war Mamusu ein Kind, gerade erst im Teenageralter, als sie ihn kennenlernte. Zum anderen wollte sie unbedingt weiterhin zur Schule gehen, doch die Armut bedrohte diesen rettenden Strohalm, der eine bessere Zukunft versprach. „Es hieß, wir müssten Stifte kaufen, Bücher, damit wir alles machen können, unsere Aufgaben, und ich hatte kein Geld ... Er sagte, dass er mich besser kennenlernen will, da habe ich ihm von meinen Problemen erzählt.“

Die Hilfe war nur von kurzer Dauer: „Als mir klar wurde, dass ich mit meinen 14 Jahren schwanger war, habe ich mich nicht darüber gefreut.“

Sie ist nicht allein. In Sierra Leone müssen sich Mädchen häufig durch einen Dschungel unvorstellbarer Entscheidungen kämpfen. Das Land hat eine der weltweit höchsten Raten an Teenagerschwangerschaften und Müttersterblichkeit. Die grassierende sexualisierte Gewalt richtet sich zu einem großen Teil gegen Kinder und hat bittere Folgen. Die schutzbedürftigsten Mädchen werden häufig angegriffen oder von älteren Jungen und Männern belästigt, wenn sie sich nach draußen wagen, um Wasser zu holen, Waren zu verkaufen oder auch nur zur Schule zu gehen. Wenn sich diese Mädchen auf eine sexuelle Beziehung einlassen – sei es aus Romantik oder im Austausch für etwas oder einer Mischung von beidem – dann tun sie das häufig aus einer Position der Schwäche heraus oder als Überlebensstrategie. Werden sie aber schwanger, dann werden sie allzu häufig von ihrer Familie verstoßen und sind dann ganz auf sich allein gestellt. „Die Mädchen werden nicht schwanger, weil sie das wollen“, sagt Mangenda Kamara, Gründungsmitglied und Leiterin von 2YoungLives, einem Mentoring-



Mamusu wurde mit 14 das erste Mal schwanger.

© UNFPA/Michael Duff

Projekt für schwangere Mädchen. „Doch ihre Optionen sind aufgrund extremer Armut sowie durch Gewalt und Nötigung in vielfältiger Form, einschließlich Transaktionssex, begrenzt.“

„Die Mädchen haben kaum ein Selbstbestimmungsrecht, werden für solche Situationen aber ganz allein verantwortlich gemacht, selbst wenn sie durch eine Vergewaltigung hingeraten sind. Wer nach einer Vergewaltigung schwanger wird, hat nur wenige Möglichkeiten“, sagt Fatmata Sortie, Anwältin in Freetown und Vorsitzende einer Anwältinnen-Organisation namens Legal Access through Women Yearning for Equality, Rights and Social Justice. „Es gibt keine Strukturen, um Vergewaltigungsoptionen zu helfen“, fährt sie fort. „So verfügen zum Beispiel die Polizeiwachen nicht einmal über Test-Sets, um Vergewaltigungen nachzuweisen.“

Oft werden die Mädchen für sexuelle Aktivitäten verantwortlich gemacht, selbst wenn diese auf Druck oder Nötigung hin zustande kamen, und sie lernen kaum etwas über ihre Rechte oder ihren Körper. Noch bis vor kurzem war Sexualunterricht kaum verfügbar und schwangere Mädchen durften nicht mehr zur Schule gehen. Über 86 Prozent der Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren haben noch nie Verhütungsmittel angewandt und 30 Prozent von ihnen haben mit 19 Jahren schon ein erstes Kind. Mittlerweile ist ein Schwangerschaftsabbruch in Sierra Leone eine Straftat, die juristisch verfolgt wird. Wird dennoch ein Schwangerschaftsabbruch vorgenommen, so Fatmata Sortie, „dann geschieht dies unter

absolut unsicheren und medizinisch nicht fachgemäßen Bedingungen.“

All diese Faktoren zusammengekommen sind oft tödlich. „Vor dem Verbot haben wir eine Umfrage gemacht und festgestellt, dass die Müttersterblichkeitsrate bei Mädchen unter 18 Jahren [in East Freetown] eine von zehn betrug“, sagte Lucy November, Hebamme und Wissenschaftlerin am King’s College London. Ihre gemeinsame Forschungsarbeit mit Mangenda Kamara gab den Anstoß zur Gründung von 2YoungLives.

Schwangere Mädchen werden oft verstoßen und sich selbst überlassen. So auch Dankay, heute ebenfalls 18 Jahre alt. Auch sie wurde von einem älteren Mann angesprochen, der ihr half, zurechtzukommen: „Als ich mich auf seine Avancen einließ, unterstützte er mich bei jedem Schritt. Aber nachdem er mich geschwängert hatte, stritt er jede Verantwortung ab und ging mir aus dem Weg. Dann warf mich meine Tante aus dem Haus. Sie sagte, es sei eine Schande, schwanger zu werden ohne einen Mann, der sich dazu bekennt.“ Sie kam bei Bekannten unter, aber sie musste oft hungern und auf dem kalten Boden der Veranda schlafen.

„Sie werden von allen stigmatisiert – dem sozialen Umfeld, den Schulen und den Krankenhäusern“, erklärt Mangenda Kamara. Manchmal, „wenn ihnen niemand weiterhilft, zum Beispiel durch eine Beratung, dann verlieren sie am Ende das Baby und manchmal auch ihr eigenes Leben.“

Dabei könne schon wenig Zuwendung viel helfen, sagt sie. Beratung, soziale Unterstützung, Hilfe bei der



Dankay, 18, alleinerziehende Mutter.

© UNFPA/Michael Duff

Kinderbetreuung, sachliche Informationen, Freundlichkeit – all das macht schon einen riesigen Unterschied. Mithilfe von 2YoungLives hat Mamusu ein kleines Unternehmen gegründet und sich als hervorragende Schülerin erwiesen. Sie ist entschlossen, das Beste aus allem zu machen, nicht nur für sich und ihr Kind, sondern auch für ihre Gemeinde. „Wenn ich meine Prüfung gemacht und das College absolviert habe, will ich Krankenschwester werden“, sagt Mamusu. „Denn wenn ich zu Besuch im Krankenhaus bin, dann sehe ich, wie gut sich die Schwestern um die Menschen dort kümmern.“

Auch Dankay bekommt Unterstützung, damit sie Schule und Kind unter einen Hut bringen kann. An ihrer Resilienz und Entschlossenheit, dass ihre Kinder es einmal besser haben sollen, könnten sich Entscheidungsträger*innen ein Beispiel nehmen. Die jungen Frauen haben Potenzial, das ausgenutzt und nicht verschwendet werden sollte – und das wissen sie auch.

„Es ist echt nicht einfach, in diesem Alter Mutter zu sein“, sagt Mamusu, „aber es macht mich stark.“

Gemeinden leben, sind unter Umständen mit größeren Barrieren konfrontiert, was ihre Befugnisse und ihre Selbstbestimmung insgesamt betrifft. So haben beispielsweise auf dem Land lebende Frauen in Asien, Lateinamerika und Afrika in den Bereichen Gesundheitsversorgung, Haushalt und Empfängnisverhütung weniger Entscheidungsmacht als ihre Geschlechtsgenossinnen in der Stadt. Soziale und geschlechterbezogene Normen sind im ländlichen Raum eher konservativ und patriarchalisch geprägt. Außerdem haben Frauen, die auf dem Land leben, in Entwicklungsländern häufiger einen niedrigeren Bildungsstand und leben in größerer Armut – beides korreliert mit höheren Raten von unbeabsichtigten Schwangerschaften.

Wenn Frauen keine Wahl haben

Die oben genannten Faktoren können die körperliche Selbstbestimmung von Frauen und Mädchen maßgeblich unterstützen oder untergraben. Wir wissen aber auch, dass viele Frauen in Sachen Sex und Schwangerschaft wenig bis gar kein Mitspracherecht haben. Die körperliche Selbstbestimmung dieser Frauen und Mädchen wird durch Gewalt, Nötigung oder andere Umstände massiv beeinträchtigt oder völlig blockiert.

Gewalt und Nötigung

Gewalt und ganz besonders sexualisierte Gewalt ist eine eindeutige und als solche anerkannte Menschenrechtsverletzung, die mit unbeabsichtigten Schwangerschaften unmittelbar zusammenhängt. Eine Frau, die gewaltsamen, ungewollten oder aus anderen Gründen nicht einvernehmlichen Sex erlebt, kann schwanger werden. Doch die verschiedenen Formen der Gewalt beeinträchtigen auch sonst die Selbstbestimmung der Betroffenen, denn sie beschränken auf vielfältigste Art und Weise

ihre Fähigkeit, ihre Rechte wahrzunehmen – zum Beispiel die eigene Meinung frei zu äußern, Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch zu nehmen (einschließlich eines sicheren Schwangerschaftsabbruchs) oder sich Verhütungsmittel zu beschaffen und sie anzuwenden.

Die Wahrscheinlichkeit, dass Frauen, die Gewalt durch ihren Lebenspartner ausgesetzt sind, auch gezwungen werden, auf Empfängnisverhütung zu verzichten, und deshalb unbeabsichtigt schwanger werden, ist doppelt so hoch wie bei Frauen, die in ihrer Beziehung keine Gewalt erleben. Dies gilt für so unterschiedliche Länder wie beispielweise Bangladesch und Neuseeland gleichermaßen.

Betroffene von Partnergewalt greifen auch häufiger als andere Frauen auf heimliche Empfängnisverhütung zurück – ein Indiz dafür, dass viele gewalttätige Partner die reproduktive Selbstbestimmung ihrer Partnerinnen aktiv ablehnen und zu unterbinden versuchen. Bei einer Befragung von 15.000 Teilnehmerinnen aus fünf verschiedenen Staaten war die Zahl der Frauen, die Verhütungsmittel anwenden, in der Gruppe derer, die Partnergewalt erleben, um 53 Prozent geringer als in der Gruppe der Frauen, deren Partner nicht gewalttätig waren. Bei verheirateten Frauen in Nigeria, die von Partnergewalt betroffen sind, ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie die Verhütung absetzen, um den Faktor 1,28 höher als bei denen, die keiner Gewalt ausgesetzt sind.

Gewalt in jeder Form fordert einen hohen Preis im Bereich der reproduktiven Selbstbestimmung von Frauen und Mädchen. Eine US-amerikanische Studie aus dem Jahr 1999 ergab, dass zwischen unbeabsichtigten Schwangerschaften und Erfahrungen mit psychischer oder körperlicher häuslicher Gewalt in der Kindheit und Jugend eine direkte Korrelation

besteht. Darin zeigt sich sehr deutlich, wie sich die Entmachtung langfristig auswirkt.

Umfragen in Haiti, Malawi, Nigeria, Sambia und Uganda haben ergeben, dass 10,4 bis 18 Prozent aller Mädchen und jungen Frauen zwischen 13 und 21 Jahren Opfer von sexualisierter Gewalt wurden. Der Prozentsatz der jugendlichen Mädchen, die eigenen Angaben zufolge nach einer Vergewaltigung schwanger wurden, bewegt sich zwischen 13,2 Prozent in Nigeria und 36,6 Prozent in Malawi.

Tatsächlich ist Gewalt gesellschaftlich immer noch breiter akzeptiert, als man annehmen möchte. Diese Akzeptanz hat im ersten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts bei Frauen wie Männern zwar deutlich abgenommen, dennoch zeigen Studien, dass mancherorts ein großer Teil der Frauen immer noch der Ansicht ist, Gewalt sei gerechtfertigt, wenn eine Frau sich dem Sex verweigert.

Doch die Selbstbestimmung über den eigenen Körper und eine Schwangerschaft wird nicht nur durch Gewalt verhindert. Nötigung – der Einsatz von Zwang, Drohungen, Druck und/oder Einschüchterung sowie fehlendes Einverständnis – kommt auch ohne körperliche Gewalt aus und torpediert die Fähigkeit von Menschen, sich frei zu entscheiden und das zu tun, was sie selbst für richtig halten. Wenn aus einer Nötigung oder Vergewaltigung eine Schwangerschaft resultiert, werden Leid und Rechtsverletzungen um ein Vielfaches gesteigert. Sexualisierte Gewalt oder Nötigung ist schon an und für sich eine Menschenrechtsverletzung. Darüber hinaus sind eine erzwungene Schwangerschaft sowie der Zwang, diese gegen den eigenen Willen entweder auszutragen oder abzutreiben (Formen des reproduktiven Zwangs), anerkannte Formen von Gewalt, die ebenfalls Menschenrechtsverletzungen darstellen.

REPRODUKTIVER ZWANG

UNTER REPRODUKTIVEM ZWANG VERSTEHT MAN, DASS EIN PARTNER ODER EIN ANDERES FAMILIENMITGLIED IN DIE REPRODUKTIVEN ENTSCHEIDUNGEN EINER FRAU EINGREIFT, SIE ZUM BEISPIEL DARAN HINDERT, IHRE SCHWANGERSCHAFT ABZUBRECHEN, WENN SIE DAS WILL, ODER – ANDERSHERUM – SIE ZU EINEM SCHWANGERSCHAFTSABBREUCH ZWINGT, DEN SIE NICHT MÖCHTE. REPRODUKTIVER ZWANG UMFASST AUCH DAS SABOTIEREN DER EMPFÄNGNISVERHÜTUNG, ETWA DAS DURCHSTECHEN EINES KONDOMS, DAS WEGWERFEN VON ANTI-BABYPILLEN, DIE GEWALTSAME ENTFERNUNG VON HORMONPFLASTERN, VAGINALRINGEN ODER SPIRALEN SOWIE DAS „STEALTHING“, WENN ALSO EIN MANN BEIM SEX HEIMLICH SEIN KONDOM ABSTREIFT, DIE FRAU ABER NUR EINEM GESCHLECHTSVERKEHR MIT KONDOM ZUGESTIMMT HAT.

Humanitäre Krisen verhindern jegliche Selbstbestimmung

Auch humanitäre Krisen, Naturkatastrophen ebenso wie von Menschen verursachte Notlagen wie zum Beispiel bewaffnete Konflikte blockieren das Recht von Frauen und Mädchen auf körperliche Selbstbestimmung. Oft verlieren die Menschen in solchen Notlagen den Zugang zu Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, einschließlich Verhütungsmitteln und das angesichts erhöhter Gefahr durch sexualisierte Gewalt. In einem Bericht über sexualisierte Gewalt unter Geflüchteten und Binnenvertriebenen wird die Prävalenz auf 21,4 Prozent geschätzt. Die tatsächlichen Zahlen sind allerdings nur schwer zu eruieren, weil nicht alle Fälle gemeldet werden.

UNFPA und unbeabsichtigte Schwangerschaften

Um unbeabsichtigte Schwangerschaften und unsichere Schwangerschaftsabbrüche zu verhindern, arbeitet UNFPA in über 150 Ländern daran, den Zugang zu umfassender sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung und die Inanspruchnahme entsprechender Dienstleistungen während des gesamten Lebensweges zu fördern. Denn Menschen haben unterschiedliche Bedürfnisse, die sich mit zunehmendem Alter und in den verschiedenen Phasen ihres sexuellen und reproduktiven Lebens verändern.

Im Strategieplan 2022–2025 verpflichtet sich UNFPA, eine allgemeine Gesundheitsversorgung und die Bereitstellung hochwertiger, umfassender Informationen und Dienstleistungen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit auszubauen.

Auf Ersuchen der jeweiligen Regierungen unterstützt UNFPA, im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen des jeweiligen Landes, im Einklang mit den WHO-Leitlinien und gemäß Paragraf 8.25 des ICPD-Aktionsprogramms, Regierungen sowie andere an der Umsetzung beteiligte Partner und Interessengruppen dabei, den Zugang u. a. zu inner- und außerschulischer umfassender Sexualaufklärung für junge Menschen, zu hochwertigen Dienstleistungen und Produkten zur Empfängnisverhütung auch für Jugendliche zu verbessern. Dazu gehört auch die Betreuung nach einem Schwangerschaftsabbruch zu gewährleisten und Maßnahmen zu ergreifen, die geschlechtsspezifische Gewalt und schädliche Praktiken wie zum Beispiel Frühverheiratung verhindern.

150 Länder

Sexualisierte Gewalt wird auch als Kriegswaffe eingesetzt. Untersuchungen zeigen, dass dies nicht auf alle Konflikte zutrifft, aber dennoch viel zu häufig vorkommt. Im jüngsten Bericht des Generalsekretärs der Vereinten Nationen über sexualisierte Gewalt in Konfliktsituationen wird darauf verwiesen, dass bei bewaffneten Konflikten in Afghanistan, der Zentralafrikanischen Republik, in Kolumbien, der Demokratischen Republik Kongo, im Irak, in Libyen, Mali, Myanmar, Somalia, im Südsudan, Sudan, in Syrien und im Jemen Vergewaltigungen nach wie vor systematisch eingesetzt werden.

Humanitäre Programme müssen sowohl gefährdete Personen (auch Jungen und Männer) schützen als auch den Bedürfnissen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Betroffenen nachkommen. Unter anderem müssen sie dafür sorgen, dass Vergewaltigungsoffer klinisch behandelt werden, und Mittel zur Notfallverhütung bereitstellen. Diesen Aspekt unterstreicht auch das überarbeitete interinstitutionelle Feldhandbuch für reproduktive Gesundheit in humanitären Situationen. Darin wurden die Verhütung und Behandlung unbeabsichtigter Schwangerschaften – und ausdrücklich auch die Betreuung sicherer Schwangerschaftsabbrüche – in das Minimalpaket für frühzeitige Dienstleistungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit und geschlechtsspezifischen Gewalt aufgenommen.

Wenn Verhütungsmethoden versagen, inkonsequent oder falsch angewandt werden

Jede moderne Verhütungsmethode, selbst wenn sie korrekt und konsequent angewandt wird, hat eine gewisse Versagensquote. Das bedeutet, dass unbeabsichtigte Schwangerschaften mit den derzeit verfügbaren Methoden niemals vollständig ausgeschlossen werden können. In Anbetracht der

Realität, wie Verhütungsmittel in der Praxis üblicherweise eingesetzt werden, ist die Versagensquote noch höher – im Fall von Kondomen für die Frau zum Beispiel liegt sie bei bis zu 21 Prozent.

Weltweit führen Frauen das Versagen von Verhütungsmethoden und deren Anwendung unter realistischen Bedingungen als eine der Hauptursachen für ihre unbeabsichtigten Schwangerschaften an. In Großbritannien zum Beispiel haben von 60.000 Frauen, die im Jahr 2016 einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen ließen, über die Hälfte mindestens eine Verhütungsmethode angewandt.

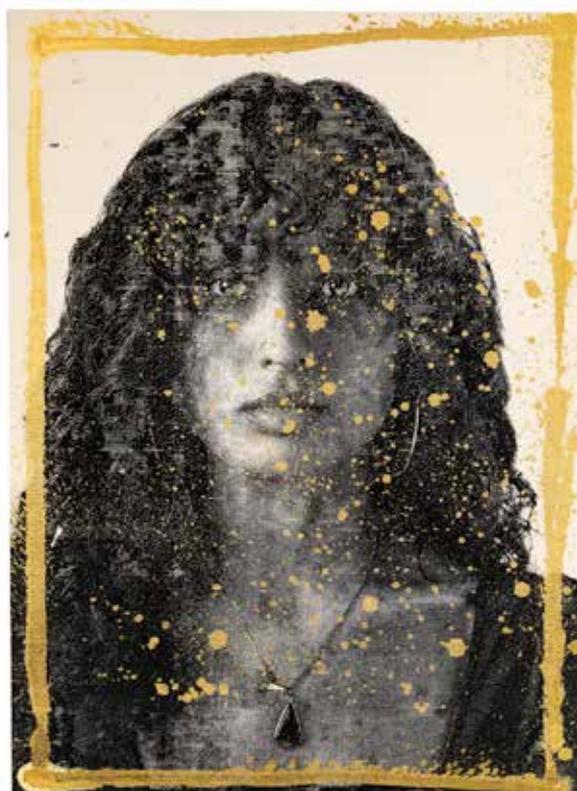
Fast die Hälfte aller unbeabsichtigten Schwangerschaften entstehen trotz der Anwendung von Verhütungsmitteln. Neun von zehn dieser Schwangerschaften sind auf inkonsequente oder falsche Anwendung zurückzuführen, während in einem von zehn Fällen die Verhütungsmethode trotz optimaler Anwendung versagt hat.

Daten und Fakten statt Schuldzuweisungen

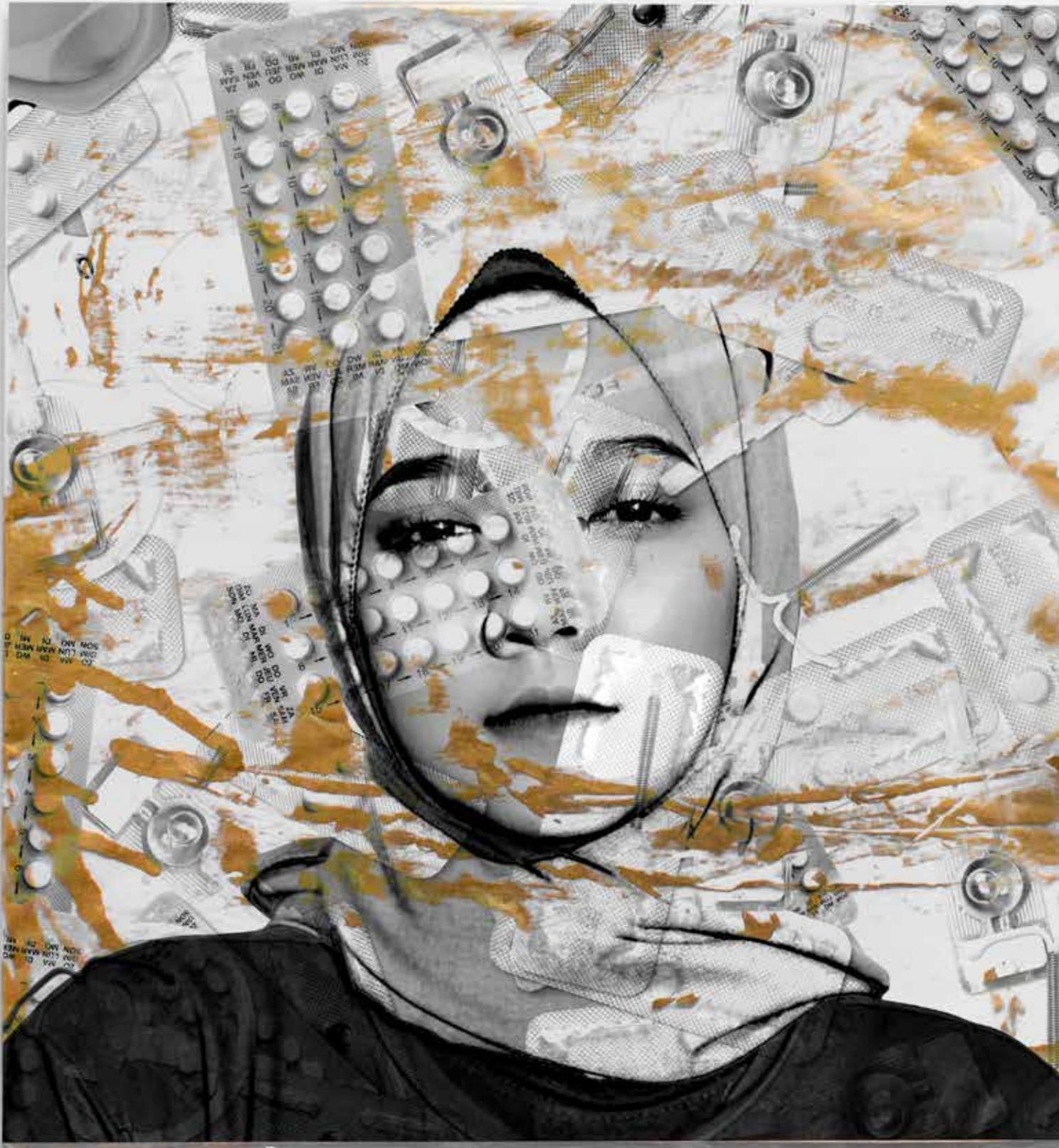
Unbeabsichtigte Schwangerschaften sind das Ergebnis einer ganzen Reihe politischer, wirtschaftlicher, soziokultureller und technologischer Faktoren. Es spricht viel für einen ganzheitlichen Ansatz zur Eindämmung unbeabsichtigter Schwangerschaften, einen Ansatz, der die moralisierende Ächtung der Betroffenen überwindet. Die Stigmatisierung unbeabsichtigter Schwangerschaften bei Jugendlichen und unverheirateten Frauen führt häufig dazu, dass ihnen der Zugang zu Empfängnisverhütung erschwert wird. Und die weit verbreitete Annahme, dass verheiratete Frauen Kinder bekommen sollten, führt dazu, dass ihre Erfahrungen mit unbeabsichtigten Schwangerschaften vielfach zu wenig gewürdigt und untersucht werden.

Stigmatisierung kann auch Frauen beeinflussen, die sich sonst über ihre Schwangerschaft freuen würden oder die sich erst mit ihren ambivalenten Gefühlen auseinandersetzen müssen.

Letztlich zeigt sich am Umgang mit unbeabsichtigten Schwangerschaften die Wertschätzung beziehungsweise Verachtung, die eine Gesellschaft Frauen und Mädchen entgegenbringt. Eine Gesellschaft, in der Frauen und Mädchen nicht selbst entscheiden können, ob sie schwanger werden wollen oder nicht, macht damit implizit deutlich, dass sie die Mutterschaft nicht für erstrebenswert, sondern für unvermeidlich hält. Im Unterschied dazu erkennen Gesellschaften, in denen Frauen und Mädchen gestärkt genug sind, sich freiwillig für oder gegen Reproduktion zu entscheiden, den inhärenten Wert der Frauen als Menschen an – unabhängig davon, ob sie Mutter werden oder nicht.



© UNFPA/Fidel Évora





Herausforderungen
auf dem Weg
zur Wahlfreiheit

Die naheliegendste Möglichkeit, eine unbeabsichtigte Schwangerschaft zu verhindern, ist die Anwendung von Verhütungsmitteln. Es gibt eine breite Palette sicherer und wirksamer Verhütungsmethoden.

Ogleich es bei allen Formen der Empfängnisverhütung zu einem Versagen der Methode kommen kann, ist dies nur für einen vergleichsweise geringen Anteil aller unbeabsichtigten Schwangerschaften verantwortlich.

Das mit Abstand größte Problem ist der ungedeckte Bedarf an Verhütungsmitteln. Weltweit nutzen schätzungsweise 257 Millionen Frauen, die eine Schwangerschaft vermeiden wollen, keine sicheren, modernen Verhütungsmethoden, und von diesen Frauen wenden 172 Millionen überhaupt keine Verhütungsmethode an. Der SDG-Indikator 3.7.1 fordert ausdrücklich, diesen ungedeckten Bedarf zu decken. Damit kommt diesem Thema große Bedeutung für die internationale Entwicklung zu.

In 64 Ländern sind mehr als acht Prozent der Frauen nicht in der Lage, selbst über Verhütungsmittel zu entscheiden, und 24 Prozent sind nicht in der Lage, eine Entscheidung über ihre Gesundheitsversorgung zu treffen. Zudem sehen sich Millionen weiterer Frauen mit Umständen konfrontiert, die sich weniger offensichtlich, aber nicht weniger real auf die Nutzung, Nichtnutzung oder das Absetzen von Verhütungsmitteln auswirken.

Familienplanungsprogramme funktionieren

Zunächst ist es wichtig zu betonen, dass Familienplanungsprogramme weltweit einen enormen Unterschied bewirkt haben. Die Nutzung von Verhütungsmitteln nimmt in allen Regionen der Welt zu und der ungedeckte Bedarf geht zurück. Im Jahr 2022 wurden 1,1 Milliarden der 1,9 Milliarden Frauen im reproduktiven Alter (15 bis 49 Jahre) als diejenigen eingestuft, die einen Bedarf an Verhütungsmitteln haben, was bedeutet, dass sie den Wunsch haben, ihren Kinderwunsch einzuschränken oder hinauszuzögern. 851 Millionen von ihnen verwendeten eine moderne Verhütungsmethode und 85 Millionen eine traditionelle Methode.

Die Gründe, aus denen Frauen keine Verhütungsmittel verwenden, selbst wenn sie eine Schwangerschaft vermeiden wollen, haben sich verändert. In den 1980er Jahren war mangelndes Wissen über Verhütungsmittel der häufigste Grund für die Nichtanwendung. Heute ist dies der am seltensten genannte Grund. Nebenwirkungen und seltener Geschlechtsverkehr werden weitaus häufiger als Gründe für den Verzicht angegeben. Auch der Zugang zu Verhütungsmitteln hat sich im Laufe der Zeit verbessert und wird weniger häufig als Grund für die Nichtanwendung genannt. Studien zeigen, dass Familienplanungsprogramme Fortschritte erzielen – sie weisen aber auch auf Lücken hin, die es noch zu schließen gilt. Insbesondere in ländlichen Gebieten können fehlender Zugang und fehlendes Wissen über Verhütungsmittel durchaus noch ein Thema sein.

In diesem Kapitel werden drei grundlegende Fragen untersucht, die Forschende und politische Entscheidungsträger*innen stellen sollten, wenn sie den ungedeckten Bedarf an Verhütungsmitteln untersuchen:

- Möchte eine Frau moderne Verhütungsmittel verwenden?
- Kann sie eine Methode ihrer Wahl erhalten, insbesondere wenn sich ihre Präferenz ändert?
- Inwiefern erleichtert oder behindert ihr Umfeld die Verwendung von Verhütungsmitteln?



Wollen Frauen moderne Verhütungsmittel verwenden? Dem Bedarf auf der Spur

Im Rahmen von Familienplanungsprogrammen wird in der Regel die Anwendung moderner Verhütungsmethoden als wichtigstes Kriterium für den Erfolg herangezogen. Die Konzentration auf die zunehmende Verwendung von Verhütungsmitteln kann aber dazu führen, dass die Nichtverwendung als Versagen des Programms angesehen wird.

Tatsächlich kann der Verzicht auf Verhütung aber ebenfalls eine legitime Entscheidung von Frauen sein. Zudem wird sich der Wunsch, eine Schwangerschaft zu vermeiden, im Laufe der Zeit und in den verschiedenen Lebensabschnitten einer Person vermutlich ändern, beeinflusst durch soziale Normen, die Familie und die Partnerschaft sowie durch die eigenen Erfahrungen und den eigenen Körper.

Bedenken im Hinblick auf Sicherheit und Nebenwirkungen

Der Verzicht oder das Absetzen von Verhütungsmitteln ist in den meisten Fällen auf die Angst vor beziehungsweise die Erfahrung mit Nebenwirkungen oder gesundheitlichen Folgen zurückzuführen. 38 Prozent der Frauen mit ungedecktem Bedarf an modernen Verhütungsmitteln haben in der Vergangenheit eine moderne Methode verwendet, sich aber aus einem anderen Grund als dem Wunsch nach einer Schwangerschaft dafür entschieden, diese abzusetzen. Im Durchschnitt brechen mehr als ein Drittel der Frauen, die eine moderne Verhütungsmethode anwenden, die Anwendung innerhalb des ersten Jahres ab und mehr als die Hälfte bricht sie vor Ablauf von zwei Jahren ab. Studien zeigen, dass ein Versagen der Verhütungsmethode und methodenbedingte Nebenwirkungen oder andere Probleme zu den häufigsten Gründen für ein Absetzen gehören.

Wie sieht es mit den Bedürfnissen von Männern aus?

Auch bei Männern kann ein ungedeckter Bedarf an Verhütungsmitteln bestehen und besteht tatsächlich. Ungedeckter Bedarf wird, wie die meisten Maßnahmen zur reproduktiven Gesundheit, in der Regel anhand des Verhaltens von Frauen definiert. Frauen werden als Hauptnutzerinnen von Verhütungsmitteln angesehen und die verfügbaren Daten konzentrieren sich in der Regel auf sie. Um ein vollständigeres Bild zu erhalten, müssen jedoch auch die Bedürfnisse und das Wissen von Männern berücksichtigt werden, wobei gleichzeitig sichergestellt werden muss, dass die reproduktiven Rechte von Frauen nicht beeinträchtigt werden. Das könnte die Rechte und das Wohlergehen von Frauen sogar stärken, weil ein unterstützendes Umfeld für alle Menschen, ungeachtet ihres Geschlechts, geschaffen wird.

Darüber hinaus konzentrieren sich die meisten Verhütungsmethoden auf die weibliche Biologie: Barrieremethoden wie Diaphragmen, Gebärmutterhalskappen, Schwämme und Kondome für Frauen sowie hormonelle Methoden wie Hormonspritzen, Spiralen, die Pille und Notfallverhütung. Begründet wird dies häufig mit der unverhältnismäßig hohen körperlichen Belastung von Frauen durch eine Schwangerschaft, wirft aber auch Fragen auf. **Ist es gerechtfertigt, dass Frauen in unverhältnismäßig hohem Maße die Verantwortung für die Verhütung tragen?** Warum wird Männern im Vergleich zu Frauen die Wahlmöglichkeit bei der Empfängnisverhütung vorenthalten? Haben Regierungen die Pflicht, die Entwicklung von Verhütungsmitteln für Männer voranzutreiben und damit die Chancen und die Verantwortung für Einzelpersonen und Paare bei der Verwirklichung ihrer Schwangerschaftsabsichten anzugleichen? Weil der Markt alleine das Problem bisher nicht geregelt hat, sind hier Regierungen gefragt, den ungedeckten Bedarf an Verhütungsmitteln für Männer zu decken.

DAS NÄCHSTE VERHÜTUNGSMITTEL FÜR MÄNNER: WARUM DAUERT DAS SO LANGE?

UNFPA – „Die eigentliche Frage sollte sein, ob und wann man Kinder haben will“, sagt Logan Nickels, Forscher bei der Male Contraceptive Initiative in den USA. „Sobald diese Entscheidung getroffen ist, sollten allen Menschen die notwendigen Mittel für ihren persönlichen Lebensweg zur Verfügung stehen.“

Zwei auf den Mann ausgerichtete Methoden – Kondome und der Coitus interruptus – machen derzeit etwa 26 Prozent der weltweiten Verwendung von Verhütungsmitteln aus. Allerdings haben Kondome, wie sie üblicherweise verwendet werden, eine Versagensquote von etwa 13 Prozent, und der Coitus interruptus ist eine der unzuverlässigsten Formen der Empfängnisverhütung. Die Vasektomie hingegen gilt als eine der wirksamsten Methoden,

trotzdem verlassen sich nur weniger als drei Prozent der Paare auf diese Art des Schutzes.

Vielversprechende Möglichkeiten für neue Verhütungsmethoden für Männer gibt es: Pillen, Cremes, Verhütungspflaster, Spritzen und ein Verfahren, das wie eine Vasektomie wirkt, aber reversibel sein soll. In einer Datenbank über Verhütungsmethoden, die sich in der Erforschung und der Entwicklung befinden, sind mehr als 40 Methoden aufgeführt. Warum gibt es also noch keine besseren Verhütungsmethoden für Männer?

Oft wird Frauen die Verantwortung für die Verhütung zugewiesen, weil sie diejenigen sind, die die Schwangerschaft austragen. Das kann einem Fortschritt im Wege

stehen. „Viele denken, dass die Rechte von Männern ja nicht eingeschränkt sind“, sagt Logan. „Daher denke ich, dass sich [die Entwicklung von Verhütungsmitteln] darauf konzentriert hat, Frauen und Mädchen zu versorgen, anstatt Männer konstruktiv einzubeziehen.“

Dabei sind Männer in vielen Ländern an Verhütungsmethoden interessiert. In einer 2002 durchgeführten Umfrage gaben 55 Prozent der 9.000 befragten Männer in neun Ländern an, dass sie ein neues Verhütungsmittel verwenden würden. In den USA ergab eine 2019 durchgeführte Studie mit rund 1.500 Männern, dass 60 Prozent derjenigen, die eine Schwangerschaft verhindern wollten, eine neue Verhütungsmethode für Männer wünschten. Dennoch hat die Pharmaindustrie weltweit in diesem Bereich noch keine Fortschritte erzielt.

Um konkurrenzfähig zu sein, müsste ein neues Verhütungsmittel für Männer mindestens so wirksam sein wie die besten auf dem Markt befindlichen Produkte für Frauen. Gleichzeitig sind die Sicherheitsstandards für neue Verhütungsmittel – egal ob für Männer oder Frauen – die höchsten von allen pharma-

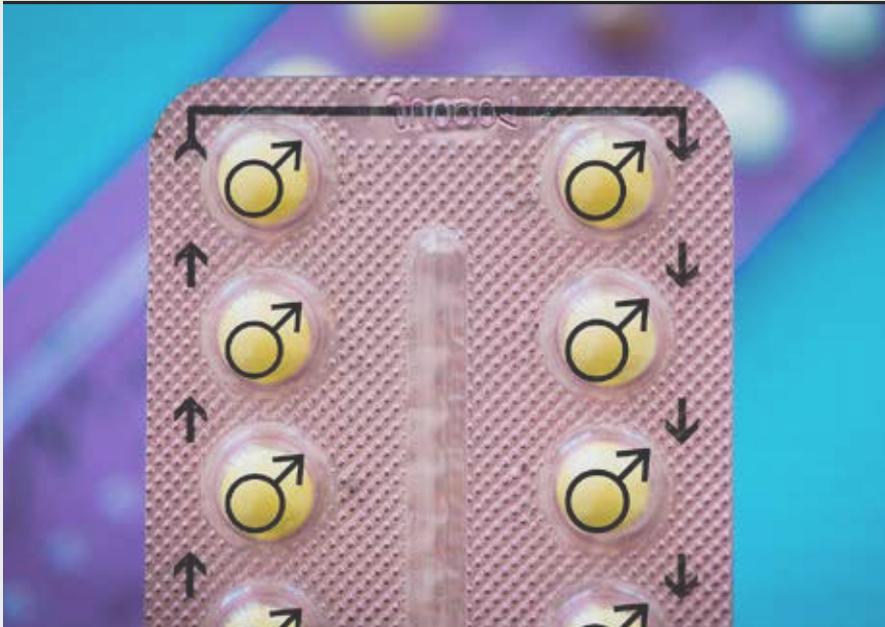
KONDOME UND COITUS INTERRUPTUS

Machen 26 Prozent der Verhütung weltweit aus

- » Kondome haben eine Versagensquote von etwa **13 Prozent**
- » Coitus interruptus ist eine der **unsichersten Verhütungsmethoden**

VASEKTOMIE

Ist eine der sichersten Verhütungsmethoden aber weniger als **3 Prozent der Paare verlassen sich auf diese Art des Schutzes**



Die Forschung zeigt, dass Männer in vielen Ländern an Verhütung für den Mann interessiert sind.

Getty Images/Canopy

55 PROZENT DER BEFRAGTEN MÄNNER GABEN AN, DASS SIE EINE NEUE VERHÜTUNGSMETHODE VERWENDEN WÜRDEN.

zeutischen Produkten, so Rebecca Callahan, die in der Produktentwicklung der US-amerikanischen gemeinnützigen Organisation FHI 360 für Gesundheit und Wohlbefinden arbeitet, „weil man sie jungen, gesunden Menschen als Präventionsmaßnahmen verabreicht“. Diese Standards sind bei einer neuen Methode für Männer sogar noch höher, da bei Frauen die Risiken von Nebenwirkungen eines Verhütungsmittels mit den potenziellen Risiken einer Schwangerschaft abgewogen werden, die immerhin tödlich sein können.

Wöchentliche Hormonspritzen bei Männern stellten sich als sehr erfolgreich bei der Verhütung einer Schwangerschaft heraus, und im Allgemeinen traten kaum Nebenwirkungen auf. Es gab einige Fälle

von Akne, Gewichtszunahme und Stimmungsschwankungen – die Art von Problemen, mit denen auch Frauen bei hormoneller Verhütung häufig zu kämpfen haben. Als jedoch ein Mann eine schwere Depression entwickelte und ein anderer einen Selbstmordversuch unternahm, wurde die Studie abgebrochen, obwohl Depressionen auch ein bekanntes Risiko bei Frauen sind, die hormonell verhüten.

Neue Verhütungsmethoden erfordern Finanzmittel, umfangreiche Studien, Marketing und Vertrieb. Ansonsten können selbst wirksame und stark nachgefragte Methoden ins Stocken geraten. Verbesserte Formen der männlichen Empfängnisverhütung allein werden jedoch nicht ausreichen. Um verantwortungsvolle reproduktive Entscheidungen

zu treffen, benötigen alle Menschen auch genaue Informationen über die Vor- und Nachteile von Verhütungsmethoden, die Fähigkeit, ihre reproduktiven Wünsche zu artikulieren sowie einen respektvollen Umgang mit den Bedürfnissen und Ansichten ihrer Lebenspartner*innen. Auch in diesem Bereich gibt es Anzeichen für Fortschritte. Martha Brady, globale Gesundheitsexpertin für die Entwicklung von Verhütungsmitteln, sagt: „[Jüngere Männer] sehen, dass sich die Welt verändert. Die Normen haben sich für alle verschoben, von den USA bis nach Afrika... Ich denke, es wird definitiv jüngere Männer geben, die bereit sind, Dinge auszuprobieren, die 50-jährige Männer aus einer anderen Generation vielleicht nicht ausprobieren würden“, sagt sie.



Tatsächlich gehen die Befürwortung wirksamer Verhütungsmethoden und die Angst vor ihren Nebenwirkungen häufig Hand in Hand. In Ghana schätzten Frauen und Mädchen im Alter von 15 bis 49 Jahren hormonelle Methoden einerseits wegen ihrer Wirksamkeit gegen eine Schwangerschaft, andererseits äußerten sie Bedenken über Nebenwirkungen (insbesondere eine veränderte Monatsblutung), künftige Beeinträchtigungen der Fertilität und langfristige Gesundheitsfolgen, die einige Frauen veranlassten, die Anwendung hormoneller Methoden abzubrechen. Langfristige gesundheitliche Folgen, die als Folge der Anwendung hormoneller Methoden wahrgenommen wurden, verringerten die Wahrscheinlichkeit einer Anwendung um mehr als die Hälfte.

Diese Probleme beschränken sich nicht nur auf Frauen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen. Eine Überprüfung der Gründe für die Ablehnung hormoneller Verhütungsmittel durch Frauen und Männer in Ländern mit hohem Einkommen ergab ähnliche Bedenken, darunter: körperliche Nebenwirkungen, Veränderungen der psychischen Gesundheit, negative Auswirkungen auf die Sexualität, Bedenken hinsichtlich der künftigen Fertilität, Bedenken hinsichtlich der Menstruation sowie die Erfahrung, dass die eigenen Bedenken von medizinischem Personal nicht ernst genommen werden. Eine wichtige Erkenntnis ist, dass Gesundheitsdienstleister*innen und -systeme das Vertrauen der Frauen aufbauen oder sogar wiederherstellen müssen, indem sie einen respektvollen, personenzentrierten Ansatz verfolgen und verstehen, dass sich die Bedürfnisse einer Person im

Laufe der Zeit wahrscheinlich ändern werden. Hinzu kommt, dass das bestehende Angebot unzureichend ist. Das zeigt, dass staatliche Investitionen in die Entwicklung neuer oder verbesserter Verhütungsmittel mit weniger oder geringeren Nebenwirkungen erforderlich sind.

Nebenwirkungen können auch unerwünschte soziokulturelle Folgen haben, die eine Frau dazu veranlassen, die Anwendung abzubrechen. In Gemeinschaften mit Normen, die Frauen die Teilnahme an bestimmten Aktivitäten aufgrund von Vaginalblutungen (in der Regel die Menstruation) verbieten, kann es zu einem Absetzen kommen, wenn eine Verhütungsmethode Blutungen oder Schmierblutungen verursacht. Manche Frauen empfinden aber auch das Ausbleiben der Menstruation als Nebenwirkung. Diese Anwenderinnen setzen die Methode ab, weil das Ausbleiben der Blutung ihre Möglichkeiten einschränkt, sich dem Sex zu entziehen, oder weil sie dies mit Unfruchtbarkeit assoziieren.

Nebenwirkungen wie Schmierblutungen, die von einem Partner bemerkt werden könnten, können für Frauen, die ihr Verhütungsmittel vor ihrem Partner verheimlichen, besonders problematisch oder sogar gefährlich sein. In einigen afrikanischen Ländern südlich der Sahara, wie Äthiopien, gilt die Anwendung von Verhütungsmitteln ohne die Zustimmung des Ehemanns als Zeichen der Untreue. Dies ist ein weiterer Anlass für Frauen, auf Methoden zu verzichten, die von ihrem Partner bemerkt werden könnten.

Zwar hat sich das allgemeine Wissen über moderne Verhütungsmittel weltweit verbessert, viele Mythen und Fehleinschätzungen halten sich jedoch hartnäckig und tragen zur Nichtanwendung bei. So glauben zum Beispiel in Ghana viele Frauen, dass

Verhütungsmittel zu Unfruchtbarkeit führen können, insbesondere bei jungen Frauen. Hörensagen über Nebenwirkungen und Fehlinformationen sind ebenfalls häufige Gründe für den Verzicht. Junge Männer und Frauen in Kenia glauben, dass moderne Verhütungsmittel die künftige Fertilität gefährden, zu Problemen bei der Empfängnis führen, Fehlbildungen verursachen, Frauen promiskuitiv werden lassen, „unafrikanisch“ seien und Paaren ihre sexuelle Freiheit nähmen. Dies verdeutlicht, wie wichtig es ist, Männer angemessen in das Thema Verhütungsmittel einzubeziehen und zu informieren, da sie in diesem Bereich oft wichtige Entscheidungsträger sind.

Sind die Anwenderinnen von Verhütungsmitteln zufrieden?

Um ihren Verpflichtungen zur Verwirklichung einer universellen sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung, Familienplanung und Aufklärung bis 2030 nachzukommen, überwachen die Länder Daten über den Anteil der Frauen im reproduktiven Alter (zwischen 15 und 49 Jahren), deren Bedarf an Verhütungsmitteln durch moderne Methoden gedeckt ist, sowie über den Anteil der Frauen mit ungedecktem Bedarf. In Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen liegt die Gesamtrate des ungedeckten Bedarfs an Verhütungsmitteln bei 9,2 Prozent und die Gesamtrate des ungedeckten Bedarfs an modernen Verhütungsmitteln bei 13,3 Prozent.

Diese Zahlen sind wichtig, aber unvollständig. Gedeckter und ungedeckter Bedarf sind weit gefasste Messgrößen, die Frauen in die Kategorien Nutzerinnen und Nichtnutzerinnen moderner Verhütungsmittel einteilen, obwohl die Realität viel differenzierter ist. Zwar wenden immer mehr Frauen moderne Methoden an, doch die hohen Abbruchquoten zeigen deutlich, dass viele Frauen

mit den ihnen derzeit zur Verfügung stehenden Methoden nicht zufrieden sind.

In einer Studie über die Nutzerinnen moderner Verhütungsmittel in Kenia wurden die derzeitigen Nutzerinnen, die unzufrieden waren, als Personen mit unerfülltem Bedarf umdefiniert. Dabei wurde festgestellt, dass die Prävalenz der Unzufriedenheit mit der Methode zwischen 6,6 Prozent und 18,9 Prozent lag. Bei einer landesweiten Anwendung dieses Ergebnisses würde sich der geschätzte ungedeckte Bedarf an Verhütungsmitteln jeglicher Art in Kenia erheblich erhöhen (um etwa 25 bis 70 Prozent).

Mangelndes Wissen über Sexualität, Reproduktion und Schwangerschaft

Um einen Bedarf oder Wunsch nach Verhütung zu entwickeln, muss man über den eigenen Körper, Sexualität, Reproduktion und Verhütung Bescheid wissen. Auch wenn mangelndes Wissen nicht mehr zu den wichtigsten Gründen für den ungedeckten Bedarf gehört, besteht nach wie vor eine starke Korrelation mit einer erhöhten Zahl unbeabsichtigter Schwangerschaften. Viele junge Menschen haben nach wie vor keinen Zugang zu umfassender Sexuaufklärung, was zu weit verbreiteten Mythen und falschen Vorstellungen sowohl über Verhütung als auch über die menschliche Anatomie beiträgt.

Grundlegende Informationen über sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte sollten in schulischen und außerschulischen Programmen, Gesundheitseinrichtungen mit eingeschlossen, vermittelt werden. Viele Gesundheitssysteme leisten hier bereits einen wichtigen Beitrag. In Äthiopien zum Beispiel gaben 68 Prozent der befragten Frauen an, dass sie ihre Informationen über Familienplanung von einem*r Mitarbeitenden des Gesundheitswesens erhalten haben. Und diejenigen,

Menschenrechte und Sexualaufklärung

Die Aufklärung über Sexualität und Reproduktion ist ein grundlegender Bestandteil des Rechts auf Gesundheit, Bildung und Nichtdiskriminierung, wie es der Ausschuss der Vereinten Nationen für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte formuliert hat. Das bedeutet, dass Personen, einschließlich Kinder und Jugendliche, das Recht haben, Informationen zu Verhütung zu beanspruchen, zu erhalten und weiterzugeben. Um diese Menschenrechtsverpflichtungen zu erfüllen, müssen Staaten und Gemeinschaften sicherstellen, dass Informationen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit zugänglich, angemessen und medizinisch korrekt sind. Sie müssen in einer Weise bereitgestellt werden, die den Bedürfnissen einzelner Personen und der Gemeinschaft entspricht, wobei beispielsweise Alter, Geschlecht, Sprachkenntnisse, Bildungsstand, Behinderung, sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität und intersexueller Status berücksichtigt werden müssen. **Der Zugang zu umfassender Sexualaufklärung ist daher ein entscheidender Faktor für die Verwirklichung der Menschenrechte auf Gesundheit, Wohlbefinden und Selbstbestimmung, die in vielen Menschenrechtsinstrumenten enthalten sind,** darunter die UN-Kinderrechtskonvention, die UN-Frauenrechtskonvention, der UN-Sozialpakt und die UN-Behindertenrechtskonvention.

Eine umfassende Sexualaufklärung befasst sich auch mit vielen Faktoren, die zu unbeabsichtigten Schwangerschaften führen, beispielsweise geschlechtsspezifischer Gewalt und bietet Instrumente für deren Prävention. Dazu gehören Einvernehmen, der Aufbau gleichberechtigter Beziehungen und die Achtung nicht stereotyper Geschlechterrollen. Eine qualitativ hochwertige, umfassende Sexualaufklärung trägt wirksam dazu bei, riskantes Sexualverhalten und die Häufigkeit unbeabsichtigter Schwangerschaften zu verringern. Aufklärung ist am wirksamsten, wenn sie breit gefächert angeboten wird, beispielsweise durch die Verknüpfung von schulischer Aufklärung mit außerschulischen, altersgerechten Angeboten.

die mindestens eine unbeabsichtigte Schwangerschaft erlebt haben, erlebten mit geringerer Wahrscheinlichkeit eine weitere – mit anderen Worten, sie informierten sich oder nutzten die Informationen, die sie bei der Entbindung ihres ersten Kindes erhalten hatten, um das zweite Kind zu planen.

Es ist wichtig, dass Anbieter*innen von Betreuungsleistungen und andere Fachkräfte evidenzbasierte Beratung und Informationen über Funktion, Nutzen und Risiken von Verhütungsmitteln anbieten und diese Informationen so vermitteln, dass

die Frauen (und gegebenenfalls ihre Partner) dort abgeholt werden, wo sie stehen, um eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung zu gewährleisten. Diese Informationen können und sollten Fehlinformationen, Fehleinschätzungen, Mythen und Ängste ausräumen, die häufig die Ursache für den Verzicht auf Verhütung sind. Sie sollten auch die Funktionsweise der Notfallverhütung und den Unterschied zu einer Abtreibung deutlich machen. Dies ist besonders wichtig für Gemeinschaften und Einzelpersonen, für die ein Schwangerschaftsabbruch kulturell inakzeptabel ist.

Fehleinschätzung des Schwangerschaftsrisikos

Einer der häufigsten Gründe für den ungedeckten Bedarf ist seltener Geschlechtsverkehr oder das Gefühl, nicht gefährdet zu sein. Deswegen setzen sich Aktivist*innen für die Forschung zur Entwicklung einer wirksamen Verhütungsmethode ein, die eine Frau bei Bedarf nach dem Sex anwenden kann. Im Idealfall wäre dies eine Methode, bei der die Frau die vollständige Kontrolle hat und die sie ohne das Wissen ihres Partners anwenden könnte. Die derzeitigen Methoden, die bei Bedarf angewendet werden, sind in der Regel weniger wirksam und erfordern die Mitarbeit des Partners (beispielsweise Kondom oder Diaphragma). Die WHO kam im Jahr 2017 zu dem Schluss, dass ein Bedarf für eine solche Methode besteht und dass weitere Forschung erforderlich ist.

Sind Frauen in der Lage, eine moderne Verhütungsmethode ihrer Wahl zu erhalten?

Eine der am häufigsten gestellten Fragen, wenn es um den ungedeckten Bedarf an Verhütung geht, ist vielleicht: Kommen Einzelpersonen an Verhütungsmittel? Diese Fragestellung ist jedoch irreführend.

Stattdessen benötigen die Menschen eine Reihe von Methoden, um ihre unterschiedlichen und sich wandelnden Bedürfnisse zu befriedigen. Diese Methoden müssen verfügbar, zugänglich und kulturell akzeptiert sein und die Produkte und Dienstleistungen müssen außerdem von hoher Qualität sein. In all diesen Bereichen gibt es nach wie vor erhebliche Barrieren. Zwischen sieben und 27 Prozent der Frauen brechen die Anwendung einer Verhütungsmethode aus Gründen ab, die mit dem Dienstleistungsumfeld zusammenhängen, darunter die Qualität der Dienstleistungen, die

Verfügbarkeit einer ausreichenden Auswahl an Methoden, Lieferengpässe und ineffiziente Überweisungsmechanismen

Verfügbarkeit

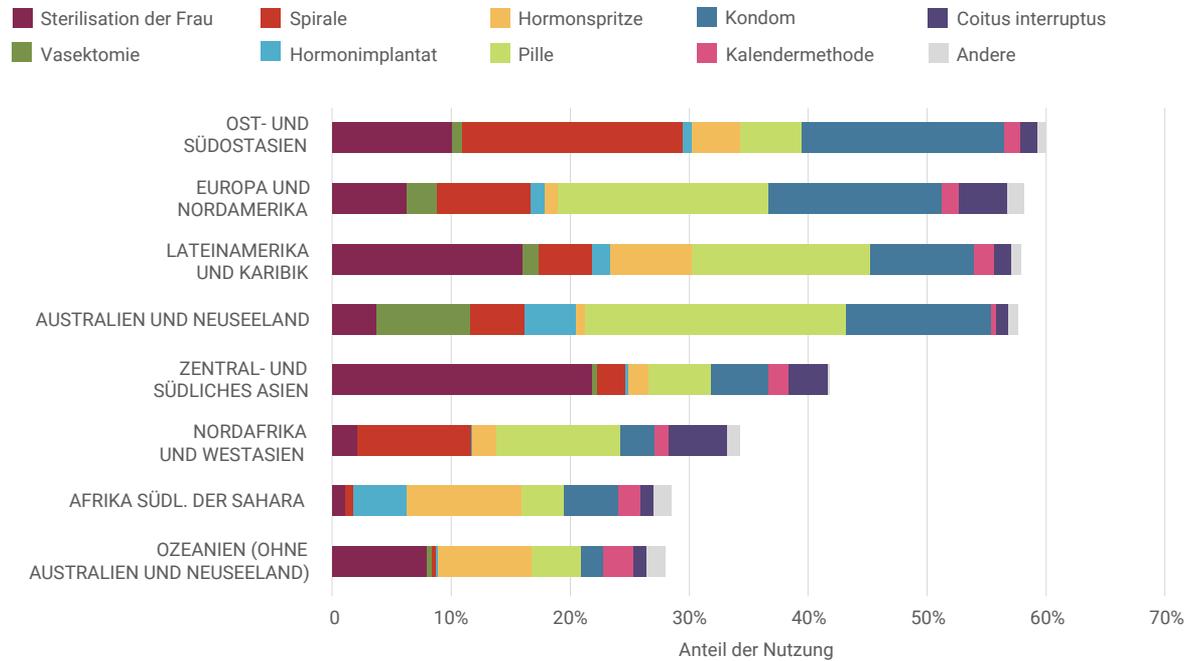
Auch Versorgungsengpässe sind nach wie vor ein großes Problem für Familienplanungsprogramme. Eine länderübergreifende Analyse ergab, dass bis zu fünf Prozent der abgesetzten Verhütungsmittel auf Lieferengpässe zurückzuführen sind. Eine 2017 durchgeführte Untersuchung der Herausforderungen bei Lieferketten in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen ergab, dass unterbrochene Lieferketten erheblich zu Engpässen bei modernen Verhütungsmitteln beitragen. Durch Lieferengpässe können Anwender*innen mitunter nicht ihre bevorzugte Methode nutzen. Auch sind die bevorzugten Verhütungsmittel vielleicht nicht an den gewohnten Stellen verfügbar oder teurer als üblich.

Diese Versorgungsengpässe wurden durch die COVID-19-Pandemie, welche die Lieferketten nachhaltig gestört und den Zugang zu Gesundheitseinrichtungen eingeschränkt hat, zusätzlich verschärft. Schätzungen des Guttmacher-Instituts aus dem Jahr 2020 gingen davon aus, dass ein Rückgang von 10 Prozent bei kurz- und langwirksamen reversiblen Verhütungsmitteln durch den eingeschränkten Zugang dazu führen, dass im Laufe eines Jahres zusätzliche 48 Millionen Menschen einen ungedeckten Bedarf an Verhütungsmitteln haben und über 15 Millionen Frauen unbeabsichtigt schwanger werden könnten.

Zugang

Selbst wenn Methoden verfügbar sind, sind sie möglicherweise nicht leicht zugänglich. Zugänglichkeit bedeutet, dass sie physisch und ohne Diskriminierung für alle Menschen erhältlich sind, einschließlich Menschen mit Behinderungen,

Verteilung der Nutzer*innen von Verhütungsmitteln nach Methode und Region, 2019



Daten: Die Berechnungen basieren auf der Datenerhebung World Contraceptive Use 2019, zusätzlichen Tabellen aus Mikrodatsätzen und Umfrageberichten und Schätzungen der kontrazeptiven Prävalenz für 2019 aus Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2019. Bevölkerungsgewichtete Gesamtwerte.

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, (2020). *Contraceptive Use by Method 2019*.

Hinweis: „Andere“ umfasst weniger verbreitete moderne Methoden wie die Laktationsamenorrhö-Methode, vaginale Barrieremethoden, Notfallverhütung, Verhütungspflaster und Vaginalringe sowie traditionelle Methoden wie Spülungen, Abstinenz, Beschwörungen, Heilpflanzen, Unterleibsmassage und andere lokale Methoden.

Menschen, die an abgelegenen Orten leben, Menschen, die durch bewaffnete Konflikte und Naturkatastrophen vertrieben wurden, und Teenager. Es bedeutet auch, dass Familienplanungsmethoden erschwinglich sind und Informationen in einer Weise bereitgestellt werden, die für Nutzer*innen zugänglich ist, wobei Sprachkenntnisse, Bildungsstand und andere Faktoren berücksichtigt werden müssen. Neben den Kosten für Verhütungsmittel – einschließlich der Opportunitätskosten für Reisen und Kinderbetreuung, wenn man für die Beschaffung weite Strecken zurücklegen muss – können auch Altersbeschränkungen und

die Notwendigkeit der Zustimmung von Dritten (meist des Ehemannes oder der Eltern) ein Hindernis für die Nutzung von Verhütung sein.

Akzeptanz

Frauen sind nicht immer in der Lage, eine Methode zu verwenden, die sie angesichts ihrer aktuellen Lebensumstände und Wünsche für akzeptabel halten. Ein Schlüsselfaktor für die Akzeptanz ist die Beziehung zwischen der Patientin und dem Gesundheitspersonal. Informationen und Dienstleistungen im Bereich der Familienplanung müssen in einer Art und Weise angeboten werden, welche

die Kultur und die Gemeinschaft der Einzelperson respektiert und auf deren Alter, Geschlecht, aber möglicherweise auch auf eine Behinderung und sexuelle Orientierung eingeht. Sie müssen sich auch über Themen wie Nebenwirkungen, den möglichen Bedarf an heimlicher Verhütung und soziale oder gesellschaftliche Zwänge im Klaren sein und dies wenn notwendig thematisieren.

Qualität

Hohe Qualität der Versorgung und Dienstleistungen bedeutet, die Wahl zwischen einer breiten Palette von Verhütungsmethoden zu haben, genau über die Wirksamkeit, die Risiken und den Nutzen der Methoden informiert zu werden und fachlich kompetent und respektvoll beraten zu werden. Schlechte Behandlung in Gesundheitseinrichtungen, die Würde und Privatsphäre von Nutzer*innen nicht schützt, vertreibt die Nutzer*innen und wird zunehmend als Menschenrechtsverletzung anerkannt. Die Qualität der Versorgung kann auch dadurch beeinträchtigt werden, dass technologische Fortschritte und Innovationen bei der Erbringung von Dienstleistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, wie beispielsweise Notfallverhütung, nicht berücksichtigt oder verweigert werden.

Ein wesentliches Hindernis für die Qualität der Dienstleistungen ist die Voreingenommenheit von Gesundheitspersonal. Sie gehen aufgrund ihrer Qualifikation vielleicht davon aus, besser in der Lage zu sein, die geeignetste Verhütungsmethode für ihre Patient*innen auszuwählen als die Patient*innen selbst. Vielleicht haben sie auch eine persönliche Präferenz für bestimmte Methoden. Voreingenommenheit kann auf Alter, Parität (Anzahl der Geburten einer Person), Familienstand und anderen Kriterien beruhen. Eine Voreingenommenheit gegen die Bereitstellung verschiedener

Verhütungsmethoden für Teenager ist am weitesten verbreitet und beruht häufig auf Vorurteilen über die sexuelle Aktivität junger Menschen oder auf wissenschaftlich nicht erwiesenen Annahmen über die Auswirkungen hormoneller Methoden auf die zukünftige Fertilität. Obwohl es schwierig ist, die Auswirkungen der Voreingenommenheit von Gesundheitspersonal zu messen, kann eine einseitige Verteilung der Verhütungsmethoden (wenn 50 Prozent oder mehr der Anwender*innen von Verhütungsmitteln eine einzige Methode verwenden) auf eine voreingenommene Beratung hinweisen.

Voreingenommenheit kann auch politische Entscheidungsträger*innen betreffen, die bei der Einschränkung der Methodenwahl eine Rolle spielen können. Wenn Entscheidungsträger*innen beispielsweise persönliche Vorurteile gegenüber einer Methode wie der Vasektomie oder oralen Verhütungsmitteln haben, können sie beschließen, Programme und Maßnahmen nicht zu unterstützen, welche die Bereitstellung dieser Methoden ausweiten.

Leben Frauen in einem Umfeld, das die Anwendung von Verhütungsmitteln erleichtert oder behindert?

Menschenrechtsstandards fordern, dass Frauen und alle Personen, die schwanger werden können, durch Informationen, Bildung und Dienstleistungen in die Lage versetzt und durch positive soziale Normen unterstützt werden, diese Entscheidung frei zu treffen. Unabhängig von der verwendeten Sprache sind die Rahmenbedingungen für die Ausübung einer freien und informierten Entscheidung insgesamt nach wie vor schlecht.

Rechtliche Hindernisse

Zu den rechtlichen Hindernissen gehören Gesetze, politische Maßnahmen und Praktiken, die es zum Beispiel Teenagern oder unverheirateten Frauen verbieten, Verhütungsmittel zu erhalten. Sie umfassen aber darüber hinaus auch Faktoren, die mit den gesetzlichen Beschränkungen lediglich verwandt sind, wie zum Beispiel die unzureichende Finanzierung von Diensten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit.

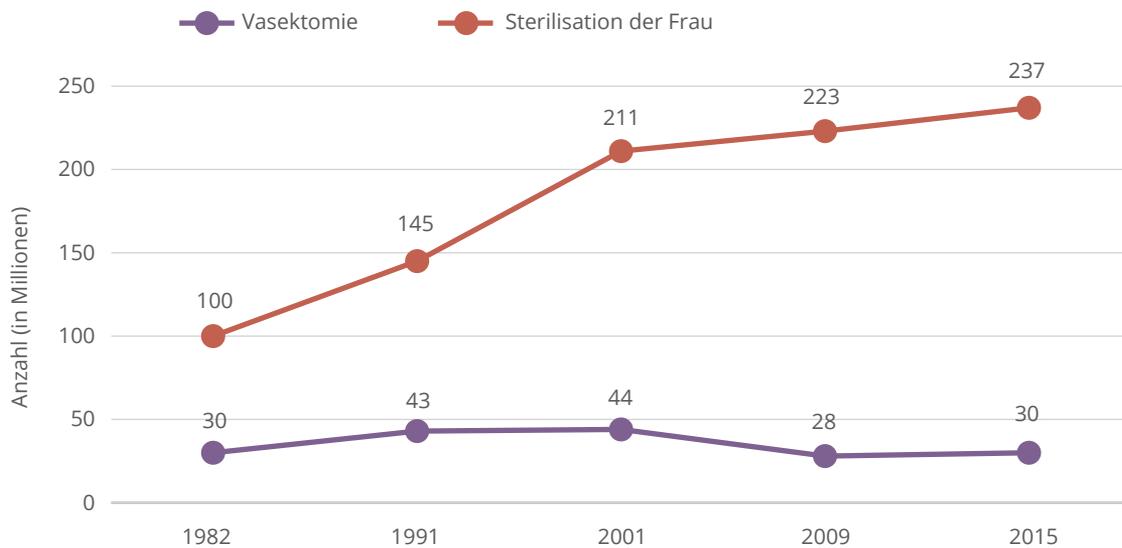
Ungleiche Geschlechternormen und andere soziale Barrieren

Der Zusammenhang zwischen der Gleichstellung der Geschlechter und der Vermeidung unbeabsichtigter Schwangerschaften liegt auf der Hand. Wenn Frauen die Möglichkeit haben, selbst zu entscheiden, werden Verhütungsmittel in der Regel häufiger genutzt. Ein großer Teil des Widerstands

gegen Verhütungsmittel hat seine Wurzeln in der Ungleichbehandlung der Geschlechter, beispielsweise in religiöser Ablehnung, in der medizinisch unzutreffenden Verknüpfung von Verhütung und Schwangerschaftsabbruch oder in Gewalt in der Partnerschaft. Auch reproduktiver Zwang, der soziale oder familiäre Druck, Kinder zu bekommen, eine große Familie zu gründen oder das Kinderkriegen fortzusetzen, bis ein Sohn geboren wird, sowie Stigmata, Mythen und Fehlinformationen können eine Rolle spielen. Wenn Frauen in ihrer Gemeinschaft oder bei ihren Partnern auf Widerstand stoßen, wenn es um die Verwendung von Verhü-



Weltweite Trends zu permanenter Verhütung



Quelle: Shelton and Jacobstein, 2016.

tungsmitteln geht, sind sie oft gezwungen, darauf zu verzichten oder auf eine heimliche Verwendung zurückzugreifen, um ihre körperliche Selbstbestimmung zu bewahren.

Eine Studie in Kenia ergab, dass 12,2 Prozent der Frauen heimlich verhüten, in Ghana sind es 34 Prozent (in beiden Studien waren Hormonspritzen die bevorzugte Methode). Diese relativ hohen Raten sind ein klarer Hinweis darauf, dass die Nichtanwendung von Verhütungsmitteln nicht auf eine fehlende Nachfrage nach Verhütungsmitteln zurückzuführen ist. Sie verdeutlichen auch, dass die Wahl der Verhütungsmittel eingeschränkt ist, wenn eine Frau verheimlichen muss, dass sie verhütet.

Darüber hinaus bestehen oft gesellschaftliche Erwartungen, dass Frauen die Verantwortung für die Familienplanung übernehmen. Das liegt unter anderem an der Risikoverteilung: Die Person, die schwanger wird, trägt alle anatomischen und wirtschaftlichen Konsequenzen der Schwangerschaft, einschließlich des Risikos mütterlicher Morbidität und Mortalität und etwaiger Arbeitsplatz- oder Einkommensverluste im Zusammenhang mit Schwangerschaft oder Geburt. Für diese Person besteht deshalb ein größerer Anreiz, korrekt und konsequent zu verhüten. Dieser Faktor wird jedoch durch soziale Normen noch verstärkt. So spiegelt beispielsweise das geringe Angebot an Verhütungsmitteln für Männer die Haltungen von Investor*innen und politischen Entscheidungsträger*innen und deren Annahmen an die Marktnachfrage wider.

Es ist bezeichnend, dass die Sterilisation, die bei Männern weniger invasiv und risikoarm ist, häufiger bei Frauen durchgeführt wird: Im Jahr 2015 unterzogen sich etwa 30 Millionen Männer einer Vasektomie, verglichen mit 237 Millionen Frauen, die sich sterilisieren ließen.

Es bedarf umfassender Ansätze

Falsche Vorstellungen über Verhütung müssen auf allen Ebenen beseitigt werden. Einzelpersonen und Gesundheitspersonal haben Annahmen und Vorurteile, die hinterfragt werden müssen. Dies gilt aber auch für die Bereiche der Entscheidungsfindung und der Finanzierung, in denen das Thema unbeabsichtigte Schwangerschaft allzu oft auf die Diskussion über die Versorgung mit Verhütungsmitteln, die Erbringung von Dienstleistungen in ländlichen Gebieten oder die Beratung zur Familienplanung reduziert wird.

Keiner der Ansätze – so wichtig er auch sein mag – kann allein alle Bedürfnisse befriedigen. Vielmehr muss ein umfassendes Paket von miteinander verknüpften Maßnahmen von Grund auf umgesetzt werden. Frauen und Mädchen müssen den Raum und das Wissen haben, ihre Bedürfnisse zu artikulieren – gegenüber ihren Partnern und Gesundheitsdienstleister*innen bis hin zu Forschenden und politischen Entscheidungsträger*innen – und, was am wichtigsten ist, ihnen muss zugehört werden.





Der wahre Preis von unbeabsichtigten Schwangerschaften

Unbeabsichtigte Schwangerschaften haben zweifellos sehr weitreichende Auswirkungen: Als Erstes fallen die unmittelbaren Folgen der Schwangerschaft selbst ins Auge, seien es Geburten, Schwangerschaftsabbrüche oder Fehlgeburten. Daher erscheint es naheliegend, zwei mögliche Szenarien gegeneinander abzuwägen und ihre Auswirkungen zu quantifizieren: eines, in dem eine Frau ihre Zeit und Ressourcen in ein Baby investiert, und eines, in dem sie diese Ressourcen für sich selbst nutzt. Aber es gibt noch mehr mögliche Szenarien.

Viele Frauen lassen einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen, weil sie ihre begrenzten Ressourcen für ihre bereits vorhandenen Kinder brauchen. Frauen, die nicht die Freiheit hatten, sich aktiv für eine Schwangerschaft zu entscheiden, haben möglicherweise auch nicht die nötigen Ressourcen, um in ihre eigene Person oder in ein Baby zu investieren. Und Frauen, denen es wirtschaftlich gut geht, zahlen vielleicht einen anderen Preis, zum Beispiel erleben sie Gewalt in der Partnerschaft.

Auch wenn Schwangerschaften mit einer Geburt enden, gilt es zu differenzieren. Zweifellos reagieren viele Menschen freudig auf eine unbeabsichtigte Schwangerschaft, und selbst nach unbeabsichtigten Schwangerschaften, die zunächst Angst und Bestürzung auslösen, können am Ende Kinder zur Welt kommen, die über alles geliebt werden und viel Freude bringen. Doch nichts davon widerlegt die Tatsache, dass durch eine unbeabsichtigte Schwangerschaft ganze Kaskaden an Folgewirkungen über die betroffenen Personen und Familien hereinbrechen können.

Statt also die Folgen unbeabsichtigter Schwangerschaften zu untersuchen, sollten wir uns mit einem früheren Zeitraum beschäftigen, nämlich mit der vorhandenen oder nicht vorhandenen Entscheidungsfreiheit vor einer Schwangerschaft: Wie unterscheidet sich eine Welt, in der Schwangerschaften das Resultat einer bewussten, wohlüberlegten Entscheidung sind, von unserer Welt heute, in der fast die Hälfte aller Schwangerschaften nicht aus freiem Willen zustande kommen? Welche Folgen hat der Verlust der körperlichen Selbstbestimmung bei einer Schwangerschaft? Welchen Wert hat das Potenzial von Frauen – abgesehen von ihrer Reproduktionsfähigkeit – in einer Gesellschaft, die ein hohes Maß an unbeabsichtigten Schwangerschaften toleriert?

Solche Kosten lassen sich nicht lückenlos berechnen. Dennoch hat die Forschung Größen festlegen können, anhand derer sich zumindest ein Teil davon konkretisieren und quantifizieren lässt: Kosten, die das Gesundheitssystem für ungewollte Schwangerschaften aufbringen muss, egal ob diese ausgetragen werden oder nicht; Kosten, die dem Ausfall der Arbeitsleistung und Bildung der Frauen und ihren eingeschränkten Zukunftschancen geschuldet sind; und auch Kosten, die entstehen, wenn die Schwangerschaft ein Risiko für die psychische und physische Gesundheit von Mutter und Kind ist. Weitere Risiken ergeben sich für Mädchen und Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden. Dies gilt insbesondere dort, wo restriktive Abtreibungsgesetze in Kraft sind und vielen Frauen nur ein unsicherer Schwangerschaftsabbruch bleibt, der große vermeidbare Gesundheitsrisiken birgt oder sogar zum Tod führt.

Das Unberechenbare berechnen

Viele Annahmen über die Folgen unbeabsichtigter Schwangerschaften lassen sich nicht leicht belegen oder widerlegen. So wird beispielsweise vermutet, dass eine Zunahme unbeabsichtigter Geburten zu höheren Kriminalitätsraten führen oder familiären Stress verstärken könnte. Dazu kommen weitere nicht bezifferbare Kosten, etwa durch die Stigmatisierung unverheirateter Frauen, die sich auf das ganze Leben und sogar auf mehrere Generationen auswirken kann.

Wie rasch sich die kaum messbaren Folgen vervielfachen können, zeigt sich beispielsweise daran, welchen Tribut eine unbeabsichtigte Schwangerschaft von Jugendlichen und jungen Erwachsenen fordert. Manche Mädchen müssen die Schule

verlassen, weil sie vom Unterricht ausgeschlossen werden und/oder sich um ihr Baby kümmern müssen. Eine Rückkehr in die Schule ist schwierig, manchmal unmöglich, und kaum eine Schule ist für das Stillen, für Kinderbetreuung oder flexible Lernzeiten eingerichtet. Ohne einen vollwertigen Schulabschluss haben betroffene Mädchen viel weniger Beschäftigungsmöglichkeiten und müssen Einkommenseinbußen hinnehmen. Wird ein Baby außerehelich geboren, kann es außerdem sein, dass Mutter und Kind diskriminiert werden.

Das Berechenbare berechnen

Erwerbsbeteiligung und Einkommenschancen

Trotz der Schwierigkeiten gibt es Mittel und Wege, einige Auswirkungen unbeabsichtigter Schwangerschaften zu quantifizieren. In den Vereinigten Staaten zum Beispiel wird die Erwerbsbeteiligung durch Geburten, die nicht geplant waren oder zu einem ungünstigen Zeitpunkt kommen, um nicht weniger als 25 Prozent gemindert. Einkommenschwache Familien leiden viel stärker unter den finanziellen Folgen unbeabsichtigter Schwangerschaften als wohlhabendere Familien, die weniger von Löhnen und Gehältern abhängig sind, über Ersparnisse verfügen und auf weitere Vermögenswerte zurückgreifen können.

Kosten für das Gesundheitssystem

Auch die finanzielle Belastung durch eine Schwangerschaft oder durch die Gesundheitsversorgung nach einem Schwangerschaftsabbruch lässt sich berechnen. Allerdings kann man nicht einfach die Gesundheitskosten für alle Frauen, die unbeabsichtigt schwanger werden, in Dollar berechnen und diesen Betrag dann mit den Kosten für diejenigen Frauen vergleichen, die überhaupt niemals schwanger werden. Viele unbeabsichtigte

Schwangerschaften sind nicht prinzipiell ungewollt, sondern kommen vielmehr zu einem ungünstigen Zeitpunkt. Dass Frauen aber eher eine Familie gründen oder erweitern, wenn sie finanziell abgesichert sind, zeigt, dass die Kosten in Zusammenhang mit einer Schwangerschaft nicht zu unterschätzen sind.

Forschende in den Vereinigten Staaten haben berechnet, dass unbeabsichtigte Schwangerschaften einkommenschwacher und mittelloser Frauen sehr hohe öffentliche Ausgaben verursachen. Im Jahr 2010 summierten sich diese auf insgesamt 21 Milliarden US-Dollar. Davon hätten brutto schätzungsweise etwa 15,5 Milliarden US-Dollar eingespart werden können, wären unbeabsichtigte Schwangerschaften vermieden worden.

Für Brasilien wurden die Gesamtkosten unbeabsichtigter Schwangerschaften im Jahr 2010 auf annähernd 2,33 Milliarden US-Dollar geschätzt. Ein geringer Prozentsatz davon (0,8 Prozent) wurde für die Gesundheitsversorgung nach Fehlgeburten aufgewendet, etwa 30 Prozent waren direkte Kosten für Geburten nach unbeabsichtigten Schwangerschaften und rund 70 Prozent die Behandlung von Neugeborenen, die nach unbeabsichtigten Schwangerschaften mit Komplikationen zur Welt kamen. Die Kosten für Schwangerschaftsabbrüche und Müttersterblichkeit sowie für das Ausscheiden der Mütter aus der Erwerbsbevölkerung sind in dieser Rechnung nicht berücksichtigt.

Solche Schätzungen beziehen sich jeweils nur auf einen Staat und sind in ihrer Reichweite begrenzt. Entsprechende Berechnungen für die ganze Welt oder einzelne Weltregionen anzustellen, wäre extrem schwierig, und es herrscht keine Einigkeit über die Frage, welche Kosten überhaupt berechnet werden sollten und mit welchen Methoden.



© UNFPA/Fidel Évora

Dennoch besteht kein Zweifel daran, dass Schwangerschaften und Geburten enorm hohe Kosten verursachen.

Ein weiterer großer Kostenfaktor ist eine indirekte Folge unbeabsichtigter Schwangerschaften, nämlich die Kosten für Schwangerschaftsabbrüche und die anschließende Gesundheitsversorgung. Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen wenden dafür jedes Jahr 2,8 Milliarden US-Dollar auf. Würde der Bedarf an Verhütungsmitteln in diesen Staaten vollständig gedeckt, ließe sich dieser Betrag fast halbieren, nämlich auf 1,5 Milliarden US-Dollar.

Auswirkungen auf die psychische Gesundheit

Ursachen und Wirkungen auseinanderzuhalten, kann schwierig werden, wenn es um den Zusammenhang zwischen unbeabsichtigten Schwangerschaften und psychischen Erkrankungen geht. Denn beide verstärken zum Teil die gleichen Vulnerabilitäten und können sich auch gegenseitig

verstärken. Gewalt durch den Lebenspartner zum Beispiel kann zu einem Verlust an Handlungsfähigkeit führen, der dann eine unbeabsichtigte Schwangerschaft zur Folge hat und sich überdies negativ auf die psychische Gesundheit und das Wohlergehen auswirkt. Es spricht jedenfalls viel dafür, dass eine unbeabsichtigte Schwangerschaft häufig Depressionen mitverursacht und das psychische Wohlergehen beeinträchtigt.

Postpartale Depression

Frauen, die unbeabsichtigt schwanger werden, erkranken signifikant häufiger an einer Wochenbettdepression als Frauen, die aus freiem Willen schwanger werden – genauer gesagt erhöht sich die Wahrscheinlichkeit um den Faktor 1,53. Diese Korrelation wurde in zahlreichen Studien in verschiedenen Staaten und Weltregionen belegt.

Frauen, die ihre Schwangerschaft abbrechen lassen wollen, es aber nicht können, sind dabei unter Umständen besonders gefährdet: In Brasilien zum Beispiel häuften sich Wochenbettdepressionen bei Frauen, die sich erfolglos um einen Schwanger-

schaftsabbruch bemüht hatten. Dieser Zusammenhang blieb auch dann noch erkennbar, nachdem andere potenzielle Prädiktoren für eine postnatale Depression, beispielsweise schon vor der Schwangerschaft bestehende psychische Erkrankungen, herausgerechnet worden waren. In den Vereinigten Staaten litten Frauen, denen ein Schwangerschaftsabbruch verweigert wurde, häufiger unter negativen psychischen Folgeerscheinungen als Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen konnten.

Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit

Risiken durch unbeabsichtigte Geburten

Ein Grund, warum unbeabsichtigte Schwangerschaften und eine höhere Müttersterblichkeit zusammenhängen, ist einfach zu erklären: Je höher die Zahl der Schwangerschaften und Geburten, desto höher auch die Zahl der Frauen, die während der Schwangerschaft oder bei der Geburt sterben. Deshalb ist die Empfängnisverhütung ein zentraler Ansatzpunkt aller staatlichen Gesundheitsprogramme, mit denen die Zahl der Sterbefälle von Müttern gesenkt werden soll. Je mehr unbeabsichtigte Schwangerschaften verhindert werden können, desto weniger Frauen erleiden gesundheitliche Folgen während der Schwangerschaft oder Geburt – oder sterben sogar.

Ein zweiter Grund, weshalb sich unbeabsichtigte Schwangerschaften auf die Müttersterblichkeit auswirken, liegt darin, dass dieselben Faktoren, die das Risiko einer unbeabsichtigten Schwangerschaft erhöhen – darunter beispielsweise Armut, mangelnder Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und geringere Schulbildung – auch das Risiko von Geburtskomplikationen einschließlich Tod und Morbidität der Mutter erhöhen.

Dazu kommt, dass Frauen, die unbeabsichtigt schwanger geworden sind, durchschnittlich seltener zu Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen gehen und auch später damit beginnen als Frauen, die ihre Schwangerschaft geplant haben. Deshalb stehen Erkrankungen wie Präeklampsie, postpartale Blutungen und postpartale Präeklampsie in Entwicklungsländern in Zusammenhang mit unbeabsichtigten Schwangerschaften.



© UNFPA/Fidel Évora

Empfängnisverhütung und sichere Schwangerschaftsabbrüche dämmen Müttersterblichkeit ein

Wissenschaftler*innen am Guttmacher Institut schätzen, dass sich die Zahl der unsicheren Schwangerschaftsabbrüche um 72 Prozent und die Zahl der Sterbefälle von Müttern um 62 Prozent senken ließe, wenn Frauen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen ausreichend mit Verhütungsmitteln versorgt würden und Schwangerschaftsvorsorge und Neugeborenenversorgung in dem von der WHO empfohlenen Umfang zur Verfügung stünden.

Trotzdem wären noch immer viele Frauen hohen gesundheitlichen Risiken – inklusive Tod – nach unsicheren Schwangerschaftsabbrüchen ausgesetzt, weil sich das Risiko einer unbeabsichtigten Schwangerschaft unter den derzeitigen Realbedingungen niemals ganz und gar ausschließen lässt.

Wird ein Schwangerschaftsabbruch in einer guten Gesundheitseinrichtung von ausgebildetem medizinischem Personal durchgeführt, dann ist die Komplikationsgefahr viel geringer als das Risiko einer Geburt nach einer unbeabsichtigten Schwangerschaft und von Geburten generell. Eine Möglichkeit, eine Schwangerschaft sicher zu beenden, ist der medizinische Schwangerschaftsabbruch, sofern er zu einem möglichst frühen Zeitpunkt der Schwangerschaft durchgeführt wird. Doch in vielen Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen, in denen Schwangerschaftsabbrüche legal sind, stehen die dafür notwendigen Medikamente nur in begrenztem Umfang zur Verfügung. Um die katastrophalen Folgen von unsicheren Schwangerschaftsabbrüchen zu umgehen, müssen die entsprechenden Dienstleistungen ausnahmslos verbessert werden. Erforderlich sind einschlägig geschultes medizinisches Fachpersonal, hygienische Gesundheitseinrichtungen, in denen die Privatsphäre gewahrt bleibt, und die richtigen Hilfsmittel, die erschwinglich und leicht erhältlich sein müssen. Gesetze und Investitionen in Gesundheitssysteme können die Bedingungen für Frauen enorm verbessern. Auch deshalb haben sich die WHO und mehrere Menschenrechtsorgane dafür ausgesprochen, die rechtlichen Schranken für sichere Schwangerschaftsabbrüche zu beseitigen, besonders in Fällen, in denen Gefahr für Leib und Leben droht.

unsichere
Abtreibungen
um 72%
reduzieren



© UNFPA/Fidel Évora

Für jugendliche Mütter sind die Gesundheitsrisiken oft noch höher. Schwangere Teenager zwischen zehn und 19 Jahren erkranken häufiger an Eklampsie, Gebärmutter-schleimhautentzündung im Wochenbett und systemischen Infektionen als Frauen im Alter von 20 bis 24 Jahren. Weltweit sind Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen die häufigste Todesursache bei 15- bis 19-jährigen Mädchen.

Dennoch lässt sich ein direkter Kausalzusammenhang nur schwer festmachen: Viele Faktoren, die die Gesundheit von Müttern beeinträchtigen (unter anderem Armut, mangelnde Bildung und fehlender Zugang zu Gesundheitseinrichtungen), treiben gleichzeitig die Häufigkeit unbeabsichtigter Schwangerschaften in die Höhe. Ob es gelingt, die Anzahl unbeabsichtigter Schwangerschaften zu verringern, hängt aber von der Verwirklichung allgemeiner Entwicklungsziele ab, insbesondere derjenigen, die mit Gesundheit, Bildung und Gleichberechtigung verknüpft sind.

Gefahren durch unsichere Schwangerschaftsabbrüche

Eine negative Folge von unbeabsichtigten Schwangerschaften sticht besonders hervor, weil sie eindeutig die Gesundheit von Müttern beeinträchtigt und weltweit verheerende Ausmaße annimmt: unsichere Schwangerschaftsabbrüche. Schätzungen gehen davon aus, dass von ungefähr 121 Millionen unbeabsichtigten Schwangerschaften, die im Zeitraum von 2015 bis 2019 jedes Jahr zustande kamen, etwa 61 Prozent mit einem Schwangerschaftsabbruch beendet wurden. Jedes Jahr werden schätzungsweise 73,3 Millionen Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen, das heißt, auf 1.000 Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren kommen 39 Schwangerschaftsabbrüche. Daten aus den Jahren 2010 bis 2014 deuten darauf hin, dass annähernd 45 Prozent aller Schwangerschaftsabbrüche weltweit unter unsicheren Bedingungen durchgeführt werden.



© UNFPA/Fidel Évora

Fast alle unsicheren Schwangerschaftsabbrüche werden in Entwicklungsländern vorgenommen – mehr als die Hälfte davon in Asien, vor allem in Süd- und Zentralasien, was vor allem an den hohen Bevölkerungszahlen liegt. In anderen Weltregionen ist der Anteil unsicherer Schwangerschaftsabbrüche weitaus höher: In Afrika und Lateinamerika fanden drei von vier Schwangerschaftsabbrüchen unter unsicheren Bedingungen statt. Die Gefahr, durch einen unsicheren Schwangerschaftsabbruch zu sterben, ist in Afrika am höchsten.

Unsichere Schwangerschaftsabbrüche sind weltweit eine der häufigsten Todesursachen in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt.

Schätzungsweise 4,7 bis 13,2 Prozent der jährlichen Sterbefälle von Müttern lassen sich auf unsichere Schwangerschaftsabbrüche zurückführen. Dies ist ein anhaltendes Hindernis, das der Verwirklichung von SDG 3 im Wege steht. Das betrifft insbe-

sondere die Zielvorgabe 3.1, nämlich die Senkung der weltweiten Müttersterblichkeit auf unter 70 je 100.000 Lebendgeburten bis 2030.

Noch viel mehr Frauen leiden unter Erkrankungen und Behinderungen, die sie sich durch einen unsicheren Schwangerschaftsabbruch zugezogen haben. Daten aus dem Jahr 2012 zeigen, dass in Entwicklungsländern jedes Jahr etwa sieben Millionen Frauen deswegen in Kliniken aufgenommen werden. Die Behandlungskosten aufgrund schwerer Komplikationen bei unsicheren Schwangerschaftsabbrüchen werden auf 553 Millionen US-Dollar pro Jahr geschätzt.

Unsichere Schwangerschaftsabbrüche führen bei den Müttern sowohl kurzfristig als auch langfristig zu Gesundheitsrisiken. Von über 20.000 unsicheren Schwangerschaftsabbrüchen in Afrika südlich der Sahara sowie in Lateinamerika und der Karibik führte ein geringer Prozentsatz beinahe oder tatsächlich zum Tod der schwangeren Frau (2,3 Prozent in Afrika und 1,3 Prozent in Lateinamerika) und sieben Prozent der afrikanischen und 3,1 Prozent der lateinamerikanischen Frauen erlitten lebensbedrohliche Komplikationen. Bei gut der Hälfte der befragten Frauen waren mindestens mittelgradige Komplikationen aufgetreten, durch die sie vielleicht auf Jahre hinaus gesundheitlich beeinträchtigt sind (58,2 Prozent in Afrika und 49,5 Prozent in Lateinamerika).

Wenn Kinder keine Wunschkinder sind

Frauen, die unbeabsichtigt schwanger werden, gehen später und/oder seltener zur Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung als Frauen, die ihre Schwangerschaft geplant haben. Die Vorsorgeuntersuchungen sind nicht nur wichtig für die

Gesundheit der Frauen, sie senken auch die Säuglingssterblichkeit und verbessern unter anderem den Ernährungszustand der Babys.

Unbeabsichtigte Schwangerschaften wirken sich möglicherweise negativ auf die Stillraten aus. Das Stillen wird von der WHO empfohlen, um die Überlebenschancen von Kindern zu verbessern und ein gesundes Wachstum zu fördern. In Europa und den Vereinigten Staaten werden Babys, die nach unbeabsichtigten Schwangerschaften zur Welt kommen, über einen kürzeren Zeitraum beziehungsweise seltener überhaupt gestillt. Selbst wenn Geschwister in derselben Familie aufwachsen, werden diejenigen, die aus einer geplanten Schwangerschaft hervorgingen, eher gestillt als die anderen. Insgesamt haben Frauen, die unbeabsichtigt schwanger waren, ihre Babys mit einer um zehn Prozent geringeren Wahrscheinlichkeit länger als ein Jahr gestillt, auch wenn dieses Muster nicht in allen Ländern gleichermaßen erkennbar war.

Außerdem besteht ein Zusammenhang zwischen unbeabsichtigten Schwangerschaften und geringem Geburtsgewicht sowie Wachstumsstörungen. In Bangladesch zum Beispiel wurde in wissenschaftlichen Untersuchungen festgestellt, dass die Babys von Frauen, die unbeabsichtigt schwanger wurden, 3,19mal häufiger untergewichtig zur Welt kamen als die Babys von Frauen, die ihre Schwangerschaften geplant hatten. In Bolivien und Äthiopien wiesen Kinder, die nach einer unbeabsichtigten Schwangerschaft geboren wurden, etwa dreimal häufiger Wachstumsstörungen auf. Manche Kinder sind besonders benachteiligt, wie zum Beispiel Mädchen in Gemeinschaften, in denen Söhne bevorzugt werden, oder jüngere Töchter in Gemeinschaften, in denen eine Mitgift üblich ist.

Allerdings ist anzumerken, dass noch weitere Faktoren für diese unterschiedlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Kinder mitverantwortlich sind. Zu den Prädiktoren von Wachstumsstörungen gehörte in Äthiopien, neben anderen Faktoren, beispielsweise auch der Bildungsstand des Vaters. Genau wie bei den gesundheitlichen Folgen für die Mütter ist es teilweise schwierig, die Kausalzusammenhänge genau zu erschließen. Dennoch ist erwiesen, dass viele Faktoren, die die Handlungsfähigkeit von Frauen beschränken – unter anderem Armut und unzureichende Bildung –, auch zu gesundheitlichen Problemen bei Müttern, Babys und Familien allgemein beitragen.

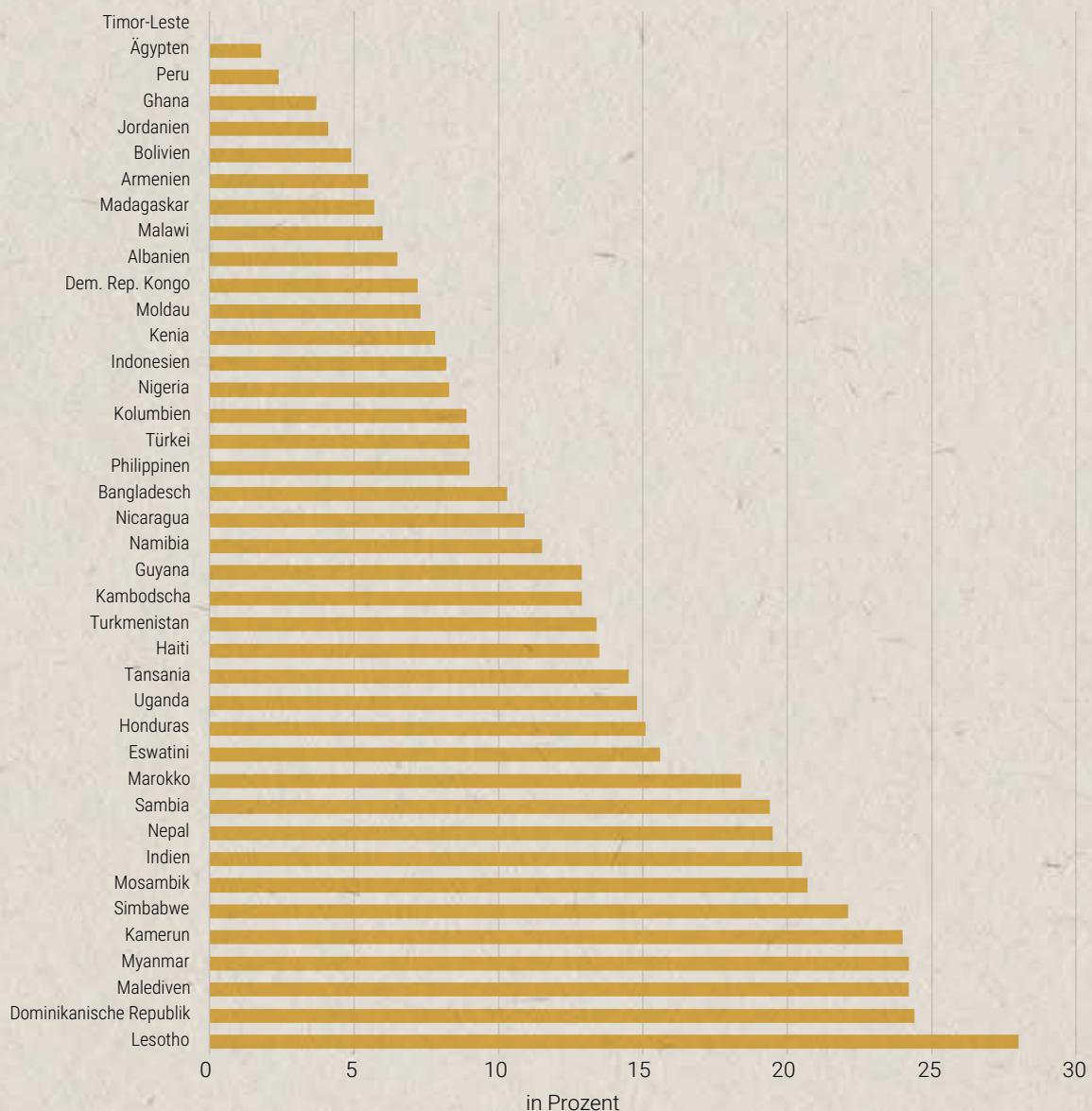
Die negativen Folgen von unbeabsichtigten Schwangerschaften wären gar nicht erst eingetreten, wenn die betroffenen Frauen bereits im Vorfeld bewusst und wohlüberlegt über ihre Fortpflanzung hätten entscheiden können. Wenn Frauen überall uneingeschränkte Entscheidungsfreiheit hätten, dann könnten diese Zustände und die damit einhergehenden Kosten ganz erheblich eingedämmt und zugleich Menschenwürde und Menschenrechte sowie Handlungsfähigkeit gefördert werden, wovon wiederum alle Menschen profitieren würden.

Manche Anwenderinnen sind von ihrer Verhütung enttäuscht

Schlechte Beratung bei Sterilisation von Frauen

Weltweit wurden zahlreiche Frauen vor einer Sterilisation nicht darüber aufgeklärt, dass der Eingriff irreversibel ist. Das ist ein Warnsignal dafür, dass entweder gar keine Beratung zur Empfängnisverhütung stattfindet oder dass dabei keine allgemein verständlichen Informationen vermittelt werden.

Sterilisierte Frauen, die nicht darüber aufgeklärt wurden, dass eine Sterilisation irreversibel ist



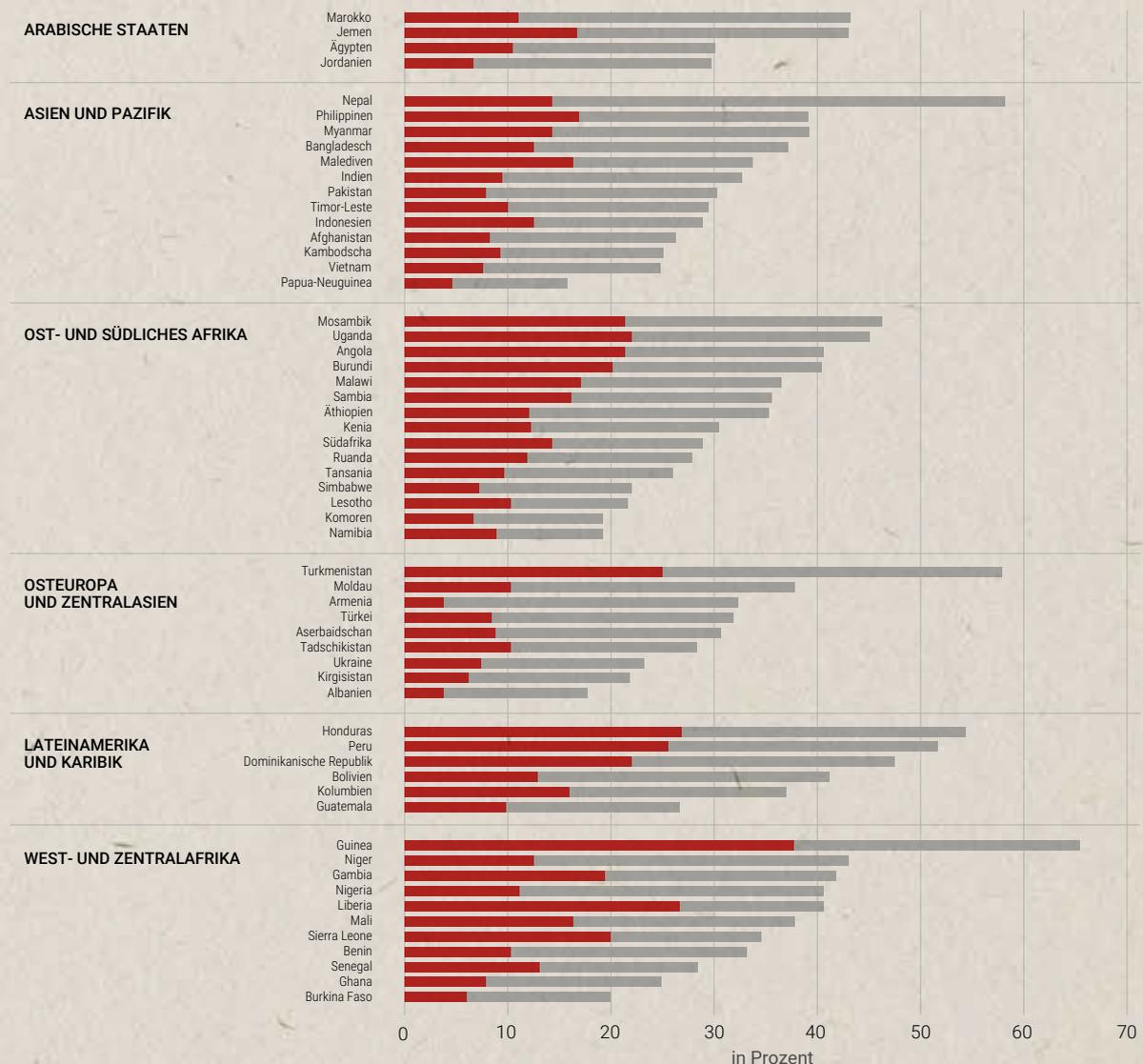
Quelle: ICF, 2015. The DHS Program STATcompiler, statcompiler.com. Zuletzt aufgerufen am 10. Februar 2022 (Daten aus nationalen Umfragen aus unterschiedlichen Jahren zwischen dem Jahr 2000 und 2017).

Wenn Empfängnisverhütung abgesetzt wird

Schlechte Gesundheitsversorgung, mangelnde Verfügbarkeit bestimmter Methoden, Nebenwirkungen, Stigmatisierung und andere Faktoren tragen dazu bei, dass Verhütungsmittel abgesetzt werden, selbst wenn die betreffenden Frauen auch weiterhin nicht schwanger werden wollen. Dort wo Verhütungsmethoden besonders häufig abgesetzt werden, gilt es noch zu analysieren, welche Gründe dazu führen und ob die Anwenderinnen auf andere zuverlässige Methoden umsteigen können.

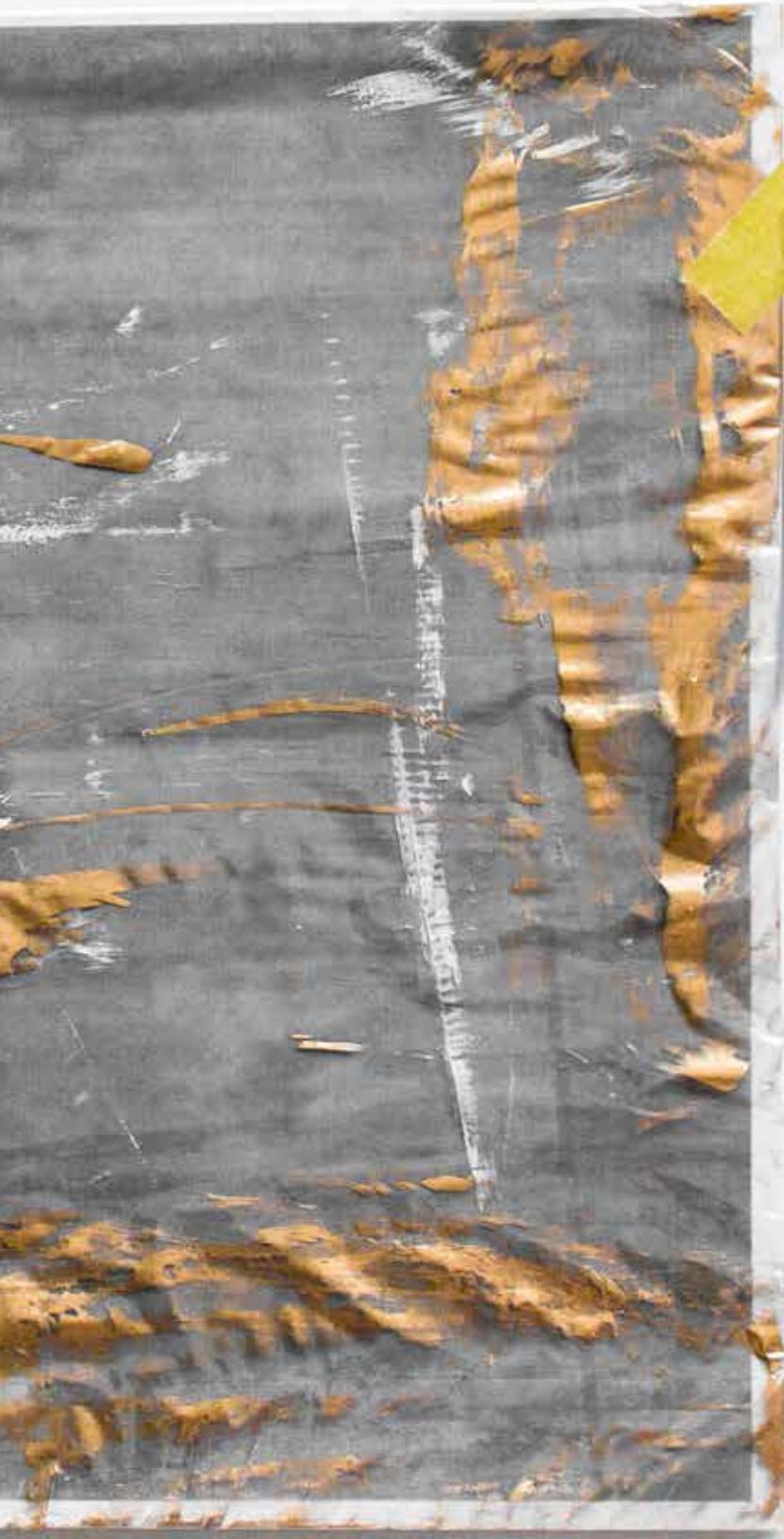
Frauen ohne Kinderwunsch, die Empfängnisverhütung abgesetzt haben

- Fruchtbare Frauen, die nicht schwanger werden wollen, aber ihre Verhütung abgesetzt haben, in Prozent
- Frauen, die ihre Verhütung wegen Schwangerschaft, Kinderwunsch oder Unfruchtbarkeit abgesetzt haben, in Prozent



Quelle: UNFPA und Avenir Health. Family Planning Opportunities Database, aktualisiert im Oktober 2021. Erstellt aus DHS Daten.





Handlungsfähigkeit als Schlüssel zur Agenda 2030

Jedes Jahr erleben Millionen Menschen – etwa sechs Prozent aller Frauen – eine unbeabsichtigte Schwangerschaft, denn diese machen fast die Hälfte aller Schwangerschaften aus.

Sechzig Prozent aller unbeabsichtigten Schwangerschaften enden mit einem Schwangerschaftsabbruch. Viele unbeabsichtigte Schwangerschaften passieren, weil die betroffenen Frauen die Selbstbestimmung über ihren eigenen Körper verloren haben oder niemals hatten. Diese Zahlen deuten auf eine anhaltende geschlechtsspezifische Diskriminierung und auf Defizite bei den Menschenrechten und der Entwicklung hin. Um die SDGs zu erreichen, muss hier angesetzt werden.

Der Tribut, den diese Schwangerschaften fordern, ist – und war lange Zeit – unsichtbar. Wir können zwar die Gesundheitskosten abschätzen, die Schulabbrecherinnenquoten überwachen und die Zahl der durch unbeabsichtigte Schwangerschaften verursachten Ausfälle in der Erwerbsbevölkerung prognostizieren, aber das ist nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Keine Zahl könnte den Verlust an Leben, Handlungsfähigkeit und Humankapital adäquat darstellen, der durch unbeabsichtigte Schwangerschaften entsteht. Da man davon ausgeht, dass die Bevölkerung und ihr Bedarf an Verhütungsmitteln in den am wenigsten entwickelten Ländern am schnellsten wachsen werden, könnten diese Verluste möglicherweise noch zunehmen. Covid-19 hat deutlich gemacht, dass viele wirtschaftliche, politische, soziale und andere Systeme versagen, wenn es darum geht, die sexuelle und reproduktive Gesundheit und die Rechte der Schwächsten zu wahren und zu fördern.

Dabei ist die Lösung für so viele der größten Herausforderungen der Welt eigentlich naheliegend: Frauen und Mädchen müssen ihre Möglichkeiten kennen und ihre Rechte einfordern können.

Die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung ist der vereinbarte Fahrplan für eine bessere Zukunft. Indem wir die Handlungsfähigkeit und die Stärkung aller Menschen – insbesondere von Frauen, Mädchen und den am stärksten Marginalisierten – in den Vordergrund stellen, damit sie endlich in der Lage sind, echte, fundierte Entscheidungen über ihre Gesundheit, ihren Körper und ihre Zukunft zu treffen, können wir eine wirkungsvolle, sich gegenseitig verstärkende Kaskade der Fortschritte in Gang setzen.

Bemühungen um die Verwirklichung der Handlungsfähigkeit müssen jedoch darauf abzielen, die

Ursachen für die Ungleichheit zwischen den Geschlechtern zu beseitigen und die Aufteilung von Macht, Ressourcen und Chancen zu beschleunigen – zwischen Frauen und Männern, zwischen den Mächtigen und den Marginalisierten. Diese Bemühungen müssen sich in wirtschaftlichen, politischen und sozialen Systemen widerspiegeln, die durch die Beteiligung von Frauen gestärkt werden.

Den Diskurs neugestalten

Unbeabsichtigte Schwangerschaften sind kein reines Frauenthema. Sie sind weder hinnehmbar noch unvermeidlich oder gar wünschenswert. Unbeabsichtigte Schwangerschaften führen zu zusätzlichen sozialen und finanziellen Belastungen, unter anderem durch eine höhere Nachfrage nach medizinischer Versorgung, unsichere Schwangerschaftsabbrüche, Einkommens- und Produktivitätsverluste, weniger Ressourcen für die Kinder in einer Familie und angespanntere und instabilere Familienbeziehungen. Diese Tatsachen können und müssen berücksichtigt werden, um den politischen Willen und die gesellschaftliche Dynamik für eine energischere Auseinandersetzung mit diesem Thema zu stärken.

Sicherstellen, dass die Politik die Selbstbestimmung fördert

Unbeabsichtigte Schwangerschaften gibt es in jedem Land und in jeder Gemeinschaft. Sie sind sowohl in reichen als auch in armen Ländern weit verbreitet, obwohl die Welt seit langem über die Mittel und das Wissen verfügt, um sie zu verhindern. Es ist an der Zeit, dass sich die Politik überall auf der Welt mit diesem Problem mit größerer Dringlichkeit auseinandersetzt. Es ist Zeit für eine Politik die auf einer starken Unterstützung der individuellen körperlichen Selbstbestimmung und einer um-

fassenderen sozialen Verantwortung beruht und mit den menschenrechtlichen Verpflichtungen der Staaten in Einklang steht.

Bestehende Gesetze und Vorschriften müssen überarbeitet werden. Dabei könnte untersucht werden, ob die derzeitigen Gesetze, Vorschriften und Rechtsverordnungen Einzelpersonen in vollem Umfang dabei unterstützen, unbeabsichtigte Schwangerschaften zu vermeiden. Rechtliche Hindernisse, die den Zugang zu Informationen und Dienstleistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit immer noch erschweren oder unmöglich machen, wie zum Beispiel Hindernisse aufgrund des Alters oder des Familienstandes (beispielsweise bei unverheirateten Frauen) würden dadurch sichtbar werden. Es könnten Widersprüche in den geltenden Rechtsvorschriften aufgezeigt werden, die aufgelöst werden müssen.

Weitere Prioritäten sollten darin bestehen, zu prüfen, wie gut Verhütungsmaßnahmen finanziert werden und ob sie als wesentliche Gesundheitsversorgung eingestuft wurden, die unter allen Umständen aufrechterhalten werden muss – ein Problem, das kürzlich durch die Covid-19-Pandemie deutlich wurde. Der breiten Öffentlichkeit muss klargemacht werden, dass Sex nicht nur dem Zweck der Reproduktion dient.

Investitionen in Forschung

Die Ursachen und Folgen unbeabsichtigter Schwangerschaften sind noch immer nicht hinreichend erforscht. Neue Forschungsarbeiten müssen belastbare Erkenntnisse liefern, beispielsweise darüber, wer am stärksten von unbeabsichtigten Schwangerschaften bedroht ist und warum, und wie wirksamere und rechtsbasierte Maßnahmen dagegen aussehen könnten.

Es ist an der Zeit, dass sich die Politik überall auf der Welt mit diesem Problem mit größerer Dringlichkeit auseinandersetzt.

Die Forschung muss fragen, was die Anwender*innen von Verhütungsmitteln wollen und brauchen. Dabei sollten verschiedenen Gruppen von Menschen einbezogen werden, die schwanger werden können, um ihre Erfahrungen und Bedenken zu verstehen. Die Annahme, dass Frauen die Ihnen zur Verfügung gestellten Verhütungsmittel automatisch und auch langfristig verwenden, muss entkräftet werden. Bedürfnisse können sich verändern. Zudem sollte klar sein, dass unbeabsichtigte Schwangerschaften Frauen jeden Alters betreffen und auch Menschen mit Behinderung und Menschen, die ihre Geschlechtsidentität als divers beschreiben, einen Bedarf an zielgerichteten Dienstleistungen haben. Mithilfe neuer Daten, zum Beispiel über den Prozentsatz der Männer, die die Maßnahmen ihrer Partnerin im Bereich der reproduktiven Gesundheit unterstützen, könnte die Geschlechterdynamik besser erfasst werden.

Die jüngsten Erfahrungen mit dem Covid-19-Impfstoff zeigen, wie groß die Fortschritte sind, die öffentliche Forschungs- und Entwicklungsgelder erzielen können. Länder, die über mehr öffentliche Forschungs- und Entwicklungsgelder verfügen, sollten sich verpflichten, eine Vielzahl neuer Verhütungsmethoden zu erforschen, auch für Männer.

Neue Forschungsarbeiten zu Verhütungsmitteln sollten gemäß den Menschenrechtsverpflichtungen allen Ländern zur Verfügung stehen.

Umfassende Gesundheitsversorgung

Die Gesundheitssysteme können eine Reihe von Maßnahmen ergreifen, um die Handlungsfähigkeit von Einzelpersonen besser zu unterstützen: Ganz oben auf der Liste steht die Bereitstellung eines umfassenden Pakets an sexuellen und reproduktiven Gesundheitsleistungen über den gesamten Lebensverlauf hinweg. Darin sollten die Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten und die pränatale Versorgung bis hin zur Schwangerenfürsorge und Müttergesundheit, die Verhinderung von Stigmatisierung und Gewalt sowie die Wahrung der körperlichen Selbstbestimmung enthalten sein. Diese umfassenden Angebote sollten ohne Zustimmung Dritter (beispielsweise Eltern oder Ehemann) zugänglich sein. Wenn sich Familienplanungs- zu Verhütungsdiensten umbenennen, könnte das ansprechender für Jugendliche sein, weil sich viele Jugendliche und junge Menschen nicht mit der Vorstellung identifizieren, eine Familie zu planen.

Auch im Bereich der Verhütung besteht großer Handlungs- und Investitionsbedarf. Schätzungen zufolge könnte jeder Dollar, der über das derzeitige Niveau hinaus für Verhütungsleistungen ausgegeben wird, die Kosten für Schwangerschafts- und Neugeborenenfürsorge um drei Dollar senken. Verhütungsmittel sollten daher Teil aller Gesundheitsleistungen sein, die öffentlich oder privat finanziert werden, und mit angemessenen Haushaltsmitteln ausgestattet sein. Diese Mittel sollten ausreichen, um Hindernisse abzubauen, die beispielsweise mit dem Standort oder den Öffnungs-

zeiten zusammenhängen. Wenn Entscheidungen über die Konsolidierung oder Umstrukturierung von Gesundheitseinrichtungen getroffen werden, sollte der Zugang zu Verhütungsmitteln Teil der Kosten-Nutzen-Analyse sein.

Die Verhütungsleistungen selbst müssen ein umfassendes Angebot beinhalten, einschließlich Überprüfung von Schwangerschaftsabsichten, Beratung über mögliche Optionen zur Verhütung, deren Nebenwirkungen und andere potenzielle Folgen sowie eine regelmäßige Nachsorge, die auch eine schnelle Reaktion gegenüber Frauen beinhaltet, die die Verhütungsmethode wechseln möchten.

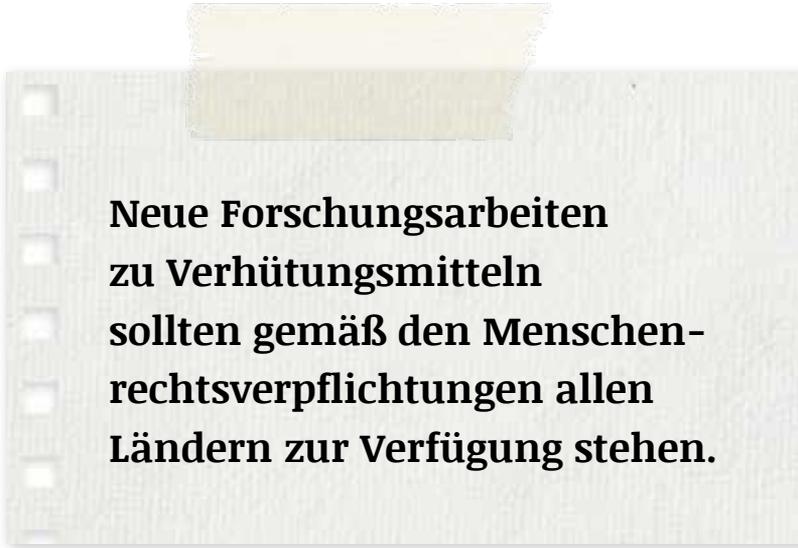
Gendergerechte Ausrichtung der Gesundheitssysteme

Gesundheitsdienste müssen gendergerecht sein. Das beinhaltet eine respektvolle, auf Rechten basierende Versorgung, die den Patient*innen zuhört und auf individuelle Bedürfnisse reagiert. Eine kompetente und einfühlsame Betreuung könnte ein Raum sein, in dem nicht nur über Verhütungsmethoden, sondern auch über Themen wie körperliche Selbstbestimmung gesprochen wird. Dies setzt voraus, dass die Patient*innen sich wohl fühlen, ihre Sorgen und Wünsche zu äußern, und dass die Anbieter*innen einschätzen können, ob eine Person über genaue Informationen verfügt, zuhause unter Druck gesetzt wird oder andere Sorgen hat. Die Anbieter*innen sollten geschult und bereit sein, alle Menschen ohne Diskriminierung zu behandeln, einschließlich Frauen, Männern, jungen Menschen und LGBTI-Personen. Betroffene von geschlechtsspezifischer Gewalt sollten hier eine erste Anlaufstelle haben und gegebenenfalls an andere Einrichtungen überwiesen werden.

Darüber hinaus müssen die Gesundheitssysteme neue Wege finden, um die am stärksten Marginalisierten zu erreichen. Die Covid-19-Pandemie hat einige innovative Mittel zur Überwindung von Entfernungen und Bewegungseinschränkungen aufgezeigt, zum Beispiel durch Telemedizin und leichteren Zugang zu Rezepten. Diese Maßnahmen könnten fortgesetzt und ausgeweitet werden. Die WHO empfiehlt, die Verfügbarkeit von Selbstbehandlungsmaßnahmen zu verbessern, beispielsweise den Zugang zu selbst verabreichten injizierbaren Verhütungsmitteln zu erleichtern und orale Verhütungspillen und Notfallverhütungsmittel rezeptfrei zugänglich zu machen.

Ausweitung der sozialen Absicherung

Die Covid-19-Pandemie sowie andere Krisen wie der Klimawandel haben universelle soziale Absicherungsprogramme notwendiger als je zuvor gemacht. Diese Programme, die zu den Verpflichtungen im Rahmen der SDGs gehören, sind die letzten Sicherheitsnetze für Menschen, die sonst in die Armut abrutschen würden. Sie bieten eine hervorragende Möglichkeit, die vielfältigen Schwachstellen zu reduzieren, die zu unbeabsichtigten Schwangerschaften führen können, indem sie Einkommenslücken sowie Lücken in der Bildungs- und Gesundheitsversorgung schließen. Wenn soziale Schutzprogramme sorgfältig konzipiert werden, verbessern sie die Auswahl an Verhütungsmitteln und den Zugang zu ihnen und erreichen marginalisierte Gruppen, einschließlich armer und junger Menschen oder solche mit wenig Bildung.



Neue Forschungsarbeiten zu Verhütungsmitteln sollten gemäß den Menschenrechtsverpflichtungen allen Ländern zur Verfügung stehen.

Beendigung geschlechtsspezifischer Gewalt

Unbeabsichtigte Schwangerschaften sind oft mit Gewalt verbunden. Etwa 13 Prozent der Frauen und Mädchen im Alter von 15 bis 49 Jahren, die jemals eine Partnerschaft eingegangen sind, haben in den letzten 12 Monaten Gewalt in der Partnerschaft erlebt. Viele Frauen sind gezwungen, ihrem Partner die Entscheidungsgewalt über Sex und Schwangerschaft zu überlassen, und viele glauben sogar, dass Gewalt gerechtfertigt ist, wenn sie sich weigern, Sex zu haben. Viele werden zum Sex und/oder zur Schwangerschaft gezwungen. Zudem ist die Zahl der Anzeigen und der strafrechtlichen Verfolgung von Tätern in den Justizsystemen gering und die Strafen unzureichend.

Frauen müssen problemlos Rechtsschutz erhalten können, auch durch kostenlose Prozesskostenhilfe. Sie sollten von qualitativ hochwertigen, auf die Betroffenen ausgerichteten Angeboten und respektvollem, unvoreingenommenem Rechtspersonal unterstützt werden, von der Polizei bis zu Staatsanwält*innen und Richter*innen. Alle Regierungen



müssen Rechtssysteme schaffen, die alle Formen geschlechtsspezifischer Gewalt vollständig anerkennen und behandeln und die Diskriminierung von Frauen beseitigen.

Dennoch sind Frauen auf der ganzen Welt weiterhin von diskriminierenden Gesetzen und Gesetzeslücken betroffen. Kürzlich veröffentlichte Daten aus 95 Ländern ergaben, dass 63 Prozent dieser Länder keine Vergewaltigungsgesetze haben, die auf dem Prinzip des beidseitigen Einvernehmens beruhen. Und die Hälfte der Länder verbietet Frauen nach wie vor, in bestimmten Berufen oder Branchen zu arbeiten. In fast einem Viertel der Länder haben Frauen nicht das gleiche Recht wie Männer, eine Ehe einzugehen oder eine Scheidung einzuleiten.

Das Risiko sexualisierter Gewalt wird in humanitären Krisen und instabilen Verhältnissen, in denen Vergewaltigung als Kriegswaffe eingesetzt werden kann, noch erhöht, ebenso wie in Fällen, in denen Gewalt in der Partnerschaft fortbesteht, während viele Schutzmechanismen der Gemeinschaft versagen oder abgeschafft werden. In solchen Situationen sind Frauen mit zusätzlichen Hindernissen beim Zugang zu sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdiensten, einschließlich Verhütungsmitteln, konfrontiert. Dadurch erhöht sich ihre Anfälligkeit für unbeabsichtigte Schwangerschaften. Der Zugang zu einer umfassenden Bandbreite an Dienstleistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, einschließlich Notfallverhütung und Behandlung nach einer Vergewaltigung, sowie sichere Räume und Schutzmaßnahmen zur Verhinderung sexualisierter Gewalt sind nicht verhandelbar und müssen wesentliche Bestandteile jeder humanitären Hilfe sein.

Schädliche Normen ändern

Die Bemühungen zur Verringerung unbeabsichtigter Schwangerschaften werden nur dann erfolgreich sein, wenn schädliche soziale Normen – überall – überdacht und revidiert werden. Stigmata rund um Verhütung führen dazu, dass viele ihre Anwendung vermeiden oder Verhütungsmittel stillschweigend absetzen. Mädchen im Teenageralter werden möglicherweise schwanger, weil ihnen nie Alternativen aufgezeigt worden sind. Ältere Frauen gehen vielleicht davon aus, dass sie nicht schwanger werden können. Frauen jeden Alters und jeder Herkunft zögern, Nötigung oder Gewalt in der Partnerschaft zu melden.

Es bedarf eines stärkeren gesellschaftlichen Bewusstseins dafür, dass jede Person ein Recht auf körperliche Selbstbestimmung hat und auf welche Weise dieses Recht beschnitten wird. Die Enttabuisierung dieser Diskussionen ist von entscheidender Bedeutung, damit in jeder Partnerschaft offen über Wünsche, Entscheidungen und Pläne gesprochen wird. Nur so entstehen gleichberechtigte Beziehungen, in denen beide Parteien voll handlungsfähig und selbstbestimmt sind.

Auch geschlechtsspezifische Normen und Erwartungen müssen angegangen werden. Unbeabsichtigte Schwangerschaften haben ihre Wurzeln in der Entrechtung von Frauen und Mädchen in allen Bereichen.

In Entwicklungsländern bekommt nahezu jede dritte junge Frau ein Kind im Teenageralter. Diese Mädchen sind mit begrenzter Selbstbestimmung, sozialem Druck und einem Mangel an Informationen und Dienstleistungen konfrontiert. Maßnahmen wie schulische Interventionen gegen Gewalt in frühen Stadien der Partnerschaft,



gemeindebasierte Interventionen, die geschlechtergerechte Einstellungen bei Jungen und Mädchen fördern, sowie Interventionen für Eltern können geschlechtsspezifischer Gewalt vorbeugen. Sie helfen auch bei der gesellschaftlichen Aufwertung von Frauen und Mädchen allgemein. Staatliche Unterstützungskampagnen können außerdem das Bewusstsein für Rechte und Selbstbestimmung schärfen.

Umfassende Sexualaufklärung ist ein wesentlicher Bestandteil des Erfolgs und kann den Menschen den Raum und das Vokabular an die Hand geben, um ohne Scham über ihren Körper und ihre Beziehungen zu sprechen. Wenn solche Aufklärung richtig umgesetzt wird, kann sie Mythen und falsche Vorstellungen bekämpfen und Kommunikation, Einvernehmen und respektvolle Beziehungen fördern. Sie kann Geschlechter- und Machtfragen thematisieren und Jugendliche über vertrauenswürdige Verhütungsmethoden aufklären. In Ländern, in denen Kinderehen und frühe Schwangerschaften weit verbreitet sind, kann eine umfassende Sexualaufklärung dazu beitragen, dass Jugendliche, Eltern und die Allgemeinheit diese Normen hinterfragen und über Alternativen nachdenken. Außerdem bringt sie die Menschheit auf dem Weg, um SDG 4.7 zu erreichen, voran. In dem Nachhaltigkeitsziel wird gefordert, dass alle Lernenden die Fähigkeiten und das Wissen erwerben, um die Gleichstellung der Geschlechter, die Menschenrechte und eine Kultur der Gewaltlosigkeit zu fördern.

Obwohl Sexualaufklärung meist mit Teenagern in Verbindung gebracht wird, sollte sie in altersgerechter Weise in der frühen Kindheit beginnen, sich über den gesamten Lebenszeitraum erstrecken und alle Phasen der Sexualität und Reproduktion abdecken. Dies kann die Menschen dazu bringen,

starre Geschlechternormen und Stereotype zu überdenken, und zwar weit über die Schulzeit hinaus.

Nicht zuletzt müssen Männer und Jungen von Informationen und sozialen Normen profitieren, die gesunde Männlichkeitsmodelle fördern. Solche Männlichkeitsmodelle sollten geschlechtsspezifische Gewalt ablehnen, Gleichheit und Gleichberechtigung als Werte anerkennen und den Ausdruck von Emotionen, Sensibilität und Nuancen zulassen, wenn sie über die reproduktiven Wünsche ihrer Partnerinnen und sich selbst sprechen.

Investitionen in die Stärkung der Rolle von Frauen und Mädchen

Mädchen in aller Welt müssen gestärkt werden, damit sie eine Zukunft jenseits der frühen Schwangerschaft vor sich sehen und erreichen können. Das bedeutet, dass wir in ihre Stärkung und in die Stärkung von Frauen investieren müssen, die künftigen Generationen als Vorbilder dienen.

Doch auch starke Frauen und Mädchen sind nicht allein dafür verantwortlich, ihre Rolle in einer ungleichen Welt zu verbessern. Bemühungen um eine Änderung schädlicher Normen müssen mit Investitionen in die Selbstbestimmung von Frauen und Mädchen und mit Maßnahmen einhergehen, die sie in Entscheidungsprozesse mit einbeziehen.

Es muss zum Beispiel Programme für den Vermögensaufbau geben. Es bedarf umfassenderer Anstrengungen, um Mädchen in der Schule zu halten und geschlechtsspezifische Diskriminierung und Lohnunterschiede auf dem Arbeitsmarkt zu verringern. Maßgeschneiderte Bemühungen sind wichtig, um Frauen und Mädchen zu erreichen, die



© UNFPA/Fidel Évora

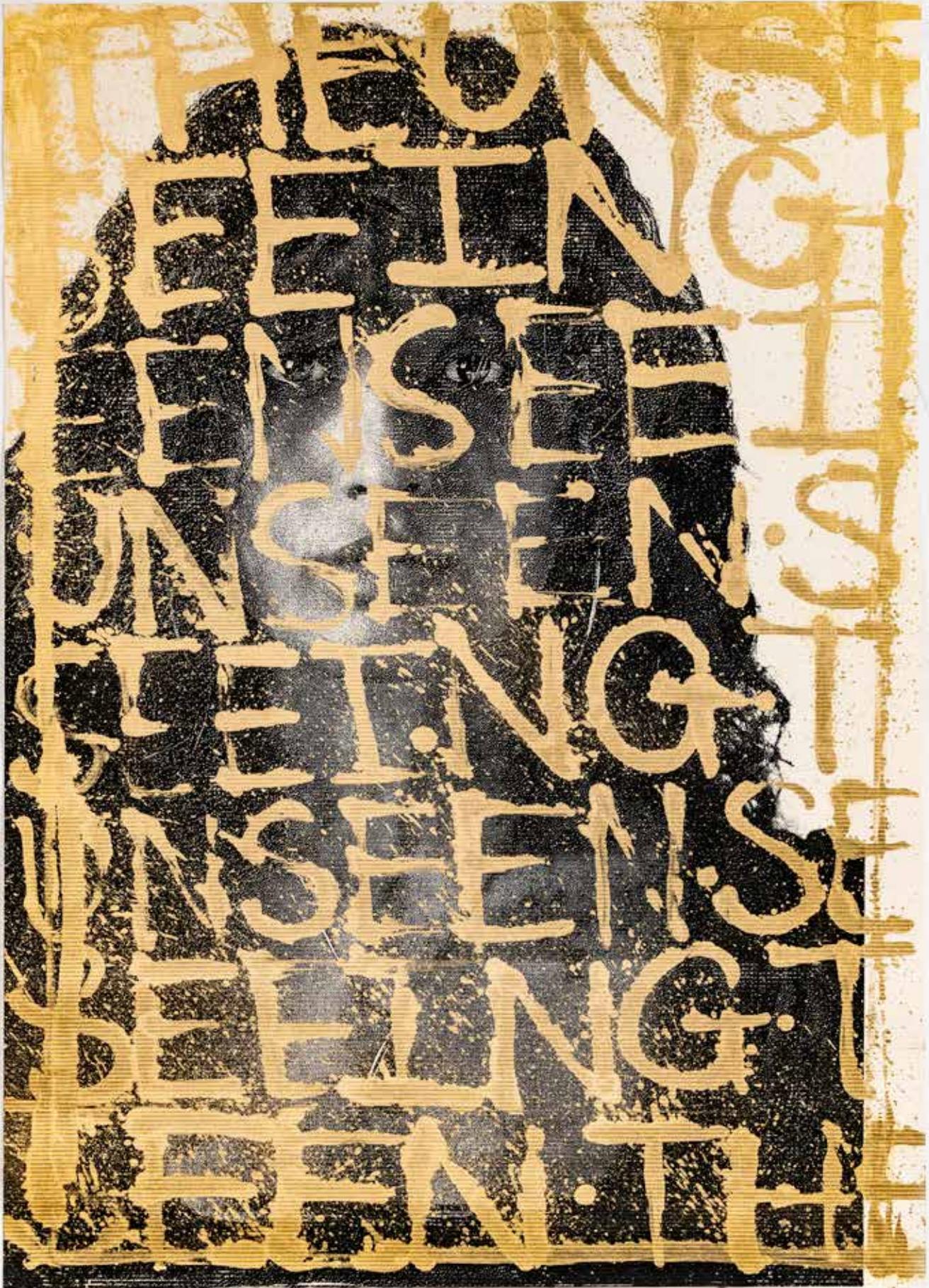
von übergreifenden Formen der Marginalisierung betroffen sind, wie beispielsweise Armut und Rassismus. Botschaften über die Stärkung von Frauen können in Programme wie Berufsausbildung und Initiativen zur wirtschaftlichen Stärkung eingebunden werden.

Investitionen in und Bündnisse mit Frauenrechtsorganisationen können hilfreich sein – insbesondere, wenn diese Gruppen von Frauen geleitet werden. Solche Organisationen haben oft detaillierte Einblicke in den Alltag von Frauen und Mädchen, einschließlich der Unterschiede zwischen verschiedenen Gemeinschaften. Sie sind möglicherweise am besten in der Lage, die Ursachen unbeabsichtigter Schwangerschaften zu verstehen und die Lösungen zu finden, die am besten mit den Rechten und individuellen Präferenzen vereinbar sind.

Solche Organisationen müssen mit ausreichenden finanziellen Mitteln ausgestattet werden. Außerdem müssen sie gegen ideologisch motivierte Kräfte verteidigt werden, die die Gleichstellung der Geschlechter ablehnen.

Auf dem Weg zu einer bewussten Entscheidung und Gerechtigkeit

Eine Schwangerschaft sollte nicht das Ergebnis einer Verletzung der körperlichen Selbstbestimmung sein, sondern eine bewusste und bejahte Entscheidung. Das ist es, was die Menschenrechtsverpflichtungen einfordern und was grundlegend für das Wohlbefinden aller ist. Es ist für alle von Vorteil, wenn jeder Mensch in die Lage versetzt wird, Entscheidungen informiert und in Würde zu treffen. Wir müssen darauf hinarbeiten, die Zahl der unbeabsichtigten Schwangerschaften so weit wie möglich gegen Null zu senken. Auf diese Weise kommen wir unserer erklärten gemeinsamen Vision für die Menschheit näher: einer Welt, in der jede Schwangerschaft gewollt ist und jeder Mensch seine Rechte und sein Potenzial voll ausschöpfen kann.



Indikatoren

Überwachung der ICPD Ziele: Sexuelle and reproduktive Gesundheit	82
Überwachung der ICPD Ziele: Würde und Menschenrechte	88
Demografische Indikatoren	94
Technische Hinweise: Quellen und Definitionen	100

SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT

	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^a	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80%), untere Schwellenwerte ^a	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80%), obere Schwellenwerte ^a	Betreute Geburten, in %	HIV-Neuinfektionen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in %				Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 J.), in %		Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methode bei Frauen (15–49 J.), in %	Gesetze und Vorschriften zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung, in %	Allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC), Deckungsindex		
						Irgendeine Methode		Moderne Methode		Alle	Verheiratet/in Beziehung				Alle	Verheiratet/in Beziehung
						Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung							
Globale und regionale Daten	2017	2017	2017	2014–2020	2020	2022		2022		2022		2022	2022	2019		
Welt	211	199	243	82	0,19	49	63	44	57	9	11	77	76	68		
Stärker entwickelte Regionen	12	11	13	99	0,14	58	70	51	62	7	9	79	87	–		
Weniger entwickelte Regionen	232	219	268	81	0,20	47	62	43	56	9	12	77	72	–		
Am wenigsten entwickelte Regionen	415	396	477	65	0,44	32	42	29	37	16	20	60	71	–		
Regionale Daten																
Arabische Staaten	151	121	208	86	0,03	34	53	29	45	10	15	66	65	61		
Asien und Pazifik	120	108	140	86	0,06	52	67	47	62	7	9	81	74	68		
Lateinamerika und Karibik	74	70	80	95	0,18	59	75	56	70	8	9	83	75	74		
Osturoopa und Zentralasien	20	18	22	99	0,15	46	64	36	49	8	11	67	84	74		
Ost- und Südliches Afrika	391	361	463	70	1,20	35	44	32	40	16	21	63	72	47		
West- und Zentralafrika	717	606	917	55	0,41	20	23	17	19	17	22	46	70	43		
Land, Territorium oder Gebiet	2017	2017	2017	2004–2020	2020	2022		2022		2022		2022	2022	2019		
Afghanistan	638	427	1.010	59	0,04	20	27	18	24	17	24	48	56	37		
Ägypten	37	27	47	92	0,03	45	61	43	60	9	12	81	–	70		
Albanien	15	8	26	100	0,03	31	44	5	5	11	16	11	79	62		
Algerien	112	64	206	99	0,04	36	65	32	57	6	9	76	–	75		
Angola	241	167	346	50	0,69	16	17	15	16	27	35	35	62	39		
Antigua und Barbuda	42	24	69	100	–	45	63	43	61	10	13	78	–	72		
Äquatorialguinea	301	181	504	68	–	18	18	15	15	23	31	38	–	43		
Argentinien	39	35	43	100	0,13	60	72	58	68	8	10	85	92	73		
Armenien	26	21	32	100	0,11	39	60	21	32	8	12	45	87	69		
Aruba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Aserbaidshan	26	21	32	99	0,04	37	57	15	23	9	14	33	–	65		
Äthiopien	401	298	573	50	0,12	30	42	30	42	14	21	67	73	38		
Australien	6	5	8	99	0,03	58	67	56	64	8	11	86	–	87		
Bahamas	70	48	110	99	0,28	45	67	43	65	9	12	80	–	70		
Bahrain	14	10	21	100	–	29	63	20	43	6	12	58	73	71		
Bangladesch	173	131	234	59	–	52	63	46	55	10	12	74	–	51		
Barbados	27	17	39	99	–	50	63	47	61	12	14	76	44	75		
Belarus	2	1	4	100	0,13	61	70	52	59	5	8	79	83	74		
Belgien	5	4	7	–	–	59	67	58	67	5	8	91	–	86		
Belize	36	26	48	94	0,53	45	57	42	54	14	18	71	43	67		
Benin	397	291	570	78	0,19	17	19	14	15	24	31	34	91	38		
Bhutan	183	127	292	96	0,09	39	61	38	59	8	13	80	83	62		
Bolivien	155	113	213	81	0,08	48	68	36	49	12	16	60	94	67		
Bosnien und Herzegowina	10	5	16	100	–	38	50	19	21	9	13	40	70	65		
Botswana	144	124	170	100	4,39	58	70	57	69	8	10	87	64	54		
Brasilien	60	58	61	99	0,23	65	80	63	77	6	8	89	–	75		
Brunei Darussalam	31	21	45	100	–	–	–	–	–	–	–	–	41	77		
Bulgarien	10	6	14	100	–	66	80	50	58	5	6	71	62	70		
Burkina Faso	320	220	454	80	0,1	29	32	28	31	20	24	57	81	43		
Burundi	548	413	728	85	0,15	20	32	18	29	17	28	48	65	44		
Cabo Verde	58	45	75	97	–	44	58	43	57	13	16	76	84	69		
Chile	13	11	14	100	0,26	64	78	59	72	6	8	85	–	80		
China	29	22	35	100	–	69	85	68	84	4	3	92	–	82		
China, Hong Kong	–	–	–	–	–	48	70	45	67	8	9	81	–	–		

SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT

Land, Territorium oder Gebiet	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^a	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80%), untere Schwellenwerte ^a	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80%), obere Schwellenwerte ^a	Betreute Geburten, in %	HIV-Neuinfektionen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in %				Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 J.), in %		Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methode bei Frauen (15–49 J.), in %	Gesetze und Vorschriften zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung, in %	Allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC), Deckungsindex	
	2017	2017	2017	2014–2020	2020	Irgendeine Methode		Moderne Methode		Alle	Verheiratet/in Beziehung	2022	2022	2022	2019
						Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung				
China, Macau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Costa Rica	27	24	31	99	0,34	56	74	55	72	9	11	84	84	78	
Côte d'Ivoire	617	426	896	74	0,24	26	26	23	23	21	26	49	64	45	
Curaçao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Dänemark	4	3	5	95	0,02	64	77	60	73	5	6	88	87	85	
Deutschland	7	5	9	99	0,03	55	68	54	67	7	9	88	87	86	
Dominica	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Dominikanische Republik	95	88	102	100	0,32	57	73	55	70	8	10	84	–	66	
Dschibuti	248	116	527	87	0,13	17	29	16	29	15	26	51	–	48	
Ecuador	59	53	65	96	0,12	60	82	54	74	6	6	82	92	80	
El Salvador	46	36	57	100	0,13	52	73	49	69	8	10	82	92	76	
Eritrea	480	327	718	34	0,07	9	14	9	13	18	29	33	–	50	
Estland	9	5	13	100	0,16	56	65	51	58	7	11	80	98	78	
Eswatini	437	255	792	88	5,28	54	68	53	67	10	13	83	98	58	
Fidschi	34	27	43	100	0,16	35	52	30	44	11	16	65	–	61	
Finnland	3	2	4	100	–	79	82	74	77	3	5	90	98	83	
Frankreich	8	6	9	98	–	65	78	63	76	4	4	92	–	84	
Französisch-Guayana	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Französisch-Polynesien	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Gabun	252	165	407	89	0,48	38	38	30	27	18	23	54	58	49	
Gambia	597	440	808	84	0,93	14	19	13	19	16	25	44	–	48	
Georgien	25	21	29	100	0,17	32	47	23	34	13	18	52	94	65	
Ghana	308	223	420	79	0,63	27	36	23	32	19	27	51	66	45	
Grenada	25	15	39	100	–	46	66	43	61	9	12	77	–	70	
Griechenland	3	2	4	100	0,09	53	75	38	50	4	7	66	72	78	
Großbritannien	7	6	8	–	–	72	76	66	69	5	7	86	96	88	
Guadeloupe	–	–	–	–	–	46	60	41	54	11	15	73	–	–	
Guam	–	–	–	–	–	41	66	36	56	7	10	74	–	–	
Guatemala	95	86	104	70	0,05	43	64	36	54	9	13	71	–	57	
Guinea	576	437	779	55	0,42	14	14	13	13	17	23	42	79	37	
Guinea-Bissau	667	457	995	54	0,88	33	23	31	22	16	20	64	80	37	
Guyana	169	132	215	96	0,43	35	47	33	45	17	25	64	87	74	
Haiti	480	346	680	42	0,45	28	39	26	36	23	34	50	65	47	
Honduras	65	55	76	74	0,07	53	76	47	68	7	9	79	80	63	
Indien	145	117	177	81	0,04	44	57	39	51	9	12	74	74	61	
Indonesien	177	127	254	95	0,10	44	62	42	60	8	11	81	77	59	
Irak	79	53	113	96	–	38	56	27	40	8	12	58	59	55	
Iran	16	13	20	99	0,03	58	82	47	66	3	4	77	63	77	
Irland	5	3	7	100	0,08	66	70	63	66	6	9	88	–	83	
Island	4	2	6	98	0,04	–	–	–	–	–	–	–	–	87	
Israel	3	2	4	–	–	39	73	30	56	5	8	68	–	84	
Italien	2	1	2	100	0,04	59	67	48	51	5	9	74	–	83	
Jamaika	80	67	98	100	0,53	44	73	42	70	8	9	80	76	70	
Japan	5	3	6	100	0,00	46	51	39	41	12	17	68	85	85	
Jemen	164	109	235	45	0,04	28	44	21	33	14	23	49	65	44	
Jordanien	46	31	65	100	0,01	31	54	22	39	8	14	57	56	60	

SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT

Land, Territorium oder Gebiet	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^a	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80%), untere Schwellenwerte ^a	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80%), obere Schwellenwerte ^a	Betreute Geburten, in %	HIV-Neuinfektionen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in %				Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 J.), in %		Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methode bei Frauen (15–49 J.), in %	Gesetze und Vorschriften zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung, in %	Allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC), Deckungsindex	
	2017	2017	2017	2014–2020	2020	Irgendeine Methode		Moderne Methode		Alle		Verheiratet/in Beziehung		2022	2022
						Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung		
Jungferninseln (USA)	–	–	–	–	–	52	75	49	70	8	8	81	–	–	
Kambodscha	160	116	221	89	0,07	43	63	32	47	7	11	64	98	61	
Kamerun	529	376	790	69	0,6	23	23	19	17	16	21	49	–	44	
Kanada	10	8	14	98	–	73	82	71	80	3	4	93	–	89	
Kasachstan	10	8	12	100	0,19	43	54	40	51	11	15	76	65	76	
Katar	9	6	14	100	0,07	31	49	26	41	9	15	64	71	74	
Kenia	342	253	476	70	0,72	44	60	43	59	13	16	75	48	56	
Kirgisistan	60	50	76	100	0,11	29	42	28	39	12	17	67	73	70	
Kiribati	92	49	158	92	–	23	32	19	26	16	23	49	–	51	
Kolumbien	83	71	98	99	0,18	64	82	61	77	5	7	87	96	78	
Komoren	273	167	435	82	0,01	20	27	16	22	19	29	42	–	44	
Kongo	378	271	523	91	1,94	43	45	29	28	15	18	51	55	41	
Kongo, Dem. Rep.	473	341	693	85	0,18	26	30	16	16	21	25	33	–	39	
Korea	11	9	13	100	–	56	81	51	74	6	5	82	–	87	
Korea, Dem. Volksrep.	89	38	203	100	–	58	74	55	71	8	9	84	83	68	
Kroatien	8	6	11	100	0,02	50	71	35	46	5	8	64	98	73	
Kuba	36	33	40	100	0,18	69	72	68	71	8	9	88	–	80	
Kuwait	12	8	17	100	–	40	59	33	49	9	13	67	–	70	
Laos	185	139	253	64	0,13	38	61	34	54	10	14	71	96	50	
Lesotho	544	391	788	87	4,91	52	66	51	66	10	14	83	–	48	
Lettland	19	15	26	100	–	60	72	53	62	6	9	81	70	72	
Libanon	29	22	40	98	0,03	29	62	22	46	6	13	62	–	72	
Liberia	661	481	943	84	0,29	26	27	25	26	27	32	47	–	42	
Libyen	72	30	164	100	0,05	26	40	17	25	17	25	39	–	60	
Litauen	8	5	12	100	–	48	71	39	57	7	8	72	87	70	
Luxemburg	5	3	8	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	87	
Madagaskar	335	229	484	46	0,22	42	51	37	45	14	16	67	–	35	
Malawi	349	244	507	90	1,21	49	65	48	64	13	15	78	79	48	
Malaysia	29	24	36	100	0,19	35	57	25	41	9	15	57	83	76	
Malediven	53	35	84	100	–	16	22	12	18	21	30	34	93	69	
Mali	562	419	784	67	0,27	18	20	18	20	21	24	46	–	42	
Malta	6	4	11	100	–	60	79	48	63	4	5	75	–	81	
Marokko	70	54	91	87	0,02	43	71	37	61	7	11	74	–	73	
Martinique	–	–	–	–	–	47	62	43	57	11	14	75	–	–	
Mauretanien	766	528	1.140	69	–	14	22	13	20	18	28	41	65	40	
Mauritius	61	46	85	100	0,8	43	67	29	44	8	10	57	75	65	
Mexiko	33	32	35	97	0,16	56	74	53	70	9	10	82	86	74	
Mikronesien	88	40	193	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	48	
Moldau, Rep.	19	15	24	100	0,24	55	63	44	50	11	13	67	–	67	
Mongolei	45	36	56	99	0,01	41	57	37	51	13	15	70	–	63	
Montenegro	6	3	10	99	0,04	23	27	15	16	15	21	41	52	67	
Mosambik	289	206	418	73	3,5	27	30	26	29	19	22	58	–	47	
Myanmar	250	182	351	60	–	34	58	33	56	8	14	79	91	61	
Namibia	195	144	281	88	2,44	52	61	52	61	10	15	83	88	62	
Nepal	186	135	267	77	0,03	42	53	37	47	17	22	63	48	53	
Neukaledonien	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	

Überwachung ICPD Ziele

SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT

Land, Territorium oder Gebiet	Müttersterblichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^a	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80%), untere Schwellenwerte ^a	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80%), obere Schwellenwerte ^a	Betreute Geburten, in %	HIV-Neuinfektionen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in %				Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 J.), in %		Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methode bei Frauen (15–49 J.), in %	Gesetze und Vorschriften zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung, in %	Allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC), Deckungsindex	
	2017	2017	2017	2014–2020	2020	Irgendeine Methode		Moderne Methode		Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung	2022	2019
						Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung		
Neuseeland	9	7	11	96	0,02	65	81	61	75	4	5	88	95	86	
Nicaragua	98	77	127	96	0,11	53	82	51	79	5	6	88	75	70	
Niederlande	5	4	7	–	0,02	63	72	61	71	5	7	89	100	86	
Niger	509	368	724	39	0,05	17	19	16	18	15	18	50	–	37	
Nigeria	917	658	1.320	43	0,42	18	21	14	15	15	19	42	–	45	
Nordmazedonien	7	5	10	100	–	43	54	19	19	9	13	37	–	68	
Norwegen	2	2	3	99	0,01	67	85	62	79	4	4	89	100	86	
Oman	19	16	22	99	–	21	36	15	25	15	26	41	70	69	
Österreich	5	4	7	98	–	66	73	64	70	5	7	89	–	82	
Pakistan	140	85	229	71	0,12	26	38	20	29	11	17	53	69	45	
Palästina ¹	–	–	–	100	–	41	62	30	46	7	11	64	68	–	
Panama	52	45	59	93	0,44	48	60	45	56	14	17	73	72	77	
Papua-Neuguinea	145	67	318	56	0,39	28	39	23	32	18	25	51	–	33	
Paraguay	84	72	96	98	0,13	59	73	55	67	8	9	82	76	61	
Peru	88	69	110	94	0,13	55	77	43	58	5	7	70	85	78	
Philippinen	121	91	168	84	0,15	36	57	27	43	10	16	59	80	55	
Polen	2	2	3	100	–	54	74	43	58	6	8	73	89	74	
Portugal	8	6	11	100	0,07	60	74	51	62	4	7	79	95	84	
Puerto Rico	21	16	29	–	–	57	82	52	74	6	5	83	–	–	
Réunion	–	–	–	–	–	49	72	48	71	8	9	84	–	–	
Ruanda	248	184	347	94	0,34	34	58	32	54	11	16	70	82	54	
Rumänien	19	14	25	95	0,04	54	72	45	58	5	8	75	98	72	
Russland	17	13	23	100	–	49	68	42	57	6	9	76	70	75	
Salomonen	104	70	157	86	–	24	32	20	27	13	17	54	–	50	
Sambia	213	159	289	80	3,64	38	53	36	50	15	18	68	91	55	
Samoa	43	20	97	89	–	12	19	11	18	26	46	29	22	53	
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
São Tomé und Príncipe	130	73	217	97	–	38	51	35	47	21	25	60	46	60	
Saudi-Arabien	17	10	30	99	0,05	19	30	15	24	15	25	46	–	73	
Schweden	4	3	6	–	–	60	71	57	68	6	8	87	100	87	
Schweiz	5	3	7	–	–	73	73	68	69	4	7	89	94	87	
Senegal	315	237	434	75	0,08	21	30	20	28	15	21	56	75	49	
Serbien	12	9	17	100	0,02	47	58	28	28	6	11	53	99	71	
Seychellen	53	26	109	99	–	–	–	–	–	–	–	–	–	70	
Sierra Leone	1.120	808	1.620	87	0,7	27	25	26	25	20	24	56	65	39	
Simbabwe	458	360	577	86	1,74	49	69	49	69	8	10	86	73	55	
Singapur	8	5	13	100	0,01	40	68	35	60	6	10	77	46	86	
Sint Maarten	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Slowakei	5	4	7	98	–	56	79	48	66	4	6	79	86	77	
Slowenien	7	5	9	100	0,01	53	79	44	66	3	5	79	–	80	
Somalia	829	385	1.590	32	0,02	6	10	2	15	26	9	–	–	27	
Spanien	4	3	5	100	0,08	60	63	58	61	8	13	85	–	86	
Sri Lanka	36	31	41	100	0,01	45	67	37	55	5	7	74	86	67	
St. Kitts und Nevis	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
St. Lucia	117	71	197	100	–	49	61	46	57	12	15	76	33	72	
St. Vincent und die Grenadinen	68	44	100	99	–	50	67	48	65	10	12	80	81	73	

SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT

Land, Territorium oder Gebiet	Mütterlichkeitsrate (MMR) pro 100.000 Lebendgeburten ^a	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80%), untere Schwellenwerte ^a	MMR Unsicherheitsspanne (Unsicherheitsintervall 80%), obere Schwellenwerte ^a	Betreute Geburten, in %	HIV-Neuinfektionen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung	Anteil der Frauen (15–49 J.), die Verhütungsmittel anwenden, in %				Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 J.), in %		Gedeckter Verhütungsbedarf, moderne Methode bei Frauen (15–49 J.), in %	Gesetze und Vorschriften zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung, in %	Allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC), Deckungsindex	
	2017	2017	2017	2014–2020	2020	Irgendeine Methode		Moderne Methode		Alle		Verheiratet/in Beziehung	2022	2022	2019
						Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung	Alle	Verheiratet/in Beziehung	Verheiratet/in Beziehung			
Südafrika	119	96	153	97	4,6	51	58	51	58	11	14	82	95	68	
Sudan	295	207	408	78	0,09	11	16	10	15	17	27	36	57	44	
Südsudan	1.150	789	1.710	19	1,37	6	8	6	7	20	29	21	16	32	
Suriname	120	96	144	98	0,3	34	47	33	47	15	22	69	–	67	
Syrien	31	20	50	96	0	38	62	28	46	8	13	62	81	56	
Tadschikistan	17	10	26	95	0,09	24	33	22	30	16	22	55	–	66	
Tansania	524	399	712	64	1,26	37	45	33	40	15	19	62	–	46	
Thailand	37	32	44	99	0,1	53	77	52	75	4	6	90	–	83	
Timor-Leste	142	102	192	57	0,1	19	32	17	29	13	23	53	–	53	
Togo	396	270	557	69	0,45	24	27	22	25	22	30	48	–	44	
Tonga	52	24	116	98	–	18	33	16	28	13	25	49	–	56	
Trinidad und Tobago	67	50	90	100	0,07	41	49	36	45	14	20	67	27	73	
Tschad	1.140	847	1.590	24	0,22	7	8	7	7	19	24	25	59	28	
Tschechien	3	2	5	100	–	63	85	56	76	3	4	84	79	78	
Tunesien	43	33	54	100	0,03	31	59	27	51	7	13	70	–	70	
Türkei	17	14	20	97	–	48	71	34	49	6	9	61	78	79	
Turkmenistan	7	5	10	100	–	35	53	33	50	8	12	76	94	73	
Turks- und Caicosinseln	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Tuvalu	–	–	–	93	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Uganda	375	278	523	74	0,95	36	46	33	42	18	24	61	–	50	
Ukraine	19	14	26	100	0,21	53	68	44	55	6	9	75	95	73	
Ungarn	12	9	16	100	–	49	70	44	62	6	9	80	93	73	
Uruguay	17	14	21	100	0,19	57	79	55	77	6	7	87	97	79	
USA	19	17	21	99	–	62	76	54	67	5	6	81	–	83	
Usbekistan	29	23	37	100	0,08	50	70	46	66	6	8	84	92	71	
Vanuatu	–	–	–	89	–	36	49	31	41	15	19	61	–	52	
Venezuela	125	97	170	99	0,08	56	76	52	71	8	10	83	–	70	
Vereinigte Arabische Emirate	3	2	5	99	0,13	36	51	29	41	12	17	61	–	78	
Vietnam	43	32	61	94	0,06	59	80	50	67	4	5	79	54	70	
Westsahara	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Zentralafrikanische Republik	829	463	1.470	40	–	21	23	16	18	23	25	37	77	33	
Zypern	6	4	10	99	–	–	–	–	–	–	–	–	72	79	

ANMERKUNGEN

- Keine Daten verfügbar
- a Die Müttersterblichkeitsrate wurde folgendermaßen gerundet: < 1.000 auf die nächste Einerstelle gerundet; ≥ 1.000 auf die nächste Zehnerstelle gerundet.
- 1 Am 29. November 2012 hat die UN-Generalversammlung die Resolution 67/19 erlassen, die Palästina den Status eines „beobachtenden Nicht-Mitgliedsstaats in den Vereinten Nationen“ verleiht.

DEFINITIONEN

Müttersterblichkeitsrate (MMR): Anzahl der schwangerschaftsbedingten Todesfälle von Frauen pro 100.000 Lebendgeburten (SDG Indikator 3.1.1).

Betreute Geburten: Prozentsatz an Geburten, die von geschultem medizinischem Personal (Ärztinnen und Ärzten, Krankenpfleger*innen oder Hebammen) durchgeführt werden (SDG Indikator 3.1.2).

Anzahl der HIV-Neuinfektionen, alle Altersgruppen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung: Anzahl der HIV-Neuinfektionen pro 1.000 Personen in der nicht-infizierten Bevölkerung pro Jahr (SDG-Indikator 3.3.1).

Anteil der Frauen, die Verhütungsmittel anwenden: Prozentualer Anteil der Frauen zwischen 15 und 49 Jahren, die gegenwärtig irgendeine Methode der Empfängnisverhütung verwenden.

Anteil der Frauen, die Verhütungsmittel anwenden, moderne Methode: Prozentualer Anteil der Frauen zwischen 15 und 49 Jahren, die irgendeine moderne Methode zur Empfängnisverhütung verwenden.

Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen: Prozentualer Anteil der Frauen zwischen 15 und 49 Jahren, die eine Schwangerschaft hinauszögern oder vermeiden wollen, aber keine Verhütungsmethode anwenden.

Gedeckter Verhütungsbedarf bei Frauen, moderne Methode: Anteil des durch moderne Verhütungsmethoden gedeckten Bedarfs am Gesamtbedarf an Familienplanung bei verheirateten oder in einer festen Partnerschaft liierten Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren (SDG Indikator 3.7.1).

Gesetze und Vorschriften, die Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung garantieren: Der Umfang, in dem Länder über nationale Gesetze und Vorschriften verfügen, die Frauen und Männern ab 15 Jahren einen uneingeschränkten und gleichberechtigten Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung gewährleisten (SDG Indikator 5.6.2).

Allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC), Deckungsindex: Durchschnittliche Abdeckung von grundlegenden Dienstleistungen auf der Grundlage von Tracer-Interventionen, die die Bereiche reproduktive Gesundheit, Gesundheit von Müttern, Neugeborenen und Kindern, Infektionskrankheiten, nicht übertragbare Krankheiten sowie Dienstleistungskapazitäten und -zugang für die allgemeine und die am meisten benachteiligte Bevölkerung umfassen (SDG-Indikator 3.8.1).

QUELLEN

Müttersterblichkeitsrate (MMR): United Nations Maternal Mortality Estimation InterAgency Group (WHO, UNICEF, UNFPA, Die Weltbank und die Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2019).

Betreute Geburten: Gemeinsame globale Datenbank zu betreuten Geburten 2021, Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) und Weltgesundheitsorganisation (WHO). Regional aggregierte Daten wurden von UNFPA auf Grundlage der gemeinsamen globalen Datenbank berechnet.

Anzahl der HIV-Neuinfektionen, alle Altersgruppen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung: UNAIDS HIV Schätzungen 2021.

Anteil der Frauen, die Verhütungsmittel anwenden: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2021.

Anteil der Frauen, die Verhütungsmittel anwenden, moderne Methode: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2021.

Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2021.

Gedeckter Verhütungsbedarf bei Frauen, moderne Methode: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2021.

Entscheidungsmacht über sexuelle und reproduktive Gesundheit und reproduktive Rechte: UNFPA, 2022.

Allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC), Deckungsindex: WHO, 2021.

WÜRDE UND MENSCHENRECHTE

	Geburten bei Jugendlichen pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Unbeabsichtigte Schwangerschaft pro 1.000 Frauen im Alter 15–49 ² Jahre	Ehe von unter 18-Jährigen, in %	Von weibl. Genitalverstümmelung betroffene Frauen (15–49 J.), in %	Partnergewalt in den letzten 12 Monaten, in %	Entscheidungsmacht sexuelle u. reproduktive Gesundheit u. reproduktive Rechte, in %	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, Primarstufe	Nettoeinschulungsrate in der unteren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, untere Sekundarstufe	Nettoeinschulungsrate in der höheren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, höhere Sekundarstufe
Welt und regionale Daten	2020–2025	2015–2019	2005–2020	2004–2020	2018	2021	2020	2020	2020	2020	2020	2020
Welt	40	64	26	–	13	57	91	0,98	84	1,00	66	1,01
Stärker entwickelte Regionen	11	34	–	–	–	–	99	1,01	98	1,00	95	1,00
Weniger entwickelte Regionen	44	70	27	–	–	56	90	0,98	82	1,00	63	1,01
Am wenigsten entwickelte Regionen	88	85	38	46	22	54	83	0,96	66	0,98	44	0,90
Regionale Daten												
Arabische Staaten	45	87	21	65	15	–	94	0,99	87	1,02	66	1,06
Asien und Pazifik	21	64	25	–	13	61	85	–	82	0,95	60	0,92
Lateinamerika und Karibik	59	69	24	–	8	74	97	1,01	93	1,02	79	1,03
Osteuropa und Zentralasien	26	54	11	–	9	76	96	1,00	98	0,99	84	0,99
Ost- und Südliches Afrika	92	101	31	35	24	52	86	0,98	66	0,95	44	0,84
West- und Zentralafrika	104	76	41	28	15	36	76	0,91	60	0,97	40	0,87
Land, Territorium oder Gebiet	2004–2020	2015–2019	2005–2020	2004–2020	2018	2007–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020
Afghanistan	62	–	28	–	35	–	–	–	–	–	44	0,56
Ägypten	52	–	17	87	15	–	99	–	98	1,02	77	0,98
Albanien	14	16	12	–	6	69	96	1,04	96	1,04	81	1,09
Algerien	12	–	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	163	120	30	–	25	62	82	0,78	76	0,76	18	0,71
Antigua und Barbuda	28	–	–	–	–	–	99	1,02	99	0,99	87	1,02
Äquatorialguinea	176	–	30	–	29	–	45	1,02	–	–	–	–
Äthiopien	80	79	40	65	27	45	87	0,91	53	0,92	26	0,91
Argentinien	50	69	–	–	5	–	100	–	99	0,99	89	1,09
Armenien	19	53	5	–	5	66	90	1,00	90	1,02	92	1,14
Aruba	21	–	–	–	–	–	100	–	–	–	–	–
Aserbaidshjan	48	93	11	–	5	–	90	1,04	99	1,00	100	1,00
Australien	9	37	–	–	3	–	99	1,00	98	1,00	94	1,03
Bahamas	29	–	–	–	–	–	–	–	78	1,02	73	1,07
Bahrain	13	–	–	–	–	–	98	0,99	96	1,07	87	1,14
Bangladesch	74	59	51	–	23	64	95	–	74	1,10	63	1,11
Barbados	50	77	29	–	–	–	97	0,99	96	1,00	94	1,04
Belarus	12	19	5	–	6	–	99	0,98	99	1,00	99	1,02
Belgien	6	21	–	–	5	–	99	1,01	100	1,00	98	1,00
Belize	58	71	34	–	8	–	100	0,99	85	0,98	69	1,11
Benin	108	86	31	9	15	36	93	0,94	58	0,87	34	0,75
Bhutan	59	48	26	–	9	–	96	1,03	88	1,15	72	1,16
Bolivien	71	105	20	–	18	–	95	1,00	93	0,97	78	1,01
Bosnien und Herzegowina	10	20	4	–	3	–	–	–	–	–	81	1,04
Botswana	52	97	–	–	17	–	89	1,01	–	–	–	–
Brasilien	49	67	26	–	7	–	99	1,00	98	1,02	85	1,02
Brunei Darussalam	10	–	–	–	–	–	98	1,00	100	1,00	83	1,07
Bulgarien	39	29	–	–	6	–	85	1,00	85	0,99	84	0,95
Burkina Faso	132	75	52	76	11	20	76	1,00	53	1,10	33	1,08
Burundi	58	98	19	–	22	44	90	1,04	70	1,10	38	1,16
Cabo Verde	12	102	18	–	11	–	92	0,99	87	0,98	73	1,08
Chile	23	70	–	–	6	–	100	0,99	96	0,99	95	1,00
China	9	65	–	–	8	–	–	–	–	–	–	–

Überwachung ICPD Ziele

WÜRDE UND MENSCHENRECHTE

	Geburten bei Jugendlichen pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Unbeabsichtigte Schwangerschaft pro 1.000 Frauen im Alter 15–49 ² Jahre	Ehe von unter 18-Jährigen, in %	Von weibl. Genitalverstümmelung betroffene Frauen (15–49 J.), in %	Partnergewalt in den letzten 12 Monaten, in %	Entscheidungsmacht sexuelle u. reproduktive Gesundheit u. reproduktive Rechte, in %	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, Primarstufe	Nettoeinschulungsrate in der unteren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, untere Sekundarstufe	Nettoeinschulungsrate in der höheren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, höhere Sekundarstufe
Land, Territorium oder Gebiet	2004–2020	2015–2019	2005–2020	2004–2020	2018	2007–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020
China, Hong Kong	2	28	–	–	3	–	98	–	99	1,00	100	1,00
China, Macau	3	–	–	–	–	–	96	0,98	99	1,02	91	1,03
Costa Rica	41	52	21	–	7	–	100	1,00	96	1,01	92	1,03
Côte d'Ivoire	123	96	27	37	16	25	96	0,93	58	0,88	42	0,77
Curaçao	23	–	–	–	–	–	93	0,99	85	1,01	77	1,08
Dänemark	2	30	–	–	3	–	99	1,01	100	0,99	91	1,01
Deutschland	7	21	–	–	–	–	99	1,01	96	1,02	85	0,98
Dominica	47	–	–	–	–	–	99	1,00	97	1,02	80	0,85
Dominikanische Republik	54	84	36	–	10	77	96	1,01	91	1,01	74	1,04
Dschibuti	21	50	5	94	–	–	67	0,93	60	1,02	47	0,99
Ecuador	64	80	22	–	8	87	99	–	98	1,03	79	1,02
El Salvador	70	58	26	–	6	–	84	1,01	78	1,01	60	0,97
Eritrea	76	53	41	83	–	–	53	0,91	64	0,88	51	0,86
Estland	10	38	–	–	4	–	98	1,01	99	1,01	98	1,00
Eswatini	87	111	5	–	18	49	85	0,98	97	1,00	84	0,96
Fidschi	23	–	–	–	23	–	99	0,99	96	–	74	1,09
Finnland	4	33	0	–	8	–	98	1,01	100	1,00	96	0,98
Frankreich	9	29	–	–	5	–	100	1,00	100	1,00	96	1,01
Französisch-Guayana	76	71	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Französisch-Polynesien	32	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabun	91	112	22	–	22	48	–	–	–	–	–	–
Gambia	68	54	26	76	10	23	87	1,13	69	1,03	–	–
Georgien	29	94	14	–	3	82	99	1,01	99	1,01	95	1,03
Ghana	78	102	19	2	10	52	94	1,02	92	1,04	75	1,00
Griechenland	9	33	–	–	5	–	99	1,01	97	0,99	99	0,98
Grenada	36	–	–	–	8	–	99	–	97	–	97	1,00
Großbritannien	12	36	0	–	4	–	99	1,00	100	1,00	97	1,01
Guadeloupe	9	68	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guam	35	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	77	63	30	–	7	65	89	1,01	65	0,94	37	0,94
Guinea	120	70	47	95	21	29	86	0,85	49	0,70	33	0,59
Guinea-Bissau	84	99	26	52	–	–	73	0,95	–	–	–	–
Guyana	74	76	30	–	11	71	98	0,97	93	1,02	70	1,11
Haiti	55	107	15	–	12	59	–	–	–	–	–	–
Honduras	89	68	34	–	7	70	84	1,02	57	1,06	42	1,15
Indien	12	62	27	–	18	–	95	1,02	85	1,04	58	1,04
Indonesia	36	40	16	–	9	–	94	0,95	84	1,07	77	1,01
Irak	70	–	28	7	–	–	–	–	–	–	–	–
Iran	31	–	17	–	18	–	100	0,99	95	0,97	74	0,97
Irland	6	–	–	–	3	–	100	–	99	–	98	1,01
Island	5	33	–	–	3	–	100	1,00	100	1,00	84	1,04
Israel	8	–	–	–	6	–	100	–	100	–	98	–
Italien	4	28	–	–	4	–	97	1,00	98	1,00	94	1,01
Jamaika	52	87	8	–	7	–	–	–	76	1,06	54	1,57
Japan	3	21	–	–	4	–	98	1,00	98	1,00	99	1,02
Jemen	67	–	32	19	–	–	84	0,88	72	0,85	44	0,59

WÜRDE UND MENSCHENRECHTE

	Geburten bei Jugendlichen pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Unbeabsichtigte Schwangerschaft pro 1.000 Frauen im Alter 15–49 ² Jahre	Ehe von unter 18-Jährigen, in %	Von weibl. Genitalverstümmelung betroffene Frauen (15–49 J.), in %	Partnergewalt in den letzten 12 Monaten, in %	Entscheidungsmacht sexuelle u. reproduktive Gesundheit u. reproduktive Rechte, in %	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, Primarstufe	Nettoeinschulungsrate in der unteren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, untere Sekundarstufe	Nettoeinschulungsrate in der höheren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, höhere Sekundarstufe
Land, Territorium oder Gebiet	2004–2020	2015–2019	2005–2020	2004–2020	2018	2007–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020
Jordanien	27	–	10	–	14	61	80	0,99	72	1,00	57	1,10
Jungfernseln (USA)	39	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kambodscha	30	69	19	–	9	76	89	1,00	85	1,06	45	0,95
Kamerun	122	83	30	1	22	49	92	0,91	63	0,89	46	0,83
Kanada	7	31	–	–	3	–	100	–	100	1,00	88	1,00
Kasachstan	23	57	7	–	6	–	90	1,01	100	–	99	–
Katar	7	–	4	–	–	–	98	1,03	93	0,94	–	–
Kenia	96	113	23	21	23	56	81	1,04	–	–	–	–
Kirgisistan	38	40	13	–	13	77	100	0,99	99	0,99	73	1,06
Kiribati	51	–	18	–	25	–	97	–	–	–	–	–
Kolumbien	58	63	23	–	12	–	99	1,01	97	1,01	81	1,03
Komoren	70	95	32	–	8	21	82	1,00	81	1,02	50	1,07
Kongo	111	106	27	–	–	27	84	0,98	–	–	–	–
Kongo, Dem. Rep.	109	117	29	–	36	31	–	–	–	–	–	–
Korea	1	35	–	–	8	–	100	1,00	95	1,00	93	1,00
Korea, Dem. Volksrep.	1	–	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kroatien	9	33	–	–	4	–	98	1,02	99	1,02	88	1,05
Kuba	53	72	29	–	5	–	100	1,00	88	1,01	85	1,05
Kuwait	5	–	–	–	–	–	97	1,04	94	1,05	82	1,03
Laos	83	51	33	–	8	–	92	0,98	70	1,00	53	0,92
Lesotho	91	99	16	–	17	61	98	1,01	83	1,11	66	1,15
Lettland	12	34	–	–	6	–	99	1,01	98	1,01	95	1,02
Libanon	12	–	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liberia	128	106	36	44	27	62	79	1,01	79	0,90	74	0,86
Libyen	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Litauen	11	26	0	–	5	–	100	–	100	–	97	1,02
Luxemburg	5	–	–	–	4	–	99	1,00	98	0,98	81	1,04
Madagaskar	151	95	40	–	–	74	98	–	70	1,03	36	0,97
Malawi	138	115	42	–	17	47	98	–	81	1,01	31	0,64
Malaysia	9	–	–	–	–	–	99	1,00	88	1,04	64	1,14
Malediven	9	60	2	13	6	58	98	1,03	91	–	–	–
Mali	164	68	54	89	18	8	59	0,90	47	0,86	25	0,74
Malta	12	–	–	–	4	–	100	–	98	–	92	1,03
Marokko	19	–	14	–	11	–	100	1,00	93	0,97	75	0,96
Martinique	17	50	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauretanien	84	68	37	67	–	–	77	1,05	72	1,08	39	1,12
Mauritius	23	–	–	–	–	–	100	1,02	97	1,03	78	1,12
Mexiko	62	60	21	–	10	–	99	–	92	1,03	73	1,06
Mikronesien	44	–	–	–	21	–	83	1,02	87	1,06	–	–
Moldau, Rep.	21	26	12	–	9	73	99	–	99	–	88	1,01
Mongolei	31	31	12	–	12	63	99	0,99	92	1,01	88	1,07
Montenegro	10	11	6	–	4	–	100	1,00	94	1,00	88	1,03
Mosambik	180	88	53	–	16	49	99	0,97	57	0,87	31	0,76
Myanmar	28	35	16	–	11	67	98	0,99	79	1,03	57	1,16
Namibia	64	104	7	–	16	71	98	1,03	–	–	–	–
Nepal	63	60	33	–	11	48	96	–	97	1,03	81	1,18

Überwachung ICPD Ziele

WÜRDE UND MENSCHENRECHTE

	Geburten bei Jugendlichen pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Unbeabsichtigte Schwangerschaft pro 1.000 Frauen im Alter 15–49 ² Jahre	Ehe von unter 18-Jährigen, in %	Von weibl. Genitalverstümmelung betroffene Frauen (15–49 J.), in %	Partnergewalt in den letzten 12 Monaten, in %	Entscheidungsmacht sexuelle u. reproduktive Gesundheit u. reproduktive Rechte, in %	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, Primarstufe	Nettoeinschulungsrate in der unteren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, untere Sekundarstufe	Nettoeinschulungsrate in der höheren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, höhere Sekundarstufe
Land, Territorium oder Gebiet	2004–2020	2015–2019	2005–2020	2004–2020	2018	2007–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020
Neukaledonien	15	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Neuseeland	13	41	–	–	4	–	100	1,01	100	1,00	99	1,03
Nicaragua	103	56	35	–	6	–	96	1,03	88	1,03	64	1,08
Niederlande	3	18	–	–	5	–	100	1,01	97	1,01	99	1,01
Niger	154	49	76	2	13	7	59	0,88	35	0,79	14	0,67
Nigeria	106	68	43	20	13	46	66	0,84	–	–	–	–
Nordmazedonien	15	23	8	–	4	88	99	1,00	–	–	–	–
Norwegen	3	34	–	–	4	–	100	1,00	100	0,99	92	1,01
Oman	8	–	4	–	–	–	98	1,02	97	0,99	90	0,90
Österreich	6	–	–	–	4	–	100	1,00	99	1,01	90	1,02
Pakistan	54	71	18	–	16	40	–	–	–	–	–	–
Palästina ¹	43	–	13	–	19	–	95	1,00	97	1,04	77	1,21
Panama	74	73	26	–	8	79	89	1,02	76	0,97	69	1,06
Papua-Neuguinea	68	80	27	–	31	57	98	0,94	72	0,90	45	0,80
Paraguay	72	67	22	–	6	–	80	1,00	76	1,01	70	1,05
Peru	44	90	17	–	11	–	98	–	98	1,00	96	0,94
Philippinen	36	71	17	–	6	81	97	0,99	89	1,07	80	1,09
Polen	10	29	–	–	3	–	99	1,00	97	0,98	98	1,00
Portugal	7	21	–	–	4	–	100	0,99	100	1,00	100	0,99
Puerto Rico	22	54	–	–	–	–	87	1,04	90	1,07	76	1,05
Réunion	28	52	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ruanda	41	98	7	–	24	63	94	1,00	96	1,04	50	1,02
Rumänien	36	44	–	–	7	–	87	1,00	89	0,99	80	1,03
Russland	22	64	–	–	–	–	100	1,01	100	1,01	98	1,01
Salomonen	78	114	21	–	28	–	93	1,05	–	–	–	–
Sambia	135	123	29	–	28	49	85	1,05	–	–	–	–
Samoa	39	66	7	–	18	–	100	–	–	–	90	1,11
San Marino	1	–	–	–	–	–	96	0,97	92	1,00	43	0,81
São Tomé and Príncipe	86	130	28	–	18	46	94	1,00	90	1,06	83	1,03
Saudi-Arabien	9	–	–	–	–	–	95	1,00	98	0,98	96	0,94
Schweden	4	36	–	–	6	–	100	–	100	–	99	0,99
Schweiz	2	20	–	–	2	–	100	–	99	0,99	81	0,96
Senegal	68	61	31	25	12	7	75	1,14	40	1,19	20	1,13
Serbien	12	21	6	–	4	96	97	1,00	97	1,00	86	1,03
Seychellen	68	–	–	–	–	–	99	–	97	–	86	1,13
Sierra Leone	102	88	30	86	20	36	98	–	51	0,99	35	0,93
Simbabwe	108	74	34	–	18	60	86	1,02	98	0,95	52	0,90
Singapur	2	19	0	–	2	–	100	–	100	1,00	100	1,00
Sint Maarten	–	–	–	–	–	–	97	–	88	1,06	78	0,95
Slowakei	26	27	–	–	6	–	97	1,00	95	1,00	89	1,00
Slowenien	4	33	–	–	3	–	100	1,01	99	1,01	99	1,00
Somalia	118	100	36	99	–	–	–	–	–	–	–	–
Spanien	6	20	–	–	3	–	97	1,00	100	–	99	1,01
Sri Lanka	21	39	10	–	4	–	99	–	100	1,00	84	1,06
St. Kitts und Nevis	46	–	–	–	–	–	99	–	–	–	96	0,99
St. Lucia	25	69	24	–	–	–	97	1,06	91	0,99	84	0,95

WÜRDE UND MENSCHENRECHTE

Land, Territorium oder Gebiet	Geburten bei Jugendlichen pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre	Unbeabsichtigte Schwangerschaft pro 1.000 Frauen im Alter 15–49 ² Jahre	Ehe von unter 18-Jährigen, in %	Von weibl. Genitalverstümmelung betroffene Frauen (15–49 J.), in %	Partnergewalt in den letzten 12 Monaten, in %	Entscheidungsmacht sexuelle u. reproduktive Gesundheit u. reproduktive Rechte, in %	Nettoeinschulungsrate in der Primarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, Primarstufe	Nettoeinschulungsrate in der unteren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, untere Sekundarstufe	Nettoeinschulungsrate in der höheren Sekundarstufe, in %	Geschlechterparitätsindex, höhere Sekundarstufe
	2004–2020	2015–2019	2005–2020	2004–2020	2018	2007–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020
St. Vincent und die Grenadinen	52	–	–	–	–	–	97	–	98	–	85	1,02
Südafrika	41	81	4	–	13	65	89	1,02	90	1,01	79	1,01
Sudan	87	–	34	87	17	–	67	0,93	66	0,97	48	1,08
Südsudan	158	54	52	–	27	–	38	0,77	44	0,72	36	0,65
Suriname	54	67	36	–	8	–	88	1,04	85	1,09	62	1,15
Syrien	22	–	13	–	–	–	72	0,98	62	0,97	34	1,00
Tadschikistan	54	37	9	–	14	33	99	0,99	94	0,94	61	0,74
Tansania	139	105	31	10	24	47	84	1,04	28	–	14	0,76
Thailand	23	38	20	–	9	–	–	–	–	–	79	1,00
Timor-Leste	42	50	15	–	28	40	95	1,04	90	1,04	76	1,07
Togo	79	100	25	3	13	30	99	0,98	79	0,85	44	0,64
Tonga	30	49	10	–	17	–	99	–	89	1,15	59	1,33
Trinidad und Tobago	32	84	11	–	8	–	99	0,99	–	–	–	–
Tschad	179	60	61	34	16	27	74	0,79	38	0,68	22	0,51
Tschechien	11	35	–	–	4	–	99	1,01	100	1,00	96	1,00
Tunesien	7	–	2	–	10	–	99	–	–	–	–	–
Türkei	19	–	15	–	12	–	95	0,99	97	0,99	82	0,97
Turkmenistan	22	23	6	–	–	59	–	–	–	–	–	–
Turks- und Caicosinseln	21	–	–	–	–	–	99	–	80	1,06	68	0,90
Tuvalu	27	–	10	–	20	–	83	1,03	67	0,92	35	1,21
Uganda	111	145	34	0	26	62	96	1,03	–	–	–	–
Ukraine	18	27	9	–	9	81	92	1,02	96	1,01	94	1,03
Ungarn	22	27	–	–	6	–	95	1,00	97	1,00	88	1,01
Uruguay	36	41	25	–	4	–	99	1,01	99	1,01	89	1,06
USA	17	35	–	–	6	–	99	1,00	100	1,02	96	0,98
Usbekistan	19	29	7	–	–	–	99	0,98	99	0,98	86	0,99
Vanuatu	51	87	21	–	29	–	97	0,99	75	1,04	44	1,14
Venezuela	95	–	–	–	9	–	90	1,00	86	1,02	77	1,12
Vereinigte Arabische Emirate	4	–	–	–	–	–	100	–	99	–	98	1,01
Vietnam	35	86	11	–	10	–	99	–	–	–	–	–
Westsahara	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zentralafrikanische Republik	229	90	61	22	21	–	67	0,80	44	0,61	16	0,48
Zypern	8	–	–	–	3	–	99	1,00	99	1,00	93	0,97

ANMERKUNGEN

- Keine Daten verfügbar
- 1 Am 29. November 2012 hat die UN-Generalversammlung die Resolution 67/19 erlassen, die Palästina den Status eines „beobachtenden Nicht-Mitgliedsstaats in den Vereinten Nationen“ verleiht.
- 2 Daten vom Guttmacher Institut zur Verfügung gestellt.

DEFINITIONEN

Anzahl der Geburten bei Jugendlichen: Anzahl der Geburten bei 1.000 weiblichen Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren (SDG Indikator 3.7.2).

Unbeabsichtigte Schwangerschaften: Geschätzte jährliche Anzahl von unbeabsichtigten Schwangerschaften pro 1.000 Frauen zwischen 15 und 19 Jahren.

Ehen von unter 18-Jährigen: Anteil der 20- bis 24-jährigen Frauen, die bereits vor dem 18. Lebensjahr verheiratet oder in einer festen Partnerschaft liiert waren (SDG Indikator 5.3.1).

Von weiblicher Genitalverstümmelung (FGM) betroffene Frauen: Anteil der 15- bis 49-jährigen Frauen, die einer Genitalverstümmelung unterzogen wurden (SDG Indikator 5.3.2).

Partnergewalt in den letzten 12 Monaten: Prozentualer Anteil der Frauen und Mädchen in einer festen Partnerschaft im Alter von 15 bis 49 Jahren, die in den letzten 12 Monaten körperliche und/oder sexualisierte Partnergewalt erlebt haben (SDG Indikator 5.2.1).

Entscheidungsmacht bei sexueller und reproduktiver Gesundheit und reproduktiven Rechten: Prozentualer Anteil der verheirateten (oder in einer Partnerschaft lebenden) Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren, die in drei Bereichen – ihrer Gesundheitsversorgung, der Nutzung von Verhütungsmitteln und Sex mit ihrem Partner – selbst entscheiden (SDG Indikator 5.6.1).

Netto-Einschulungsrate in der Primarstufe: Anteil der Kinder im offiziellen Grundschulalter, die an einer Grundschule angemeldet sind.

Geschlechterparitätsindex in der Primarstufe: Verhältnis zwischen Mädchen und Jungen bei der gewichteten Netto-Einschulungsrate in der Primarstufe.

Netto-Einschulungsrate in der unteren Sekundarstufe: Anteil der Kinder im offiziellen Sekundarschulalter, die an einer unteren Sekundarschule angemeldet sind, als Prozentsatz der jeweiligen Bevölkerung.

Geschlechterparitätsindex in der unteren Sekundarstufe: Verhältnis zwischen Mädchen und Jungen bei der gewichteten Netto-Einschulungsrate in der unteren Sekundarstufe.

Netto-Einschulungsrate in der höheren Sekundarstufe: Anteil der Kinder im offiziellen Sekundarschulalter, die an einer oberen Sekundarschule angemeldet sind, als Prozentsatz der jeweiligen Bevölkerung.

Geschlechterparitätsindex in der höheren Sekundarstufe: Verhältnis zwischen Mädchen und Jungen bei der gewichteten Netto-Einschulungsrate in der oberen Sekundarstufe.

QUELLEN

Anzahl der Geburten bei Heranwachsenden: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2021.

Ungewollte Schwangerschaften: Bearak, Jonathan und andere, 2022. „Country-Specific Estimates of Unintended Pregnancy and Abortion Incidence: A Global Comparative Analysis of Levels in 2015–2019.“ BMJ Global Health, Informationen zur Methode unter <https://data.guttmacher.org/countries>

Ehen von unter 18-Jährigen: UNICEF, 2021. Regionale aggregierte Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten von UNICEF.

Von weiblicher Genitalverstümmelung (FGM) betroffene Frauen, 15–49: UNICEF, 2021. Regionale aggregierte Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten von UNICEF.

Partnergewalt in den letzten 12 Monaten: Violence Against Women Inter-Agency Group on Estimation and Data (WHO, UN Women, UNICEF, United Nations Statistics Division, United Nations Office on Drugs and Crime, and UNFPA), 2021.

Entscheidungsmacht bei sexueller und reproduktiver Gesundheit und reproduktiven Rechten: UNFPA, 2022.

Netto-Einschulungsrate in der Primarstufe: UNESCO Statistkbüro (UIS), 2022.

Geschlechterparitätsindex in der Primarstufe: UNESCO Statistkbüro (UIS), 2022.

Netto-Einschulungsrate in der unteren Sekundarstufe: UNESCO Statistkbüro (UIS), 2022.

Geschlechterparitätsindex in der unteren Sekundarstufe: UNESCO Statistkbüro (UIS), 2022.

Netto-Einschulungsrate in der höheren Sekundarstufe: UNESCO Statistkbüro (UIS), 2022.

Geschlechterparitätsindex in der höheren Sekundarstufe: UNESCO Statistkbüro (UIS), 2022.

DEMOGRAFISCHE INDIKATOREN

	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGSWACHSTUM	BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG					FERTILITÄT	LEBENSERWARTUNG	
	Gesamtbevölkerung in Mio.	Durchschnittl. jährl. Bevölkerungswachstum, in %	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–19 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter > 65 J., in %	Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau	Lebenserwartung bei der Geburt, 2022	
Welt und regionale Daten	2022	2020–2025	2022	2022	2022	2022	2022	2022	männlich	weiblich
Welt	7.954	1,0	25	16	24	65	10	2,4	71	76
Stärker entwickelte Regionen	1.277	0,1	16	11	17	64	20	1,6	77	83
Weniger entwickelte Regionen	6.677	1,1	27	17	25	65	8	2,5	70	74
Am wenigsten entwickelte Regionen	1.107	2,2	38	22	32	58	4	3,8	64	68
Regionale Daten										
Arabische Staaten	393	2,0	34	19	28	61	5	3,2	70	74
Asien und Pazifik	4.149	0,8	23	16	23	68	9	2,1	71	75
Lateinamerika und Karibik	661	0,8	23	16	24	67	9	2,0	73	79
Osteuropa und Zentralasien	251	0,5	23	15	21	66	11	2,1	71	78
Ost- und Südafrika	649	2,5	41	23	32	56	3	4,1	62	67
West- und Zentralafrika	483	2,6	43	23	32	55	3	4,8	58	60
Land, Territorium oder Gebiet	2022	2020–2025	2022	2022	2022	2022	2022	2022	männlich	weiblich
Afghanistan	40,8	2,2	41	25	35	57	3	3,9	64	67
Ägypten	106,2	1,8	34	19	27	61	6	3,2	70	75
Albanien	2,9	-0,3	17	12	19	67	16	1,6	77	80
Algerien	45,4	1,6	31	16	23	62	7	2,8	76	79
Angola	35,0	3,2	46	24	33	52	2	5,2	59	65
Antigua und Barbuda	0,1	0,8	22	14	21	68	10	2,0	76	79
Äquatorialguinea	1,5	3,1	37	20	29	61	2	4,2	59	61
Argentinien	46,0	0,9	24	16	23	64	12	2,2	74	80
Armenien	3,0	0,1	21	13	19	67	13	1,8	72	79
Aruba ¹	0,1	0,4	17	13	19	67	16	1,9	74	79
Aserbaidshan ²	10,3	0,7	23	14	20	69	8	2,0	71	76
Äthiopien	120,8	2,4	39	23	33	57	4	3,9	66	70
Australien ³	26,1	1,1	19	12	19	64	17	1,8	82	86
Bahamas	0,4	0,9	21	16	24	71	8	1,7	72	76
Bahrain	1,8	1,8	18	11	18	79	3	1,9	77	79
Bangladesch	167,9	0,9	26	18	27	69	6	1,9	72	75
Barbados	0,3	0,1	16	12	19	66	18	1,6	78	81
Belarus	9,4	-0,1	18	11	15	66	17	1,7	70	80
Belgien	11,7	0,3	17	12	17	63	20	1,7	80	84
Belize	0,4	1,7	28	19	29	66	5	2,2	72	78
Benin	12,8	2,6	42	23	32	55	3	4,6	61	64
Bhutan	0,8	1,0	24	17	26	69	7	1,9	72	73
Bolivien	12,0	1,3	29	19	28	63	8	2,6	69	75
Bosnien und Herzegowina	3,2	-0,4	14	11	17	67	19	1,2	75	80
Botswana	2,4	1,8	33	20	29	63	5	2,7	67	73
Brasilien	215,4	0,6	20	14	22	70	10	1,7	73	80
Brunei Darussalam	0,4	0,8	22	15	22	72	6	1,8	75	78
Bulgarien	6,8	-0,8	15	10	15	63	22	1,6	72	79
Burkina Faso	22,1	2,8	44	24	33	54	2	4,9	62	64
Burundi	12,6	2,9	45	23	32	53	3	5,1	61	64
Cabo Verde	0,6	1,0	27	18	26	68	5	2,2	70	77
Chile	19,3	0,1	19	13	20	68	13	1,6	78	83
China ⁴	1.448,5	0,3	18	12	17	70	13	1,7	75	80
China, Hong Kong ⁵	7,6	0,7	13	8	12	67	20	1,4	82	88
China, Macau ⁶	0,7	1,3	15	8	12	72	14	1,3	82	88

DEMOGRAFISCHE INDIKATOREN

Land, Territorium oder Gebiet	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGS- WACHSTUM	BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG					FERTILITÄT	LEBENS- ERWARTUNG	
	Gesamtbevölkerung in Mio.	Durchschnittl. jährl. Bevölkerungswachstum, in %	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–19 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter > 65 J., in %	Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau	Lebenserwartung bei der Geburt, 2022	männlich
Costa Rica	5,2	0,8	20	14	21	69	11	1,7	78	83
Côte d'Ivoire	27,7	2,5	41	23	33	56	3	4,4	57	60
Curaçao ¹	0,2	0,4	18	13	19	64	19	1,7	76	82
Dänmark ⁷	5,8	0,4	16	11	18	63	21	1,8	79	83
Deutschland	83,9	-0,1	14	9	15	64	22	1,6	80	84
Dschibuti	1,0	1,3	28	18	27	67	5	2,5	66	70
Dominica	0,1	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Dominikanische Republik	11,1	0,9	27	18	26	65	8	2,2	72	78
Ecuador	18,1	1,2	27	17	26	65	8	2,3	75	80
El Salvador	6,6	0,5	26	17	27	65	9	2,0	69	78
Eritrea	3,7	1,7	40	25	33	56	4	3,8	65	70
Estland	1,3	-0,3	16	11	15	63	21	1,6	75	83
Eswatini	1,2	1,1	36	24	33	60	4	2,8	57	66
Fidschi	0,9	0,7	29	18	26	65	6	2,7	66	70
Finnland ⁸	5,6	0,1	15	11	17	61	23	1,4	80	85
Frankreich ⁹	65,6	0,2	17	12	18	61	21	1,8	80	86
Französisch-Guayana ¹⁰	0,3	2,4	32	19	27	63	6	3,2	78	83
Französisch-Polynesien ¹⁰	0,3	0,6	22	15	23	69	10	1,9	76	80
Gabun	2,3	2,2	37	19	27	59	4	3,8	65	69
Gambia	2,6	2,8	44	23	32	54	3	4,9	62	65
Georgien ¹¹	4,0	-0,3	20	12	18	64	16	2,0	70	79
Ghana	32,4	2,0	37	21	30	60	3	3,7	64	66
Grenada	0,1	0,4	24	15	22	66	10	2,0	70	75
Griechenland	10,3	-0,5	13	10	15	64	23	1,3	80	85
Großbritannien ¹²	68,5	0,4	18	12	17	63	19	1,7	80	83
Guadeloupe ¹⁰	0,4	0,0	18	14	21	62	21	2,1	79	86
Guam ¹³	0,2	0,8	23	16	24	65	11	2,2	78	84
Guatemala	18,6	1,8	33	21	31	62	5	2,7	72	78
Guinea	13,9	2,7	42	24	34	55	3	4,4	62	63
Guinea-Bissau	2,1	2,3	41	23	32	56	3	4,2	57	61
Guyana	0,8	0,5	27	18	27	65	8	2,4	67	73
Haiti	11,7	1,2	32	20	30	63	5	2,8	63	67
Honduras	10,2	1,5	30	20	30	65	5	2,3	73	78
Indien	1.406,6	0,9	25	18	27	68	7	2,1	69	72
Indonesien	279,1	1,0	25	17	25	68	7	2,2	70	75
Irak	42,2	2,3	37	22	31	60	4	3,5	69	73
Iran	86,0	1,1	25	14	21	68	7	2,1	76	78
Irland	5,0	0,7	20	14	20	65	15	1,8	81	84
Island	0,3	0,6	19	13	20	65	17	1,7	82	85
Israel	8,9	1,5	28	17	24	60	13	2,9	82	85
Italien	60,3	-0,2	13	10	14	64	24	1,3	82	86
Jamaika	3,0	0,4	23	15	24	68	10	1,9	73	77
Japan	125,6	-0,4	12	9	14	59	29	1,4	82	88
Jemen	31,2	2,1	38	23	32	59	3	3,5	65	68
Jordanien	10,3	0,3	31	21	31	64	4	2,6	73	77
Jungferninseln (USA) ¹³	0,1	-0,3	19	14	20	60	22	2,0	79	83
Kambodscha	17,2	1,3	30	19	27	65	5	2,4	68	73
Kamerun	27,9	2,5	42	23	33	56	3	4,3	59	62

DEMOGRAFISCHE INDIKATOREN

Land, Territorium oder Gebiet	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGS- WACHSTUM	BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG					FERTILITÄT	LEBENS- ERWARTUNG	
	Gesamtbevölkerung in Mio.	Durchschnittl. jährl. Bevölkerungswachstum, in %	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–19 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter > 65 J., in %	Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau	männlich	weiblich
Kanada	38,4	0,8	16	11	17	65	19	1,5	81	85
Kasachstan	19,2	1,0	29	16	21	63	8	2,6	70	78
Katar	3,0	1,6	14	9	17	84	2	1,8	80	82
Kenia	56,2	2,2	37	24	33	60	3	3,3	65	70
Kirgisistan	6,7	1,4	33	18	25	62	5	2,8	68	76
Kiribati	0,1	1,6	36	20	29	60	5	3,4	65	73
Kolumbien	51,5	0,4	22	15	24	69	10	1,7	75	80
Komoren	0,9	2,1	39	22	31	58	3	4,0	63	67
Kongo	5,8	2,4	41	23	32	57	3	4,2	64	67
Kongo, Dem. Rep.	95,2	3,0	45	24	32	52	3	5,5	60	63
Korea	51,3	0,0	12	9	15	71	17	1,1	80	86
Korea, Dem. Volksrep.	26,0	0,4	20	13	21	70	10	1,9	69	76
Kroatien	4,1	-0,5	14	10	16	64	22	1,4	76	82
Kuba	11,3	-0,1	16	11	17	68	16	1,6	77	81
Kuwait	4,4	1,1	21	14	19	76	4	2,0	75	77
Laos	7,5	1,3	31	20	29	64	5	2,5	67	71
Lesotho	2,2	0,8	32	20	29	63	5	3,0	52	59
Lettland	1,8	-1,0	17	10	14	62	21	1,7	71	80
Libanon	6,7	-1,3	24	16	24	68	8	2,0	77	81
Liberia	5,3	2,4	40	23	32	57	3	4,1	64	66
Libyen	7,0	1,1	27	18	25	68	5	2,1	71	76
Litauen	2,7	-1,0	16	9	14	63	22	1,7	71	82
Luxemburg	0,6	1,1	16	11	17	69	15	1,4	81	85
Madagaskar	29,2	2,6	40	23	32	57	3	3,9	66	70
Malawi	20,2	2,7	42	25	34	55	3	3,9	62	69
Malaysia ¹⁴	33,2	1,2	23	15	24	69	8	1,9	75	79
Malediven	0,5	-0,7	20	12	19	76	4	1,8	78	81
Mali	21,5	2,9	46	25	34	51	3	5,5	60	61
Malta	0,4	0,3	15	9	15	63	22	1,5	81	85
Marokko	37,8	1,1	26	17	24	66	8	2,3	76	79
Martinique ¹⁰	0,4	-0,2	15	12	19	62	23	1,8	80	86
Mauretanien	4,9	2,6	39	22	31	57	3	4,3	64	67
Mauritius ¹⁵	1,3	0,1	16	13	20	70	14	1,3	72	79
Mexiko	131,6	1,0	25	17	25	67	8	2,0	73	78
Mikronesien	0,1	1,0	31	20	29	64	5	2,9	67	70
Moldau, Rep. ¹⁶	4,0	-0,3	16	11	16	71	14	1,3	68	76
Mongolei	3,4	1,4	31	16	23	64	5	2,8	66	75
Montenegro	0,6	0,0	18	12	19	66	17	1,7	75	80
Mosambik	33,1	2,8	44	24	34	54	3	4,6	59	65
Myanmar	55,2	0,8	25	18	26	69	7	2,1	65	71
Namibia	2,6	1,8	37	21	30	60	4	3,2	62	68
Nepal	30,2	1,7	27	20	30	67	6	1,8	70	73
Neukaledonien ¹⁰	0,3	0,9	21	15	23	68	10	1,9	76	81
Neuseeland ¹⁷	4,9	0,8	19	13	19	64	17	1,8	81	84
Nicaragua	6,8	1,1	29	19	27	65	6	2,3	72	79
Niederlande ¹⁷	17,2	0,2	15	11	17	64	21	1,7	81	84
Niger	26,1	3,7	49	25	33	48	3	6,6	62	65
Nigeria	216,7	2,5	43	23	32	54	3	5,1	55	57

DEMOGRAFISCHE INDIKATOREN

Land, Territorium oder Gebiet	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGSWACHSTUM	BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG					FERTILITÄT	LEBENSERWARTUNG	
	Gesamtbevölkerung in Mio.	Durchschnittl. jährl. Bevölkerungswachstum, in %	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–19 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter > 65 J., in %	Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau	männlich	weiblich
Nordmazedonien	2,1	-0,1	16	11	17	69	15	1,5	74	78
Norwegen ¹⁹	5,5	0,8	17	12	18	65	18	1,7	81	85
Oman	5,3	1,7	23	12	18	74	3	2,6	77	81
Österreich	9,1	0,2	15	10	15	66	20	1,6	80	84
Pakistan	229,5	1,8	34	20	30	61	5	3,3	67	69
Palästina ²⁰	5,3	2,3	38	22	31	59	3	3,4	73	76
Panama	4,4	1,4	26	17	25	65	9	2,4	76	82
Papua-Neuguinea	9,3	1,9	35	21	31	62	4	3,4	64	67
Paraguay	7,3	1,2	28	18	27	65	7	2,3	73	77
Peru	33,7	0,9	25	15	23	66	9	2,2	75	80
Philippinen	112,5	1,3	29	19	28	65	6	2,4	68	76
Polen	37,7	-0,2	15	10	15	65	20	1,5	75	83
Portugal	10,1	-0,3	13	10	15	64	24	1,3	80	85
Puerto Rico ¹⁴	2,8	0,3	14	14	20	64	22	1,2	77	84
Réunion ¹⁰	0,9	0,7	22	15	23	65	14	2,2	78	84
Ruanda	13,6	2,4	39	22	31	58	3	3,8	68	72
Rumänien	19,0	-0,5	15	11	16	65	20	1,6	73	80
Russland	145,8	-0,1	19	11	16	65	17	1,8	68	78
Salomonen	0,7	2,4	40	22	31	57	4	4,2	72	75
Sambia	19,5	2,8	43	25	34	55	2	4,4	62	68
Samoa	0,2	1,1	37	21	30	58	5	3,7	72	76
San Marino	0,0	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–
São Tomé und Príncipe	0,2	1,9	41	25	34	56	3	4,1	68	73
Saudi-Arabien	35,8	1,4	24	14	21	72	4	2,2	74	77
Schweden	10,2	0,6	18	11	17	62	21	1,8	82	85
Schweiz	8,8	0,6	15	10	15	65	20	1,6	82	86
Senegal	17,7	2,6	42	23	32	55	3	4,4	67	71
Serbien ²¹	8,7	-0,5	15	11	17	65	20	1,4	74	79
Seychellen	0,1	0,5	24	15	21	68	9	2,4	70	78
Sierra Leone	8,3	2,0	40	23	33	57	3	3,9	55	57
Simbabwe	15,3	1,6	41	25	34	56	3	3,3	60	64
Singapur	5,9	0,8	12	8	14	72	15	1,2	82	86
Sint Maarten ¹	0,0	1,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Slowakei	5,5	0,0	16	10	15	67	18	1,6	75	81
Slowenien	2,1	-0,1	15	10	14	63	22	1,6	79	84
Somalia	16,8	2,9	46	25	34	51	3	5,7	57	60
Spanien ²²	46,7	-0,1	14	10	15	65	21	1,4	81	87
Sri Lanka	21,6	0,3	23	16	23	65	12	2,1	74	81
St. Kitts und Nevis	0,1	0,6	–	–	–	–	–	–	–	–
St. Lucia	0,2	0,4	18	13	21	72	11	1,4	75	78
St. Vincent und die Grenadinen	0,1	0,2	21	15	24	68	10	1,8	71	76
Südafrika	60,8	1,1	28	18	26	66	6	2,3	61	68
Sudan	46,0	2,4	39	23	32	57	4	4,2	64	68
Südsudan	11,6	2,1	41	23	33	56	3	4,4	57	60
Suriname	0,6	0,8	26	17	25	66	7	2,3	69	75
Syrien	19,4	5,5	31	18	26	65	5	2,7	72	79
Tadschikistan	10,0	2,0	37	19	27	59	4	3,4	69	74
Tansania ²³	63,3	2,9	43	24	33	54	3	4,7	65	68

DEMOGRAFISCHE INDIKATOREN

Land, Territorium oder Gebiet	BEVÖLKERUNG	BEVÖLKERUNGS- WACHSTUM	BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG					FERTILITÄT	LEBENS- ERWARTUNG	
	Gesamtbevölkerung in Mio.	Durchschnittl. jährl. Bevölkerungswachstum, in %	Bevölkerung im Alter 0–14 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–19 J., in %	Bevölkerung im Alter 10–24 J., in %	Bevölkerung im Alter 15–64 J., in %	Bevölkerung im Alter > 65 J., in %	Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau	männlich	weiblich
Thailand	70,1	0,2	16	12	18	70	14	1,5	74	81
Timor-Leste	1,4	1,9	36	22	32	59	4	3,7	68	72
Togo	8,7	2,3	40	23	32	57	3	4,1	61	63
Tonga	0,1	0,9	34	22	31	60	6	3,4	69	73
Trinidad und Tobago	1,4	0,2	20	14	20	68	12	1,7	71	77
Tschad	17,4	2,9	46	25	34	52	3	5,4	54	57
Tschechien	10,7	0,1	16	10	15	64	21	1,7	77	82
Tunesien	12,0	0,9	24	14	21	66	10	2,1	75	79
Türkei	85,6	0,6	23	16	24	67	10	2,0	75	81
Turkmenistan	6,2	1,3	31	17	25	64	5	2,6	65	72
Turks- und Caicosinseln	0,0	1,3	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	0,0	1,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Uganda	48,4	2,7	45	25	35	53	2	4,5	62	67
Ukraine ²⁴	43,2	-0,6	16	11	15	67	18	1,4	68	77
Ungarn	9,6	-0,3	14	10	15	65	21	1,5	74	81
Uruguay	3,5	0,3	20	14	21	64	16	1,9	75	82
USA ²⁵	334,8	0,6	18	13	19	65	17	1,8	77	82
Usbekistan	34,4	1,2	29	17	24	66	5	2,3	70	74
Vanuatu	0,3	2,3	38	22	30	59	4	3,6	69	73
Venezuela	29,3	2,0	26	18	26	66	8	2,2	69	76
Vereinigte Arabische Emirate	10,1	0,9	15	9	17	83	2	1,3	78	80
Vietnam	99,0	0,8	23	14	21	68	9	2,0	72	80
Westsahara	0,6	2,2	27	16	25	69	4	2,3	69	73
Zentralafrikanische Republik	5,0	2,0	43	26	36	55	3	4,4	52	57
Zypern ²⁶	1,2	0,6	16	12	19	69	15	1,3	79	83

ANMERKUNGEN

- Keine Daten verfügbar
- 1 Aus statistischen Gründen sind die Daten für die Niederlande nicht enthalten.
- 2 Einschließlich Bergkarabach
- 3 Einschließlich Weihnachtsinsel, Kokosinseln und Norfolkinsel
- 4 Aus statistischen Gründen sind in den Daten für China Taiwan sowie die beiden chinesischen Sonderverwaltungsregionen Hongkong und Macau nicht enthalten.
- 5 Am 1. Juli 1997 wurde Hongkong eine Sonderverwaltungsregion Chinas. Aus statistischen Gründen werden die Daten dieser Region nicht den Daten für China hinzugerechnet.
- 6 Am 20. Dezember 1999 wurde Macau eine Sonderverwaltungsregion Chinas. Aus statistischen Gründen werden die Daten dieser Region nicht den Daten für China hinzugerechnet.
- 7 Aus statistischen Gründen sind in den Daten für Dänemark nicht die Färöer-Inseln und Grönland enthalten.
- 8 Einschließlich der Ålandinseln
- 9 Aus statistischen Gründen sind in den Daten für Frankreich nicht Französisch-Guayana, Französisch-Polynesien, Guadeloupe, Martinique, Mayotte, Neukaledonien, Réunion, St. Pierre und Miquelon, St. Barthélemy, St. Martin (französischer Teil) sowie die Wallis- und die Futuna-Inseln enthalten.
- 10 Aus statistischen Gründen werden diese Daten nicht den Daten für Frankreich hinzugerechnet.
- 11 Einschließlich Abchasien und Südossetien
- 12 Bezieht sich auf das Vereinigte Königreich von Großbritannien und Nordirland. Aus statistischen Gründen beinhalten die Daten für das Vereinigte Königreich nicht Anguilla, Bermuda, Britische Jungferninseln, Kaimaninseln, Kanalinseln, Falklandinseln (Malvinas), Gibraltar, Isle of Man, Montserrat, St. Helena und die Turks- und Caicosinseln.
- 13 Aus statistischen Gründen werden diese Daten nicht den Daten für die USA hinzugerechnet.
- 14 Einschließlich Sabah und Sarawak
- 15 Einschließlich Agalega-Inseln, Rodrigues und St. Brandon
- 16 Einschließlich Transnistrien
- 17 Aus statistischen Gründen beinhalten die Daten für Neuseeland nicht die Cook-Inseln, Niue oder Tokelau.
- 18 Aus statistischen Gründen beinhalten die Daten für die Niederlande nicht Aruba, Bonaire, Sint Eustatius und Saba, Curaçao oder Sint Maarten (niederländischer Teil).
- 19 Einschließlich Spitzbergen und Jan Mayen-Inseln
- 20 Einschließlich Ost-Jerusalem
- 21 Einschließlich Kosovo
- 22 Einschließlich Ceuta, Kanarische Inseln und Melilla
- 23 Einschließlich Sansibar
- 24 Einschließlich der Krim. Bezieht sich auf das Territorium des Landes zum Zeitpunkt der Volkszählung 2001.
- 25 Aus statistischen Gründen umfassen die Daten für die USA nicht Amerikanisch-Samoa, Guam, die Nördlichen Marianen-Inseln, Puerto Rico und die Amerikanischen Jungferninseln.
- 26 Einschließlich Nordzypern

DEFINITIONEN

- Gesamtbevölkerung:** Geschätzte Bevölkerung von Nationalstaaten zur Mitte des Jahres.
- Durchschnittliches jährliches Bevölkerungswachstum:** Durchschnittliche prozentuale Wachstumsrate der Bevölkerung in einem definierten Zeitraum auf der Grundlage einer gemittelten Wachstumsprognose.
- Bevölkerung im Alter 0–14 Jahre, in %:** Anteil der Altersgruppe der 0- bis 14-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.
- Bevölkerung im Alter 10–24 Jahre, in %:** Anteil der Altersgruppe der 10- bis 24-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.
- Bevölkerung im Alter 15–64 Jahre, in %:** Anteil der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.
- Bevölkerung im Alter > 65 Jahre, in %:** Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.
- Gesamfruchtbarkeitsrate:** Durchschnittliche Anzahl der Kinder, die eine Frau im Lauf ihres Lebens bekäme, wenn sie das Ende ihrer Reproduktionsfähigkeit erleben würde und in jedem Alter so viele Kinder bekäme, wie es den bestehenden altersspezifischen Fertilitätsraten entspricht.
- Lebenserwartung bei der Geburt:** Durchschnittlich zu erwartendes Lebensalter in Jahren, das Neugeborene erreichen würden, wenn die zum Zeitpunkt ihrer Geburt im Bevölkerungsquerschnitt bestehenden Mortalitätsrisiken konstant blieben.

QUELLEN

- Gesamtbevölkerung:** Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2019.
- Durchschnittliches jährliches Bevölkerungswachstum:** Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2019.
- Bevölkerung im Alter 0–14 Jahre, in %:** Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2019.
- Bevölkerung im Alter 10–24 Jahre, in %:** Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2019.
- Bevölkerung im Alter 15–64 Jahre, in %:** Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2019.
- Bevölkerung im Alter > 65 Jahre, in %:** Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2019.
- Gesamfruchtbarkeitsrate:** Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2019.
- Lebenserwartung bei der Geburt:** Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2019.

Technische Hinweise: Quellen und Definitionen

Die statistischen Tabellen des Weltbevölkerungsberichts 2022 enthalten Indikatoren, die aufzeigen, welche Fortschritte in Bezug auf die Ziele des Aktionsrahmens zur Weiterverfolgung des Aktionsprogramms der Weltbevölkerungskonferenz (ICPD) und die Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDGs) in den Bereichen Müttergesundheit, Bildungszugang sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit erreicht wurden. Darüber hinaus enthalten die Tabellen eine Vielzahl demografischer Indikatoren. Die statistischen Tabellen untermauern die Fokussierung von UNFPA auf Fortschritte und Ergebnisse bei der Verwirklichung einer Welt, in der jede Schwangerschaft erwünscht ist, jede Geburt unter sicheren Bedingungen stattfindet und jeder junge Mensch sein persönliches Potenzial voll entfalten kann.

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

Die statistischen Tabellen beruhen auf repräsentativen Haushaltsbefragungen, die für die jeweiligen Länder repräsentativ sind, wie zum Beispiel auf Demographic and Health Surveys (DHS) und Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), auf Schätzungen der Vereinten Nationen und auf interinstitutionellen Schätzungen. Sie berücksichtigen außerdem die neuesten Bevölkerungsschätzungen aus World Population Prospects: The 2019 Revision und der Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2021 (Hauptabteilung Wirtschaftliche und Soziale Angelegenheiten der Vereinten Nationen, Abteilung Bevölkerungsfragen). Die Daten werden durch Definitionen, Quellen und Anmerkungen ergänzt. Im Allgemeinen spiegeln die statistischen Tabellen des Weltbevölkerungsberichts 2022 den Kenntnisstand vom Februar 2022 wider.

Überwachung der ICPD-Ziele

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

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

Quelle: United Nations Maternal Mortality Estimation InterAgency Group (WHO, UNICEF, UNFPA, Die Weltbank und die Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen), 2019. Dieser Indikator zeigt die Zahl der schwangerschaftsbedingten Todesfälle von Frauen pro 100.000 Lebendgeburten (SDG Indikator 3.1.1). Die Schätzungen werden von der Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group (MMEIG) unter Verwendung von Daten aus dem Einwohnermeldewesen, Haushaltsbefragungen und Volkszählungen vorgenommen. Mitglieder der MMEIG sind UNFPA, die Weltgesundheitsorganisation, die Weltbank, UNICEF und die Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen. Schätzungen und Methodik werden regelmäßig von der MMEIG und anderen Agenturen und wissenschaftlichen Einrichtungen überprüft und, wo nötig, im Rahmen des laufenden Prozesses zur Verbesserung der Datenlage im Bereich der Müttersterblichkeit überarbeitet. Die Schätzungen sind daher nicht mit früheren Schätzungen der Inter-Agency Group vergleichbar.

Betreute Geburten, in %

Quelle: Gemeinsame globale Datenbank zu betreuten Geburten 2021, Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) und Weltgesundheitsorganisation (WHO). Regional aggregierte Daten wurden von UNFPA auf Grundlage der gemeinsamen globalen Datenbank berechnet. Prozentsatz an Geburten, die von geschultem medizinischem Personal (Ärzt*innen, Krankenpfleger*innen oder Hebammen) durchgeführt werden; dieses Personal ist qualifiziert notwendige Überwachung, Betreuung, Pflege und Beratung von Frauen im Verlauf von Schwangerschaft, Wehen und Wochenbett durchzuführen, selbstständig Geburten anzuleiten und die Neugeborenen zu versorgen (SDG Indikator 3.1.2). Traditionelle Geburtshelfer*innen sind darin nicht erfasst, selbst dann nicht, wenn sie eine kurze Schulung erhalten haben.

Anzahl der HIV-Neuinfektionen, alle Altersgruppen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung

Quelle: UNAIDS, 2021. Anzahl der HIV-Neuinfektionen, alle Altersgruppen, pro 1.000 nicht-infizierte Bevölkerung (SDG Indikator 3.3.1).

Anteil der Frauen (15–49 Jahre), die Verhütungsmittel anwenden, irgendeine Methode

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2021. Prozentualer Anteil der Frauen zwischen 15 und 49 Jahren, die gegenwärtig irgendeine Methode der Empfängnisverhütung verwenden. Modellbasierte Schätzungen basieren auf Daten, die aus Stichprobenuntersuchungen abgeleitet wurden. Die Untersuchungsdaten beziffern den Anteil der verheirateten Frauen (einschließlich der Frauen in festen Partnerschaften), die zum gegenwärtigen Zeitpunkt irgendeine Methode der Empfängnisverhütung anwenden.

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

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2021. Prozentualer Anteil der Frauen zwischen 15 und 49 Jahren, die irgendeine moderne Methode zur Empfängnisverhütung verwenden. Modellbasierte Schätzungen gehen auf Daten zurück, die aus Stichprobenuntersuchungen abgeleitet wurden. Die Untersuchungsdaten beziffern den Anteil der verheirateten Frauen (einschließlich der Frauen in festen Partnerschaften), die zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine moderne Methode der Empfängnisverhütung anwenden. Zu den modernen Methoden zählen die Sterilisation des Mannes und/oder der Frau, die Spirale, die Antibabypille, Hormonspritzen, Hormonimplantate, Kondome und von der Frau benutzte Barrieremethoden.

Ungedeckter Bedarf an Familienplanung bei Frauen (15–49 Jahre), 2021

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen. Prozentualer Anteil der Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren, die eine Schwangerschaft hinauszögern oder vermeiden möchten, aber keine Verhütungsmethode anwenden. Modellbasierte Schätzungen beruhen auf Daten, die aus Stichprobenerhebungen abgeleitet sind. Frauen, die eine traditionelle Verhütungsmethode anwenden, werden nicht als Frauen mit ungedecktem Bedarf an Familienplanung betrachtet. Alle Frauen oder alle verheirateten Frauen und Frauen in festen Partnerschaften werden hier als sexuell aktiv angesehen und können potentiell schwanger werden. Die Berücksichtigung aller Frauen, aller verheirateten Frauen und Frauen in festen Partnerschaften kann zu niedrigeren Schätzungen im Vergleich zu dem tatsächlichen ungedeckten Bedarf führen. Insbesondere bei einem niedrigen Anteil von Frauen, die Verhütungsmittel anwenden, ist es möglich, dass mit einem steigenden Anteil auch der ungedeckte Bedarf an Verhütungsmitteln steigt. Beide Indikatoren müssen daher zusammen interpretiert werden.

Gesetze und Vorschriften, die Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung garantieren, in %

Quelle: UNFPA, 2022. Der Umfang, in dem Länder über nationale Gesetze und Vorschriften verfügen, die Frauen und Männern ab 15 Jahren einen uneingeschränkten und gleichberechtigten Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, Information und Bildung gewährleisten (SDG Indikator 5.6.2).

Allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC), Deckungsindex

Quelle: WHO, 2021. Durchschnittliche Versorgung mit grundlegenden Diensten auf der Grundlage von Tracer-Interventionen, die reproduktive, Mütter-, Neugeborenen- und Kindergesundheit, Infektionskrankheiten, nicht übertragbare Krankheiten sowie Dienstleistungskapazität und -zugang in der allgemeinen und am stärksten benachteiligten Bevölkerung umfassen (SDG-Indikator 3.8.1).

Würde und Menschenrechte

Geburten pro 1.000 Frauen im Alter 15–19 Jahre

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2021. Anzahl der Geburten bei 1.000 heranwachsenden Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren (SDG Indikator 3.7.2). Die Geburtenrate der Heranwachsenden beziffert das Risiko heranwachsender Frauen zwischen 15 und 19 Jahren, Mutter zu werden. Aufgrund der Meldedaten können die Geburtenraten insoweit fehlerbehaftet sein, als sie von der Vollständigkeit der Eintragung im Geburtsregister, dem Verfahren bei Neugeborenen, die zwar lebend geboren wurden, aber innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt verstorben sind, der Zuverlässigkeit der Altersangabe der Mutter und der Berücksichtigung von Geburten aus früheren Zeiträumen abhängig sind. Die bevölkerungsbezogenen Schätzungen können durch falsche Altersangaben und eingeschränkte Reichweite verfälscht sein. Bei Umfrage- und Volkszählungsdaten stammen Zähler und Nenner aus derselben Bevölkerung. Abweichungen sind hauptsächlich falschen Altersangaben, nicht berücksichtigten Geburten, falschen Angaben zum Geburtsdatum des Kindes und – im Fall von Befragungen – unterschiedlichen Stichproben geschuldet.

Unbeabsichtigte Schwangerschaften pro 1.000 Frauen (15–49 Jahre)

Quelle: Bearak und andere, 2022. Bei Redaktionsschluss dieses Berichts waren diese Schätzungen und die Methodik für die Veröffentlichung unter <https://data.guttmacher.org/countries> vorgesehen.

Ehen von unter 18-Jährigen, in %

Quelle: UNICEF, 2021. Regional aggregierte Daten wurden von UNFPA auf Grundlage von UNICEF-Daten berechnet. Anteil der 20- bis 24-jährigen Frauen, die bereits vor dem 18. Lebensjahr verheiratet oder in einer festen Partnerschaft liiert waren (SDG Indikator 5.3.1).

Von weiblicher Genitalverstümmelung (FGM) betroffene Frauen (15–49 Jahre), in %

Quelle: UNICEF, 2021. Regional aggregierte Daten wurden von UNFPA auf Grundlage von UNICEF-Daten berechnet. Anteil der Frauen zwischen 15 und 49 Jahren, die einer Genitalverstümmelung unterzogen wurden.

Partnergewalt in den letzten 12 Monaten, in %

Quelle: Regionale und globale Schätzungen der Violence Against Women Inter-Agency Group on Estimation and Data (WHO, UN Women, UNICEF, UNSD, UNODC und UNFPA, 2021). Prozentualer Anteil der Frauen und Mädchen in einer festen Partnerschaft im Alter von 15 bis 49 Jahren, die in den letzten 12 Monaten körperliche und/oder sexualisierte Partnergewalt erlebt haben. (SDG Indikator 5.2.1).

Entscheidungsmacht bei sexueller und reproduktiver Gesundheit und reproduktiven Rechten, in %

Quelle: UNFPA, 2022. Prozentualer Anteil der verheirateten (oder in einer Partnerschaft lebenden) Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren, die in drei Bereichen – ihrer Gesundheitsversorgung, der Nutzung von Verhütungsmitteln und Sex mit ihrem Partner – selbst entscheiden (SDG Indikator 5.6.1).

Netto-Einschulungsrate in der Primarstufe, in %

Quelle: UNESCO Statistikbüro (UIS), 2022. Anteil der Kinder im offiziellen Grundschulalter, die an einer Grundschule angemeldet sind.

Geschlechterparitätsindex in der Primarstufe

Quelle: UNESCO Statistikbüro (UIS), 2022. Verhältnis zwischen Mädchen und Jungen bei der gewichteten Netto-Einschulungsrate in der Primarstufe.

Netto-Einschulungsrate in der unteren Sekundarstufe, in %

Quelle: UNESCO Statistikbüro (UIS), 2022. Anteil der Kinder im offiziellen Sekundarschulalter, die an einer Sekundarschule angemeldet sind.

Geschlechterparitätsindex in der unteren Sekundarstufe

Quelle: UNESCO Statistikbüro (UIS), 2022. Verhältnis zwischen Mädchen und Jungen bei der gewichteten Netto-Einschulungsrate in der Sekundarstufe.

Netto-Einschulungsrate in der höheren Sekundarstufe, in %

Quelle: UNESCO Statistikbüro (UIS), 2022. Anteil der Kinder im offiziellen Sekundarschulalter, die an einer höheren Sekundarschule angemeldet sind.

Geschlechterparitätsindex in der höheren Sekundarstufe

Quelle: UNESCO Statistikbüro (UIS), 2022. Verhältnis zwischen Mädchen und Jungen bei der gewichteten Netto-Einschulungsrate in der höheren Sekundarstufe.

Demografische Indikatoren

Bevölkerung

Gesamtbevölkerung, in Millionen

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2019. Geschätzte Bevölkerung der jeweiligen Länder zur Jahresmitte.

Bevölkerungswachstum

Durchschnittliches jährliches Bevölkerungswachstum, in %

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2019. Durchschnittliche prozentuale Wachstumsrate der Bevölkerung in einem definierten Zeitraum auf der Grundlage einer gemittelten Wachstumsprognose.

Zusammensetzung der Bevölkerung

Bevölkerung im Alter 0-14 Jahre, in %

Quelle: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2019. Anteil der Altersgruppe der 0- bis 14-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.

Bevölkerung im Alter 10-24 Jahre, in %

Quelle: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2019. Anteil der Altersgruppe der 10- bis 24-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.

Bevölkerung im Alter 15-64 Jahre, in %

Quelle: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2019. Anteil der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.

Bevölkerung im Alter >65 Jahre, in %

Quelle: Berechnungen von UNFPA, basierend auf Daten der Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2019. Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.

Fertilität

Gesamtfruchtbarkeitsrate pro Frau

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2019. Durchschnittliche Anzahl der Kinder, die eine Frau im Laufe ihres Lebens bekäme, wenn sie das Ende ihrer Reproduktionsfähigkeit erleben würde und in jedem Alter so viele Kinder bekäme, wie es den bestehenden altersspezifischen Fertilitätsraten entspricht.

Lebenserwartung

Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren

Quelle: Bevölkerungsabteilung der Vereinten Nationen, 2019. Durchschnittlich zu erwartendes Lebensalter in Jahren, das Neugeborene erreichen würden, wenn die zum Zeitpunkt ihrer Geburt im Bevölkerungsquerschnitt bestehenden Mortalitätsrisiken konstant blieben.

Regionale Eingruppierung

Die Durchschnittswerte von UNFPA, die bei den statistischen Tabellen angegeben sind, wurden anhand der Daten von Ländern und Hoheitsgebieten errechnet, die den folgenden Kategorien zugeordnet wurden:

Arabische Staaten

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

Asien und Pazifik

Afghanistan, Bangladesch, Bhutan, China, Cookinseln, Fidschi, Indien, Indonesien, Iran, Kambodscha, Kiribati, Korea (Dem. Volksrep.), Laos, Malaysia, Malediven, Marshallinseln, Mikronesien, Mongolei, Myanmar, Nauru, Nepal, Niue, Pakistan, Palau, Papua-Neuguinea, Philippinen, Samoa, Salomon-Inseln, Sri Lanka, Thailand, Timor-Leste, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vietnam.

Osteuropa und Zentralasien

Albanien, Armenien, Aserbaidshan, Belarus, Bosnien und Herzegowina, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Moldawien, Nordmazedonien, Serbien, Tadschikistan, Türkei, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan.

Ost- und Südliches Afrika

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

Lateinamerika und Karibik

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

West- und Zentralafrika

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

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

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

Am wenigsten entwickelte Länder umfassen gemäß Definition der Generalversammlung der Vereinten Nationen in ihren Resolutionen (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 und 68/18), Stand Januar 2022, 46 Staaten: 33 in Afrika, 8 in Asien, 8 in Ozeanien und eines in der Region Südamerika und Karibik: Afghanistan, Angola, Äthiopien, Bangladesch, Benin, Bhutan, Burkina Faso, Burundi, Dem. Rep. Kongo, Dschibuti, Eritrea, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haiti, Jemen, Kambodscha, Kiribati, Komoren, Laos, Lesotho, Liberia, Madagaskar, Malawi, Mali, Mauretanien, Mosambik, Myanmar, Nepal, Niger, Ruanda, Sambia, São Tomé und Príncipe, Senegal, Sierra Leone, Salomonen, Somalia, Südsudan, Sudan, Timor-Leste, Togo, Tschad, Tuvalu, Tansania, Uganda und Zentralafrikanische Republik. Diese Länder zählen auch zur Gruppe der geringer entwickelten Regionen.

Alle Begriffe dienen statistischen Zwecken und drücken keine Bewertung über den Entwicklungsstand eines Landes oder einer Region aus.

Impressum

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

Übersetzung: Marion Schweizer (Textpraxis, Hamburg), Isabel Meyke (Berlin)
Koordination/Verantwortlichkeit: Monika Schröder (DSW)
Redaktion: Uwe Kerkow, Monika Schröder (DSW) und Marei Hückelheim (DSW)
Gestaltung/Satz: grafik.design, Simone Schmidt (Hannover)

Herausgeber des Berichts: © UNFPA, Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen — 30. März 2022

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

Chefredaktion: Ian McFarlane
Redaktionsteam: Redaktionsleitung: Rebecca Zerzan
Creative Director: Katie Madonia
Autorin Exkurse: Janet Jensen
Redaktion Exkurse: Lisa Ratcliffe
Redaktion der digitalen Ausgabe: Katie Madonia, Rebecca Zerzan
Beratung für die digitale Ausgabe: Hanno Ranck

Technische Beratung UNFPA: Satvika Chalasani, Witness Chirinda, Jennie Greaney, Mengjia Liang, Yann Lacayo
Beratung Recherche: Dr. Nuriye Ortayli
Weitere Beratung: Daniel Baker, Gilda Sedgh
Text und Recherche: Daniel Baker, Sarah Keogh, Gretchen Luchsinger, Mindy Roseman, Gilda Sedgh, Julie Solo
Kunst und Gestaltung: Fidel Évora, wenn nicht anders gekennzeichnet

Anmerkung zur Terminologie: Sprache ist wichtig, wenn von unbeabsichtigter Schwangerschaft die Rede ist. Unbeabsichtigte Schwangerschaften sind nicht dasselbe wie ungewollte Schwangerschaften und Schwangere sind nicht dasselbe wie Mütter. Nicht alle Menschen, die schwanger werden, sind Frauen oder Mädchen – auch Transmänner und nicht-binäre Personen können schwanger werden und werden es auch. Auch sie müssen beträchtliche Hindernisse überwinden, um eine vorurteilsfreie sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung und Empfängnisverhütung zu bekommen und haben deshalb ein erhöhtes Risiko, unbeabsichtigt schwanger zu werden. Allerdings stammen die allermeisten Daten, auf die sich dieser Bericht stützt, aus Erhebungen und Studien, in denen von Frauen oder Mädchen die Rede ist. Würde man die Schlussfolgerungen aus diesen Daten auch auf Menschen mit diversen Geschlechtsidentitäten beziehen, könnte es zu Ungenauigkeiten kommen oder es könnten womöglich die besonderen Belange geschlechtlicher Minderheiten unterschlagen werden. Deshalb bezieht sich dieser Bericht im Allgemeinen auf die Schwangerschaftsrisiken von Frauen und Mädchen, ohne jedoch abzuerkennen, dass auch Personen diverser Geschlechtsidentität davon betroffen sind.

Karten und Bezeichnungen: Die Bezeichnungen und die Darstellung des Materials geben nicht die Meinung von UNFPA bezüglich des rechtlichen Status von Ländern, Hoheitsgebieten, Städten, Regionen, ihrer Behörden oder ihrer Grenzverläufe wider.

Veröffentlichung, Produktion und Webdesign: Prographics, Inc.



Gedruckt auf Magno matt; Papier aus verantwortungsvollen Quellen, PEFC-Siegel



RECHTE UND ENTSCHEIDUNGSFREIHEIT FÜR ALLE

United Nations Population Fund
605 Third Avenue
New York, NY 10158
Tel. +1 212-297-5000
www.unfpa.org
 @UNFPA

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW)
Hindenburgstr. 25
30175 Hannover
Telefon: 0511 94373-0
Fax: 0511 94373-73
E-Mail: hannover@dsw.org
www.dsw.org